



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Existenzielle Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen  
während der Strahlentherapie mit und ohne  
psychoonkologische Betreuung

Verfasserin

Stefanie Drachsler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im April 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber



# Inhaltsverzeichnis

<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>7</b>
<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>9</b>
<b>THEORETISCHER TEIL .....</b>	<b>11</b>
<b>1. LEBENSQUALITÄT .....</b>	<b>13</b>
1.1. DEFINITION.....	13
1.2. MESSUNG VON LEBENSQUALITÄT .....	15
1.3. ZIELE DER LEBENSQUALITÄTSFORSCHUNG .....	16
1.4. LEBENSQUALITÄT IN DER PSYCHOONKOLOGIE .....	17
1.5. ZUSAMMENFASSUNG .....	20
<b>2. ONKOLOGIE.....</b>	<b>21</b>
2.1. BEGRIFFSERKLÄRUNG .....	21
2.2. ENTSTEHUNG.....	22
2.3. BRUSTKREBS (MAMMAKARZINOM).....	22
2.4. ZUSAMMENFASSUNG .....	29
<b>3. EXISTENZANALYSE.....</b>	<b>30</b>
3.1. DIE VIER GRUNDMOTIVATIONEN .....	30
3.2. EXISTENTIELLE LEBENSQUALITÄT .....	33
3.3. ZUSAMMENFASSUNG .....	35
<b>4. PSYCHOONKOLOGIE .....</b>	<b>36</b>
4.1. EINLEITUNG.....	36
4.2. PSYCHOONKOLOGISCHE VERSORGUNG UND INTERVENTIONEN .....	37
4.3. PSYCHOONKOLOGISCHE BETREUUNG.....	40
4.4. FORSCHUNGSMODELL IN DER PSYCHOONKOLOGIE .....	44
4.5. LEBENSQUALITÄTSFORSCHUNG IN DER PSYCHOONKOLOGIE .....	45
4.6. ZUSAMMENFASSUNG .....	53
<b>PRAKTISCHER TEIL .....</b>	<b>55</b>
<b>5. ZIELSETZUNG .....</b>	<b>57</b>

<b>6. METHODIK.....</b>	<b>58</b>
6.1. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	58
6.2. UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE .....	59
6.3. UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG .....	67
6.4. STICHPROBE .....	69
6.5. UNTERSUCHUNGSDESIGN .....	72
6.6. VARIABLEN .....	74
6.7. STATISTISCHE AUSWERTUNGSVERFAHREN .....	75
<b>7. ERGEBNISDARSTELLUNG .....</b>	<b>79</b>
7.1. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE .....	79
7.2. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	87
7.3. DARSTELLUNG DER QUALITATIVE AUSWERTUNG .....	100
<b>8. INTERPRETATION UND DISKUSSION.....</b>	<b>112</b>
8.1. RELIABILITÄTSANALYSE .....	112
8.2. VERGLEICH ZWISCHEN VERSUCHS- UND KONTROLLGRUPPE ZUM 1. ERHEBUNGSZEITPUNKT	112
8.3. VERGLEICH ZWISCHEN BRUSTKREBSPATIENTINNEN, DIE DIE STUDIE BEENDET HABEN UND SOLCHEN, DIE SIE NICHT BEENDET HABEN .....	113
8.4. HAUPTHYPOTHESE: DIE EXISTENTIELLE LEBENSQUALITÄT .....	114
8.6. NEBENHYPOTHESE: DIE KRANKHEITSSPEZIFISCHE LEBENSQUALITÄT.....	120
8.7. QUALITATIVE BEFRAGUNG .....	124
8.8. ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION .....	127
<b>9. KRITIK UND AUSBLICK .....</b>	<b>132</b>
9.1. KRITIK UND GRENZEN DER STUDIE .....	132
9.2. KONKLUSION UND AUSBLICK.....	134
<b>10. ABSTRACT.....</b>	<b>136</b>
<b>11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>139</b>
<b>12. TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>140</b>
<b>13. LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>141</b>

**14. ANHANG ..... 153**

14.1. BEGRIFFSDEFINITIONEN..... 153  
14.2. VERTEILUNGSHISTOGRAMME DER NICHT-NORMALVERTEILTEN DATEN ..... 154  
14.3. PATIENTINNENINFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG..... 156  
14.4. FRAGEBOGEN ZUR EXISTENTIELLEN LEBENSQUALITÄT (GÖRTZ, 2008)..... 161  
14.5. STRESS INDEX RADIOONKOLOGIE (SEHLEN, FAHMÜLLER ET AL., 2003)..... 168  
14.6. QUALITATIVE BEFRAGUNG ..... 170  
14.7. VOTUM ETHIKKOMMISSION DER BARMHERZIGEN SCHWESTERN LINZ ..... 173  
14.8. CURRICULUM VITAE..... 179



## Danksagung

Ich möchte mich bei Univ. Prof. Germain Weber für die Annahme meines Themas und für die Betreuung bedanken und bei den Tutoren Andreas und Matthias für die Unterstützung während der Diplomarbeitserstellung.

Ein besonderer Dank gilt meiner externen Betreuerin Dr. Astrid Görtz. Einerseits dafür, dass sie sich auf die Betreuung eingelassen hat und mir das Thema der existentiellen Lebensqualität näher gebracht hat und andererseits für die tatkräftige und persönliche Unterstützung.

Außerdem möchte ich mich ganz herzlich bei Mag. Christian Zniva und seinem Team der Klinischen Psychologie des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Linz bedanken. Ich konnte immer auf eure Unterstützung zählen. Bei Mag. Christian Zniva möchte ich mich auch für die zahlreichen Gespräche über meine Diplomarbeit und Hilfen während der Patientinnenbefragung bedanken.

Auch Prim. Univ.-Doz. Dr. Josef Hammer gilt mein Dank für die Unterstützung bei der Einreichung meiner Studie an die Ethikkommission und während der Erhebungszeit im Krankenhaus. Bei den Bereichsleitungen Margareta Hammer, Mag. Margreth Zambelli und Manfred Mandl möchte ich mich für die Möglichkeit auf ihren Stationen die Erhebung durchzuführen bedanken. Auch ein großes Dankeschön an die Stationen 3 C (besonders an meine Freundin Julia für ihre Unterstützung) und 2 E (hier besonderer Dank an Maria-Luise) und die radioonkologische Ambulanz für die verschiedensten Hilfen und Unterstützungen während der Befragungszeit.

Natürlich möchte ich mich hier auch bei den vielen Patientinnen bedanken, ohne die ich meine Diplomarbeit nicht durchführen hätte können.

Ein großer Dank gilt auch zwei besonderen Frauen (Anna und Luise), ohne die ich in das Thema Brustkrebs keine so tiefen und ehrlichen Einblicke bekommen hätte.

Auch bei meinen Eltern möchte ich mich herzlich für ihre bisherige Unterstützung, den Glauben an mich und die vielen Aufmunterungen bedanken und bei meiner Mutter speziell noch für die mühevollen Korrekturen und die zahlreichen Hilfen während der Diplomarbeit.

Bei meinen Geschwistern Susi und Mathias bedanke ich mich für die zahlreichen schönen gemeinsamen Jahre und die vielen aufbauenden Gespräche. Meiner Schwester Susi auch noch ein großes Dankeschön für das endgültige Korrekturlesen.

Meiner besten Freundin Nici gilt ein sehr großes Danke, weil sie immer an meine Fähigkeiten geglaubt hat und mit mir auch die kleinen Zwischenerfolge der Diplomarbeit gefeiert hat und mich so zum Energietanken abgelenkt hat.

Bei meinen Freundinnen Yvonne, Magda, Pezi und Steffi möchte ich mich herzlich für die schönen Studienzzeit bedanken – ihr habt mir mein Studium und Wien um vieles schöner gemacht – und v.a. während der Diplomarbeitszeit habt ihr mich oft aufgebaut und durch neue Anregungen weiter gebracht.

## Einleitung

Zwischen 20 und 50% aller an Krebs erkrankten Personen kommt es durch die Krankheit zu psychischen Befindlichkeitsstörungen (Härter et al., 2000; zitiert nach Unger & Weis, 2005) und bis zu 30% entwickeln psychiatrische Auffälligkeiten (Tschuschke, 2002). Über die Auswirkungen einer Krebserkrankung wurde bisher viel geforscht und vor allem Frauen mit Brustkrebs stehen oft im Mittelpunkt der klinischen Untersuchung. Weniger Forschungsberichte gibt es über die möglichen positiven Auswirkungen einer klinisch-psychologischen bzw. psychoonkologischen Betreuung. Über eine klinisch-psychologische Interventionen während der Strahlentherapie gibt es kaum Studien, wobei durch diverse Artikel (Sehlen, Hollenhorst et al., 2008) bestätigt wurde, dass sich die Lebensqualität während der Strahlentherapie in einigen Bereichen verschlechtert. Gerade Brustkrebspatientinnen weisen in dieser Zeit die höchsten Belastungswerte auf (Sehlen et al., 2001).

Die vorliegende Studie soll nun kontrollieren, ob sich eine klinisch-psychologische bzw. psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie positiv auf die Lebensqualität, speziell auf die existentielle und krankheitsspezifische Lebensqualität, auswirkt. Zum Vergleich wird auch eine Kontrollgruppe von Patientinnen vor und nach der Strahlentherapie über ihre Lebensqualität befragt. Um eine homogenere Befragungsgruppe von Patientinnen zu erhalten, sind in der vorliegenden Diplomarbeit nur Brustkrebspatientinnen inkludiert.

Die vorliegende Diplomarbeit gliedert sich in einen Theorie- und einen Praxisteil. Der theoretische Abschnitt gliedert sich in vier für die Diplomarbeit wichtige, theoretische Konstrukte, die nacheinander erklärt werden. Zuerst wird das Konstrukt Lebensqualität näher betrachtet. Nach der Definition kommt es zur Erläuterung der Ziele in Bezug auf Lebensqualitätsmessung und dann zu einem Überblick über die Lebensqualität in der Psychoonkologie. Das nächste große Kapitel befasst sich zunächst allgemein mit der Onkologie und danach wird spezifisch auf die Brustkrebskrankung eingegangen. Im Kapitel 3 wird die Existenzanalyse, auf welcher die existentielle Lebensqualität aufgebaut ist, erläutert und in Verbindung mit der Onkologie gebracht. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit der Psychoonkologie und gibt einen Überblick und Erläuterungen zu diesem Thema. Am Ende dieses Abschnitts werden der aktuelle Forschungsstand zu den Bereichen Brustkrebs, Strahlentherapie und psychoonkologische Betreuung zusammengefasst. Der praktische Teil der Arbeit setzt sich aus der Zielsetzung, Methodik, Ergebnisdarstellung und Interpretation zusammen. Am Ende wird Kritik an der durchgeführten Studie geübt und ein möglicher Ausblick für weitere Forschungen gegeben.

Aufgrund der Brustkrebspatientinnen-Stichprobe in der durchgeführten Studie wird die ganze Diplomarbeit in weiblicher Form geschrieben, wobei sich die Bezeichnungen auf beide Geschlechter in gleicher Weise beziehen.

# **Theoretischer Teil**



# **1. Lebensqualität**

In diesem Kapitel werden zuerst allgemeine Definitionen der Lebensqualität und anschließend der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufgezeigt und danach auf einen gemeinsamen Nenner gebracht. Anschließend wird die Messung der Lebensqualität erläutert und die Ziele dieser aufgezeigt. Dann wird auf die Lebensqualität in der Psychoonkologie eingegangen. Zuerst spezifische Definitionen bei onkologischen Patientinnen beschrieben und danach auf die wichtigsten Bereiche, die bei Krebspatientinnen beachtet werden müssen, eingegangen und die Ziele der Lebensqualitätsforschung in der Onkologie aufgezeigt. Am Ende werden die verschiedenen Verläufe der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Krebskranken grafisch dargestellt und erläutert.

## **1.1. Definition**

Eine genaue Definition von Lebensqualität erweist sich als schwierig, da es keine einheitliche Auffassung dazu gibt, sondern jede Autorin verschiedene Aspekte in den Mittelpunkt stellt. In diesem Kapitel werden verschiedene Definitionen dargestellt und danach auf einen gemeinsamen Nenner gebracht.

Bullinger (1997) definiert Lebensqualität „als Maß für die Güte der Lebenssituation und Versorgung einer definierten Population“ (Bullinger, 1997, S.1). Bei dieser Beschreibung von Lebensqualität handelt es sich um eine aus der sozialwissenschaftliche Wohlfahrtsforschung, in welcher der Begriff Lebensqualität auch seine Ursprünge hat (Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000).

In der Medizin beschreibt man Lebensqualität als selbst erlebte Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit der Patientinnen. Mit Funktionsfähigkeit meint Bullinger (1997) die Fähigkeit, den Rollen im Alltag gerecht zu werden und alltägliche Tätigkeiten ausführen zu können. Das Konstrukt der Lebensqualität enthält also „körperliche, psychische, soziale und funktionale Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten, wie sie von der Person selbst geäußert werden“ (Bullinger, 1997, S.1). Darausfolgend soll die Lebensqualität aus der Sicht der betroffenen Patientin oder ihres sozialen Umfelds gemessen werden und nicht aus der Sicht von Dritten, wie z.B. von Ärztinnen oder vom Pflegepersonal (Deutschinoff, Friedrich, Thiem, Voigtmann & Pientka, 2005). Diese Art der Lebensqualität wird auch als gesundheitsbezogene Lebensqualität bezeichnet und wird als multidimensionales Konstrukt mit mindestens vier Dimensionen definiert: körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und

Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf (Unger & Weis, 2005). Nach Bullinger (1991) können auch nur einzelne Bereiche der Lebensqualität, wenn diese für eine Studie besonders interessant sind, herausgegriffen werden, jedoch handelt es sich dann dabei nicht mehr um eine umfassende Messung.

Calmon (1984, zitiert nach Wasner, 2002) meint, dass Lebensqualität nur sehr individuell beschreibbar und messbar ist und von vielen verschiedenen Bereichen, wie dem derzeitigen Lebensstil, den bisherigen Erfahrungen, den Träumen und Wünschen einer Person, abhängig ist. Deshalb wird mit einem Lebensqualitätsfragebogen der Unterschied zwischen den Hoffnungen und Erwartungen einer Person vom momentanen Erleben erhoben (Wasner, 2002). Auch Gerson (1979, zitiert nach Diehl, von Kalle, Kruse & Sommer, 1990) geht bei seiner Beschreibung auf die Einzelne und ihre Wünsche ein, indem er Lebensqualität als die „größtmögliche Erfüllung der Wünsche eines Individuums“ (Gerson, 1979, zitiert nach Diehl et al., 1990, S.162) beschreibt.

Die World Health Organisation (1997) erklärt Lebensqualität folgendermaßen: „Quality of life is defined, therefore, as an individual’s perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns“ (WHO, 1997, S.1) und stellt damit die eigene Sicht auf sein Leben in den Mittelpunkt und bezieht auch das kulturelle und Wertesystem einer Person mit ein.

Wulff (2002) geht bei der Definition von Lebensqualität davon aus, dass das Konzept der Lebensqualität mit dem der Krankheit und in manchen Aspekten mit dem Konzept der Gesundheit ähnlich ist. Beim Auftreten von Symptomen oder bei nachlassenden funktionellen Kapazitäten tendiert die betroffene Person zu einer sinkenden Lebensqualität. Jedoch muss laut Wulff (2002) auch wieder der multidimensionale Rahmen beachtet werden. Als Beispiel beschreibt er, dass zwei Personen mit gleichen Schmerzen eine unterschiedliche Lebensqualität haben können. Wenn beispielsweise bei einer Person die Schmerzen bereits lang anhaltend und chronisch sind, ist die Lebensqualität wahrscheinlich nicht so stark beeinträchtigt wie bei einer Person mit ähnlichen Schmerzen, die jedoch akut aufgetreten sind.

Wie bei den einzelnen Erklärungsversuchen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ersichtlich, meint auch Fairclough (2010), dass der Begriff in sehr unterschiedlicher Weise verwendet wird. Eine exakte Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität gibt es nicht. Die Beschreibung variiert bei jeder Autorin. Übereinstimmend bei den einzelnen Definitionen ist jedoch, dass es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität um ein multidimensionales

Konzept handelt, welches einen Fokus auf den Zusammenhang zwischen Erkrankung und Therapie in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden legt. In der vorliegenden Diplomarbeit wird keine einzelne Lebensqualitätsdefinition herausgegriffen, sondern auf den gemeinsamen Nenner aller Definitionen geachtet. So werden den verschiedenen Lebensqualitätsdimensionen Rechnung getragen und die subjektive Lebensqualität erhoben, indem die Patientinnen selbst nach ihrem eigenen Erleben befragt werden.

## **1.2. Messung von Lebensqualität**

Für die Messung von Lebensqualität lassen sich zwei verschiedene Bereiche von Instrumenten unterscheiden, einerseits die allgemeinen und andererseits die krankheitsspezifischen Fragebögen.

Die Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Lebensqualität sind bei Menschen mit und ohne medizinischer Erkrankung anwendbar, können aber auch für einen Vergleich von unterschiedlichen Erkrankungszuständen hilfreich sein (Deutschinoff et al., 2005). Allgemeine Lebensqualitätsfragebögen sind beispielsweise das Nottingham Health Profile (NHP) und die Short Form 36 (SF 36).

Krankheitsspezifische Messinstrumente sind für bestimmte Patientinnengruppen mit verschiedenen Erkrankungen entwickelt worden. Hauptsächlich besteht der Verwendungszweck dieser Instrumente in einem Vergleich der verschiedenen Krankheitsschweregrade und der verschiedenen Interventionen. Diese Fragebögen verfügen also über krankheitsbezogene Skalen und/oder auch über Skalen zu einzelnen spezifischen Symptomen der Erkrankung und haben deshalb eine größere Sensitivität bei der Erfassung von krankheits- oder therapiebedingten Veränderungen der Lebensqualität (Deutschinoff et al., 2005). Beispiele für krankheitsspezifische Lebensqualitätsinstrumente im Bereich der Onkologie sind der EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire), welcher auch über zusätzliche Krankheitsmodule verfügt, z.B. speziell für HNO-Patientinnen, oder der Functional Living Index of Cancer (FLIC, Prof. Schipper) sowie der Functional Assessment of Cancer Treatment-Bogen (FACT, D. Sella).

Deutschinoff et al. (2005) meinen, dass sich der Trend in der Forschung dahin bewegt, dass krankheitsspezifische mit allgemeinen Lebensqualitätsfragebögen kombiniert werden sollen und so alle die Lebensqualität beeinflussenden Bereiche erfasst werden. Diesem Aspekt wird auch

bei der vorliegenden Diplomarbeit Rechnung getragen, da jeweils ein krankheitsspezifischer und ein allgemeiner Lebensqualitätsfragebogen zum Einsatz kommen.

### **1.3. Ziele der Lebensqualitätsforschung**

Laut Bullinger (1991) sind die Ziele der Lebensqualitätserfassung folgende:

- „Die Beschreibung der LQ der Patienten
- Die Bewertung der Veränderung der LQ im Therapieverlauf
- Die Entscheidung über die Wahl bestimmter Behandlungsstrategien
- Der Versuch, die medizinische Betreuung zu verbessern“ (Bullinger & Pöppel, 1988, zitiert nach Bullinger, 1991, S.84)

Es ist also nicht nur wichtig, die somatischen Parameter und Überlebenszeit als Indikator für den Therapieerfolg anzusehen, sondern auch das subjektive Wohlbefinden und Erleben der Patientin welche durch ihre Erkrankung und den damit verbundenen Therapien in Mitleidenschaft gezogen sind (Bullinger, 1997). Genau auf diese Ziele soll bei der vorliegenden Diplomarbeit Bezug genommen werden. Einerseits wird die Lebensqualität der Patientinnen erhoben, um ihre momentane Situation zu beschreiben und andererseits soll durch die Lebensqualitätsbefragung auch eine Veränderung während der Strahlentherapie und bei der Versuchsgruppe auch während einer psychoonkologischen Betreuung aufgezeigt werden.

Auch Hasford (1991) stimmt mit den oben erwähnten Zielen überein. Des Weiteren meint er, dass ein informed consent, also eine informierte Zustimmung zu einer Therapie von Seiten der Patientin nur dann möglich ist, wenn diese vorher über die möglichen Folgen, die die Lebensqualität verändern können, informiert wird. Dadurch kommt es einerseits für die Patientin selbst, aber auch für die Ärztinnen zu einer Nutzen-Schadens-Abwägung und so zu einer Entscheidungshilfe für oder gegen eine Therapie. Hasford (1991) sieht als Nutzen durch die Therapie die mögliche positive Beeinflussung des natürlichen Verlaufs einer Krankheit an und den Schaden als mögliche, unerwünschte Wirkung einer Therapie oder den unerwünschten Verlauf einer Erkrankung bei Nichtbehandlung.

#### **1.4. Lebensqualität in der Psychoonkologie**

Aulbert (1998) beschreibt Lebensqualität allgemein als „eine dem eigenen Lebensentwurf entsprechende Daseinserfüllung“ (Aulbert, 1998, S.11) und geht bei der genaueren Erklärung dieser Definition auf die subjektive Sicht der Krebserkrankten ein. Die Lebensqualität kann laut Aulbert (1998) durch ein Missverhältnis zwischen den Erwartungen eines erkrankten Menschen an sein Leben und der tatsächlichen Realsituation verschlechtert werden. Nach Aulberts Modell besteht die Möglichkeit einer Lebensqualitätsverbesserung durch Folgendes: Erstens kommt es durch eine Symptomkontrolle zu einer Verbesserung der aktuellen Situation und daher möglicherweise auch zu einer erhöhten Lebensqualität. Und zweitens kann es durch eine realistische Adaption der Erwartungen der Erkrankten zu einer verbesserten Lebensqualität kommen und dadurch der Patientin zu einer Akzeptanz der unveränderlichen Beschwerden oder Behinderungen verhelfen.

Die Lebensqualität bei Krebspatientinnen sehen Diehl et al. (1990) als die „bestmögliche Lebensentfaltung eines Menschen in seiner ihm durch die Tumorerkrankung, Therapie oder deren Folgezuständen auferlegten Begrenztheit“ (Diehl et al., 1990, S.162). Mit diesem Erklärungsansatz gehen sie davon aus, dass es zu neuen Sinn- und Wertvorstellungen bei den Erkrankten kommen kann und sich dadurch die Lebensqualität verändert.

Deuschinoff et al. (2005) unterteilen die Lebensqualität von onkologischen Patientinnen in verschiedene Dimensionen, nämlich in das physische, funktionelle, emotionale und familiäre Wohlbefinden, wie auch in Behandlungszufriedenheit und Sexualität/Intimität. Auf diese Aspekte wird auch bei der vorliegenden Diplomarbeit geachtet, damit ein umfassendes Bild über die Erkrankungssituation der Patientinnen gegeben werden kann und alle für die Lebensqualität von onkologischen Patientinnen wichtigen Bereich berücksichtigt werden.

Ein anderer Ansatz von Aulbert (1998, zitiert nach Wasner, 2002) geht auf eine große Anzahl von Lebensqualitätsvariablen ein, welche auch individuelle Gewichtungen haben. Folgende müssen dabei berücksichtigt werden:

- „die Quantität zwischenmenschlicher Beziehungen,
- die erhaltenen physischen Möglichkeiten und deren Bedeutung für den Patienten
- die Krankheitssymptome und Beschwerden
- die Nebenwirkungen der Therapie,
- das emotionale Befinden,

- die Krankheitsverarbeitung und –bewältigung,
- die soziale Situation,
- materielle Lebensumstände,
- berufliche Möglichkeiten und Einschränkungen,
- Empfinden von Freiheit und Unfreiheit,
- heute zunehmend auch ökologische Bedingungen der Umwelt und
- Angst bzw. das Freisein von Angst“ (Aulbert, 1998, zitiert nach Wasner, 2002, S. 16).

Die Ziele der Lebensqualitätsforschung in der Onkologie sind einerseits, dass Therapien auch nach psychosozialen Kriterien bewertet werden und die Patientinnen bessere Entscheidungen bei konkurrierenden Therapiearten (Lebensquantität vs. Lebensqualität) finden und andererseits, dass es zu einer Verbesserung der psychosozialen Versorgung von onkologischen Patientinnen kommt (Muthny et al., 1990, zitiert nach Wasner, 2002). Das Ziel dieser Diplomarbeit beinhaltet den zweiten Aspekt, nämlich die möglicherweise unterschiedliche Lebensqualität der Brustkrebspatientinnen mit und ohne psychoonkologischer Betreuung zu überprüfen. Die Ergebnisse können dann zu einer verbesserten psychosozialen Versorgung führen, wenn sich herausgestellt, dass ein Miteinbezug von klinischen Psychologinnen in die onkologische Therapie wichtig ist.

Diehl et al. (1990) haben verschiedene Abbildungen zu den Verläufen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Krebserkrankten je nach Art der Prognose erstellt. Im Folgenden werden diese Abbildungen zur Veranschaulichung des Lebensqualitätsverlaufs während einer Krebserkrankung gezeigt:

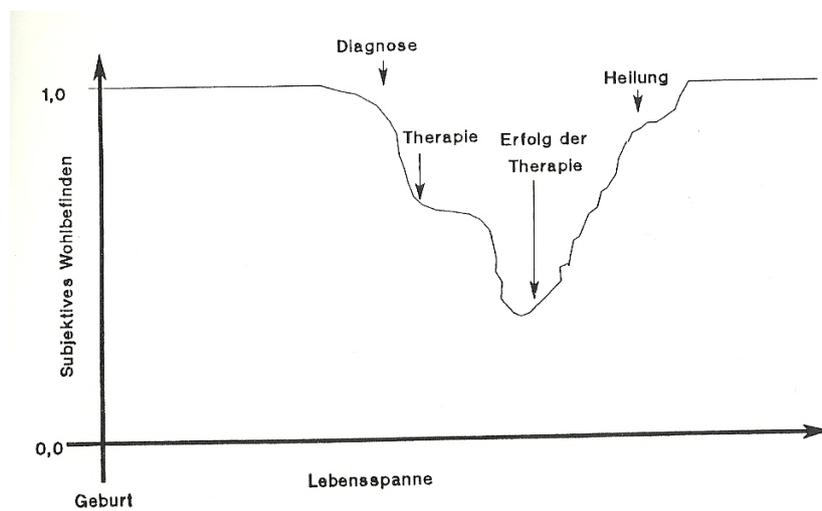


Abbildung 1: Verlauf der Lebensqualität bei beeinträchtendem, aber kurativen Therapieansatz mit vollständiger Genesung (Diehl et al., 1990, S.151)

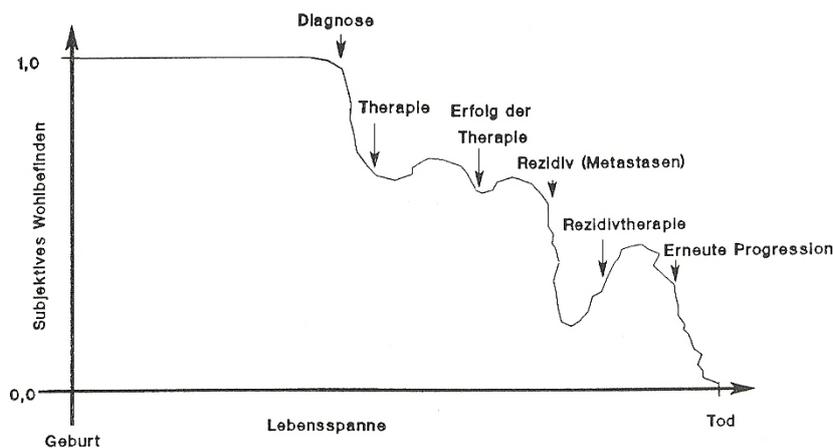


Abbildung 2: Verlauf der Lebensqualität bei nicht vollständigem Ansprechen des Tumors auf die Therapieversuche (Diehl et al., 1990, S.152)

Bei den Patientinnen, welche bei der hier vorliegenden Diplomarbeit befragt werden, handelt es sich um solche, die entweder vollständig auf die therapeutische Behandlung ansprechen und deren Lebensqualität sich durch die Heilung verbessert hat (Abb. 1), oder die auf die Therapie nur teilweise ansprechen und es zu keiner vollständigen Heilung der Erkrankung kommt. Durch den anfänglichen Erfolg der Therapie wird sich die Lebensqualität zwar auch verbessern, jedoch wird sich diese nach der Rezidivbildung wieder verschlechtern (Abb. 2). Der Zeitpunkt der erhobenen Lebensqualität in dieser Studie sind Anfang und Ende der Strahlentherapie. Ob die Patientinnen nach der Strahlentherapie eine vollständige Genesung erreicht haben oder nicht, kann in der vorliegenden Studie nicht erhoben werden. Es sind also die beiden verschiedenen Verläufe der Lebensqualität bei den hier befragten Patientinnen möglich, wobei bei beiden sich die Lebensqualität nach der Therapie verbessert, jedoch während der Therapie selbst verschlechtert.

## 1.5. Zusammenfassung

In diesem Kapitel zum Konstrukt der Lebensqualität wurde anfangs der Begriff definiert und festgestellt, dass es keine einheitliche Definition gibt. Jedoch ist bei allen Erklärungsversuchen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gleich, dass es sich um ein multidimensionales Konzept handelt, welches den subjektiven Zusammenhang zwischen Erkrankung und Therapie beschreibt. Zur Messung der Lebensqualität gibt es insgesamt zwei verschiedene Verfahren – allgemeine und krankheitsspezifische Fragebögen und die Ziele, die mit der Messung verfolgt werden, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Es kann nur zu einer Beschreibung der subjektiven Lebensqualität kommen, aber auch zu einem Überprüfen der Veränderung der Lebensqualität während einer Therapie und somit zu einer Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie. Ein weiteres wichtiges Ziel der Lebensqualitätserhebung ist, dass die medizinische aber auch psychologische Betreuung durch Aufzeigen von möglichen Veränderungen verbessert werden kann (Bullinger & Pöppel, 1988, zitiert nach Bullinger, 1991). Lebensqualität hat auch einen hohen Stellenwert in der Psychoonkologie und bei der Erhebung dieser sollten laut Deuschinoff et al. (2005) folgenden Dimensionen beachtet werden: physisches, funktionelles, emotionales und familiäres Wohlbefinden, Behandlungszufrieden und Sexualität/Intimität. Die Lebensqualität der Krebspatientinnen ändert sich im Verlauf der Erkrankung, wobei sich die Lebensqualität in der Phase der Therapie verschlechtert und erst wieder bei Erfolg der Therapie verbessert (Abb. 1 & 2).

Dieses Kapitel hat also einen allgemeinen Überblick über die Lebensqualität und ihre Forschungsgebiete gegeben und dann auch noch einen Einblick in die spezifischen Lebensqualitätsthemen in der Onkologie.

## **2. Onkologie**

In diesem Kapitel wird zuerst der Begriff Onkologie erklärt und danach beschrieben, wie eine Krebserkrankung entsteht. Dann wird speziell auf die Brustkrebserkrankung eingegangen, weil sie im Mittelpunkt dieser Diplomarbeit steht. Nach der Beschreibung der Epidemiologie, Inzidenz und Mortalität werden die Risikofaktoren und Symptome von Brustkrebs sowie die Diagnostik dargestellt. Danach wird das in der Onkologie gängige Klassifikationsschema TNM dargestellt. Zum Schluss dieses Kapitels wird auf die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten bei Brustkrebs eingegangen.

### **2.1. Begriffserklärung**

Das Wort ‚Onkologie‘ leitet sich vom Griechischen ab. ‚Logos‘ bedeutet die Lehre und ‚Onkos‘ das Geschwulst, daher bedeutet ‚Onkologie‘ die Lehre von den Geschwülsten (Vehling-Kaiser, 2008).

Der Name ‚Krebs‘ stammt ursprünglich vom griechischen Arzt Hippokrates, der damit Krebstieren ähnliche, nicht heilen wollende Knoten und Geschwüre meinte. Die griechische Übersetzung von Krebs heißt Carcinom und die lateinische Übersetzung Cancer – diese Begriffe werden auch heute noch bei bestimmten Krebsformen benutzt. Unter einem ‚Tumor‘ versteht man den Überbegriff für gut- und bösartige Geschwülste. Das Wort leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet ‚schwellen‘ (Gabbert, 2010a).

Es lassen sich in der Onkologie zwei verschiedene Arten von soliden (festen) Tumoren unterscheiden, nämlich solche die vom Epithelgewebe abstammen (Karzinome) und solche, die vom Bindegewebe herkommen (Sarkome). Solide Tumore haben die Besonderheit, dass sie Metastasen (Tochtergeschwülste) bilden können, welche aus denselben Zellen wie der Ursprungstumor bestehen (Vehling-Kaiser, 2008).

In Österreich erkranken laut Statistik Austria (2007, zitiert nach Hackl, 2007) jährlich über 30.000 Menschen an Krebs. Seit 1994 ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern der Prostatakrebs und bei Frauen der Brustkrebs. Im Jahr 2008 waren Krebserkrankungen die häufigsten Todesursachen bei Menschen im Alter von 30 bis 69 Jahren in Österreich. Bei über 70-Jährigen ist diese Erkrankung die zweithäufigste Todesursache (Hackl, 2007).

## **2.2. Entstehung**

Eine Krebserkrankung ist eine Krankheit des Erbgutes (Genoms) und entsteht durch irreparable Schäden in bestimmten Genen, wie z.B. Onkogenen, Tumorsuppressor-Genen und Reparaturgenen. Beispielsweise kommt es durch eine verschobenen Balance zwischen Onkogenen (fördern das Zellenwachstums) und Tumorsuppressor-Genen (unterdrücken das Zellenwachstum) zu einem unkontrollierten Wachstum eines Tumors (Gabbert, 2010b).

Im Folgenden wird die Brustkrebserkrankung genauer erläutert, da bei der vorliegenden Studie nur Frauen mit Brustkrebs über ihre Lebensqualität befragt werden:

## **2.3. Brustkrebs (Mammakarzinom)**

### 2.3.1. Epidemiologie

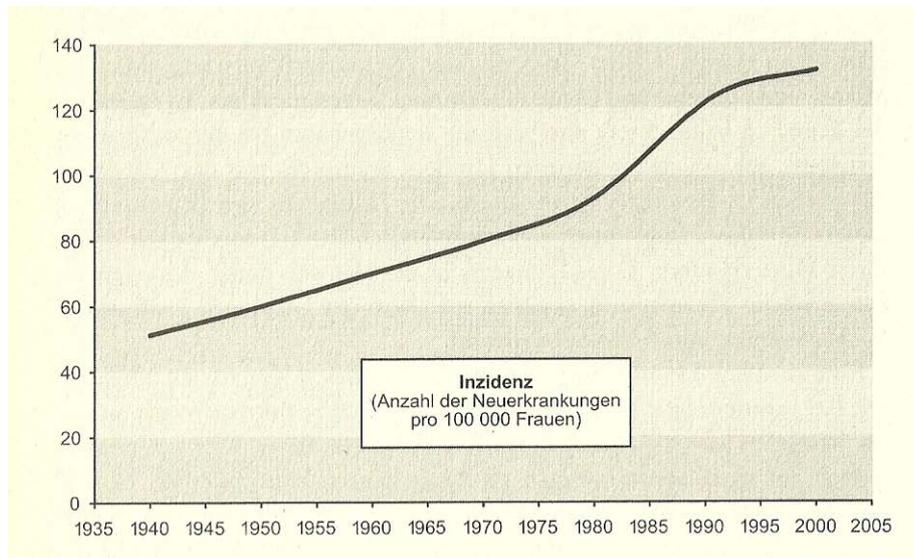
Brustkrebs ist, wie oben bereits erwähnt, bei Frauen die häufigste Krebserkrankung. Laut Statistik erkrankt jede 8. bis 9. Frau in ihrem Leben an Brustkrebs (Österreichische Krebshilfe, 2009a).

Männer können auch an Brustkrebs erkranken, jedoch viel seltener. Im Jahr 2008 erkrankten beispielsweise 38 Männer in Österreich an Brustkrebs (Statistik Austria, 2010a).

### 2.3.2. Inzidenz

Unter Inzidenz versteht man die Anzahl der in einem Jahr neu aufgetretenen Erkrankungen pro 100 000 Personen. Die Inzidenz von Brustkrebs ist weltweit aber auch europaweit sehr unterschiedlich: In Osteuropa liegt die Inzidenz relativ niedrig mit durchschnittlich ca. 75 neu an Brustkrebs erkrankten Frauen pro 100 000 Frauen im Jahr. In Mittel- und Westeuropa ist die Inzidenz mit ca. 134 neu an Mammakarzinom erkrankten um einiges höher. In den USA ist die Anzahl der neu an Brustkrebs erkrankten Frauen noch höher, nämlich ca. 144 pro 100 000 Frauen. Jedoch auch innerhalb der einzelnen Länder gibt es große Unterschiede in der Anzahl der an Brustkrebs neuerkrankten Frauen (Graf, 2006). Auch in den einzelnen österreichischen Bundesländern gibt es eine unterschiedliche Inzidenz für Brustkrebs: im Jahresdurchschnitt 2006/2008 sind in Wien 64 Frauen neu an Brustkrebs erkrankt, in Salzburg jedoch 83,5 Frauen. In Oberösterreich liegt die Inzidenz bei 67,6 (Statistik Austria, 2010c). Mögliche Gründe für die unterschiedliche Inzidenz sind laut Statistik Austria (2010d) einerseits die verschiedenen regionale Screeningprogramme und andererseits auch die unterschiedliche

Meldefrequenz der Krankenanstalten. Auf andere mögliche Ursachen wird nicht eingegangen. Männer hatten im Jahresdurchschnitt 2006/2008 eine Inzidenz von 0,6 Neuerkrankungen auf 100 000 Männer (Statistik Austria, 2010a).



**Abbildung 3: Veränderung der Inzidenz in den letzten 70 Jahren (Graf, 2006, S. 18)**

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, erfolgte vom Jahr 1940 bis 1980 der Anstieg der Inzidenz zunächst gleichmäßig, jedoch ab 1980 zeigt sich ein plötzlicher, steiler Anstieg der Inzidenzkurve. Dies kann durch die vermehrten Mammographieuntersuchungen ab diesem Zeitpunkt erklärt werden. Seit den neunziger Jahren kommt es wieder zu einer abgeflachten Kurve (Graf, 2006).

### 2.3.3. Mortalität

Die Mortalität einer Erkrankung bezieht sich auf die Sterblichkeit durch eine bestimmte Erkrankung im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung. Von Brustkrebs ist die Mortalität seit den neunziger Jahren gesunken, jedoch vorher ist sie über Jahrzehnte angestiegen (Graf, 2006). Im Jahr 1990 betrug die Mortalität von Brustkrebs österreichweit 14,7 pro 100 000 Menschen und 2008 9,4 für beide Geschlechter. Die Mortalität nur von Frauen war im Jahr 1990 25,2 und seit diesem Zeitpunkt ist die Anzahl der an Brustkrebs verstorbenen Frauen pro 100 000 Frauen insgesamt bis 2008 auf 16,7 zurückgegangen (Statistik Austria, 2010b).

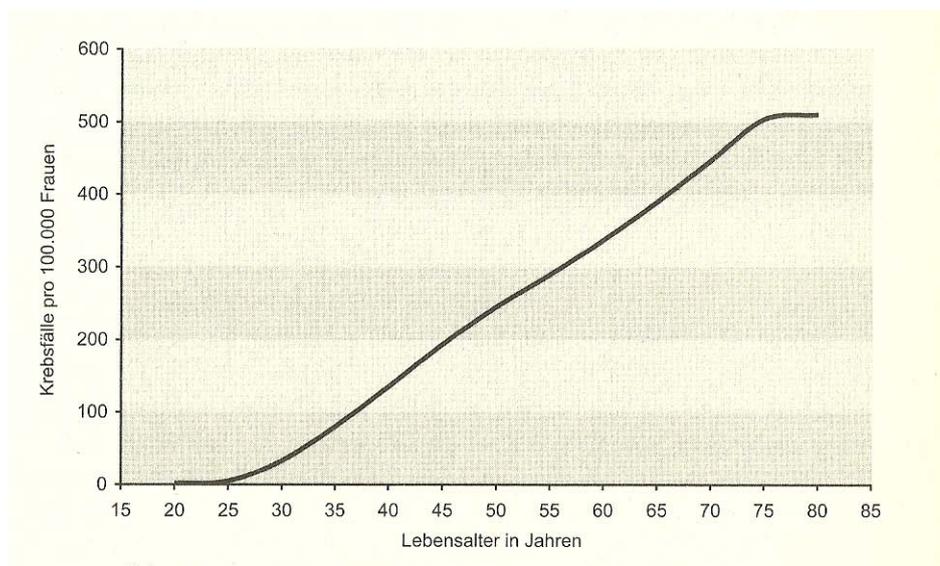
### 2.3.4. Ätiologie

Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit von Brustkrebs erhöhen, sind folgende:

- „Genetische Disposition ...,

- Mammakarzinom der anderen Brust
- Mammakarzinom bei engen Verwandten (z.B. der Mutter) ...
- Einsetzen der Menarche vor dem 12. Lebensjahr
- Einsetzen der Menopause nach dem 50. Lebensjahr
- Kinderlosigkeit
- Erste Schwangerschaft nach dem 35. Lebensjahr“ (Menche, Bazlen & Kommerell, 2001, S. 1205)

Auch das Lebensalter hat einen Einfluss auf die Häufigkeit des Eintritts von Brustkrebs. Je älter eine Frau wird, umso höher ist das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. In Abbildung 4 wird dieses erhöhte Risiko mit steigendem Alter bildlich aufgezeigt, wobei sich die Inzidenzrate auf die jeweilige Altersgruppe bezieht (Graf, 2006):



**Abbildung 4: Altersspezifische Unterschiede bei der Erkrankung von Brustkrebs (Graf, 2006, S.19)**

### 2.3.5. Arten von Brustkrebs

Das Mammakarzinom lässt sich aufgrund der Ursprungszellen in lobuläre Karzinome, also solche die aus den Zellen der Drüsenläppchen entstehen, und in duktale Karzinome einteilen. Zweitere entstehen aus Zellen des Gangeithels (Milchgangs) (Fanai, 1993).

Invasive Mammakarzinome können das Drüsen- und Ganggewebe durchbrechen und sich dadurch in dem umgebenden Brustgewebe ansiedeln. Außerdem kann diese Krebsart auch über die Lymphe oder Blutbahn Metastasen bilden. Metastasen siedeln sich bei Brustkrebs

hauptsächlich in den Achsellymphknoten an (Österreichische Krebshilfe, 2009a). Wenn die Basalmembran erhalten bleibt, handelt es sich um ein Carcinoma in situ, welches weder mit Blut- noch mit Lymphgefäßen in Verbindung steht und deshalb auch nicht metastasieren kann (Fanai, 1993).

#### 2.3.6. Symptome

Folgende Symptome können bei Brustkrebs auftreten, wobei es sich beim ersten um das Leitsymptom handelt:

- „einseitige, meist derbe und nicht druckschmerzhaft Verhärtung in der Brust oder Achselhöhle ...
- Orangerhautphänomen, d.h. Grobporigkeit und Lymphödem der Haut über dem Tumor
- Einziehen der Haut, wenn der Tumor mit der Haut verwachsen ist
- Unverschieblichkeit der Haut über der Verhärtung
- Asymmetrie der Brüste ...
- Unterschiedliches Verhalten der Brüste beim Heben der Arme
- Sekretion aus der Brustwarze
- Ekzemartige Hautveränderungen, in späteren Stadien Geschwürsbildung (Ulzerationen)
- Hautveränderungen ähnlich der einer starken Entzündung bei massiver Ausbreitung des Karzinoms in die Lymphspalte ...“ (Menche et al., 2001, S. 1205 f.)

#### 2.3.7. Diagnostik

Die meisten Mammakarzinome werden von den Patientinnen selbst ertastet. Zur genaueren Befundung werden jedoch folgende technische Untersuchungen durchgeführt:

- „Sonographie und Mammographie der Brüste, ggf. Kernspintomographie mit Kontrastmittel
- Kontrolle der allgemeinen Tumorzeichen im Blut ...
- Sonographie der inneren Geschlechtsorgane und Sonographie des Oberbauches zur Metastasensuche (v.a. Lebermetastasen)

- Skelettszintigraphie, da die Knochen häufigster Sitz von Metastasen sind ...“ (Menche et al., 2001, S. 1206)

### 2.3.8. Prognose und Klassifikation

Die Prognose für den Verlauf der Brustkrebserkrankung ist abhängig von der Tumorgröße, von der Tumorausdehnung, von dem Lymphknotenbefall, von dem Differenzierungsgrad und von dem Hormonrezeptorstatus (Österreichische Krebshilfe, 2009a).

Die Klassifikation eines Tumors geschieht über die TNM-Klassifikation, die im Folgenden genauer erklärt wird:

- „T = Tumor
  - T<sub>0</sub> = kein Anhalt für einen Primärtumor
  - T<sub>1</sub> = der Primärtumor ist kleiner als 2 cm
  - T<sub>2</sub> = der Primärtumor ist 2-5 cm groß
  - T<sub>3</sub> = der Primärtumor ist größer als 5 cm
  - T<sub>4</sub> = Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung in Brustwand oder Haut
- N = regionale Lymphknoten (Knoten = lat. Noduli)
  - N<sub>x</sub> = Lymphknoten lassen sich auf Krebsbefall nicht beurteilen
  - N<sub>0</sub> = kein Befall der regionalen Lymphknoten
  - N<sub>1</sub> = Metastasen in Lymphknoten der Achselhöhle nachweisbar
  - N<sub>2</sub> = Metastasen untereinander oder in Nachbarschaft fixiert
  - N<sub>3</sub> = Metastasen in Lymphknoten entlang der Arteria mammaria interna (= inneren Brustwandarterie)
- M = Metastasen
  - M<sub>x</sub> = kein klinischer Nachweis von Fernmetastasen
  - M<sub>0</sub> = keine Fernmetastasen
  - M<sub>1</sub> = Fernmetastasen nachweisbar“ (Österreichische Krebshilfe, 2009a, S. 14)

Für die vorliegende Diplomarbeit ist die Prognose und Klassifikation der Brustkrebserkrankung für die Aufnahme in die Studie relevant. Studienteilnehmerinnen dürfen aber keine Metastasen,

weder der Lymphknoten noch Fernmetastasen haben. Durch diese zusätzlichen Befunden könnte die Lebensqualität durch diese Diagnose beeinflusst werden und daher werden nur Brustkrebspatientinnen mit einem Primärtumor, egal welcher Größe, mit in die Studie einbezogen.

### 2.3.9. Therapie

Die meisten Mammakarzinome werden multimodal, also mit mehreren Therapiekonzepten behandelt. Im Folgenden werden die einzelnen Behandlungsstrategien kurz vorgestellt und vor allem wird auf die Strahlentherapie, die auch im Zentrum dieser Diplomarbeit steht, eingegangen.

#### *Operation*

Meist ist bei der Diagnose Brustkrebs ein chirurgischer Eingriff notwendig. Die Operationstechnik richtet sich dabei nach der Größe des Tumors. Es sind brusterhaltende und radikale Brustoperationen zu unterscheiden. Bei den brusterhaltenden Operationen werden nur der Tumor und sein unmittelbares Nachbargewebe entfernt, die Achsellymphknoten nur bei Indikationen. Diese Art der Operation setzt einen nicht allzu großen Tumor voraus. In 80% der Fälle kann diese Operationsart angewandt und somit die Brust erhalten werden (Österreichische Krebshilfe, 2009a). Zu einer radikalen Brustoperation kommt es beispielsweise, wenn der Tumor zu groß ist. Dabei werden die Brustdrüse einschließlich der Haut und Mamille sowie die Achsellymphknoten entfernt (Menche et al., 2001).

#### *Chemotherapie*

Unter einer Chemotherapie ist die Behandlung einer Erkrankung mit chemischen Stoffen (Arzneimitteln) gemeint. Diese Medikamente, welche auf die unterschiedlichsten Weisen verabreicht werden, z.B. durch Infusionen in die Vene oder durch Tabletten, können eine vermehrte Zellteilung hemmen (Österreichische Krebshilfe, 2009a).

Man unterscheidet verschiedene Formen von Chemotherapien: Die adjuvante Chemotherapie wird zusätzlich zu einer Operation verabreicht und unterstützt somit die vorangegangene Therapie. Auch bei vollständiger Entfernung des Tumorgewebes wird eine adjuvante Chemotherapie angewandt, damit mögliche, winzige Krebsherde im Gewebe zerstört werden. Bei der neo-adjuvanten Chemotherapie wird diese vor der Operation durchgeführt. Ziel dieser Therapiemöglichkeit ist es, den Tumor zu verkleinern, um so die Operation brusterhaltend

durchführen zu können. Die dritte Form der Chemotherapie ist die palliative. Damit kann bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs eine Tumorrückbildung und somit ein längeres Überleben erreicht werden (Österreichische Krebshilfe, 2009a).

### *Strahlentherapie*

Bei der Strahlentherapie kommt es zur Anwendung von zwei Arten von energiereichen, ionisierenden Strahlen, nämlich der Photonenstrahlung und der Teilchen(Korpuskular-) Strahlung. Das Ziel und somit die Hauptwirkung der Strahlentherapie ist die Störung oder sogar Verhinderung der Zellteilung. Dadurch können sich die Krebszellen nicht weiter teilen und der Tumor stirbt ab. Die Dosis der Strahlen, welche für die Tumorvernichtung notwendig ist, misst man in Gray (Abkürzung: Gy). Sie ist je nach Art des Tumors unterschiedlich intensiv (Österreichische Krebshilfe, 2009b).

Zu unterscheiden sind kurative, adjuvante und palliative Strahlentherapien. Die kurative Strahlentherapie zerstört den Tumor ohne weitere Therapiearten, wie Chemotherapien. Bei der adjuvanten Strahlentherapie kommt es nach einer Operation zu einer Strahlentherapie, damit mögliche im Operationsgebiet noch vorhandene Tumorzellen durch die Strahlung vernichtet werden. Außerdem kann es auch zu einer Kombination einer Strahlen- und Chemotherapie kommen, um ein dauerhaftes Verschwinden des Tumors zu gewährleisten. Auch Brustkrebs wird mittels adjuvanter Strahlentherapie behandelt. Unter palliativer Strahlentherapie versteht man, dass die Therapie zur Linderung der tumorbedingten Symptome eingesetzt wird, somit nicht für die Heilung der Erkrankung. Durch die palliative Bestrahlung kann es jedoch auch zu einer Lebensverlängerung kommen (Österreichische Krebshilfe, 2009b). In die vorliegende Diplomarbeit werden nur Patientinnen eingeschlossen, die sich einer kurative oder adjuvante Strahlentherapie zur Behandlung ihres Brustkrebses unterziehen.

Nebenwirkungen der Strahlentherapie können Hautschäden, Gewebeschäden oder in seltenen Fällen Lymphödeme sein. Bei Hautschäden handelt es sich meist um zunehmende Trockenheit der Haut und eventuell kommt es zu Rötungen im Bestrahlungsgebiet (Fanai, 1993).

### *Hormontherapie*

Zwischen 60 und 75% der Mammakarzinome sind hormonabhängig, d.h. das Tumorstadium wird durch die weiblichen Geschlechtshormone gefördert oder gehemmt. Die Prognose des Tumors kann durch folgende Hormongaben verbessert werden: Antiöstrogene, die die Östrogenrezeptoren blockieren, Aromatasehemmer, die die Steroidhormonsynthese in der

Nebennierenrinde hemmen oder Gestagene, die die körpereigene Östrogenproduktion bremsen. Die Hormontherapie kann einerseits postoperativ adjuvant verabreicht werden oder auch als Palliativtherapie bei metastasierendem Brustkrebs (Menche et al., 2001).

#### *Andere Therapiemöglichkeiten*

Weitere zugelassene Therapiemöglichkeiten sind beispielsweise Antikörper-Therapien und Immuntherapie. Auch komplementäre Methoden und Naturheilverfahren können bei Brustkrebs angewandt werden, jedoch sollten diese als ergänzende Therapien mit dem Ziel der Wohlbefindens- und Lebensqualitätsverbesserung gesehen werden (Österreichische Krebshilfe, 2009a). Eine andere Möglichkeit die Behandlung von an Brustkrebs erkrankten Frauen zu unterstützen ist die psychoonkologische Betreuung, die auch auf eine Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität abzielt (Grundmann, 2007). Diese Therapiemöglichkeit wird in Kapitel 4 genauer beschrieben, da neben der Voraussetzung der strahlentherapeutischen Behandlung die psychoonkologische Betreuung in der vorliegenden Diplomarbeit untersucht wird.

#### **2.4. Zusammenfassung**

Dieses Kapitel sollte einen Einblick in die medizinischen Aspekte einer onkologischen Erkrankung und vor allem der Brustkrebserkrankung geben. Zusammengefasst versteht man unter Onkologie die Lehre von Geschwülsten (Vehling-Kaiser, 2008) und onkologische Erkrankungen stellen eine häufige Todesursache in Österreich dar (Hackl, 2007). Gerade Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen (Hackl, 2007) und steht deshalb auch im Mittelpunkt der hier vorliegenden Diplomarbeit. Das Leitsymptom dieser Erkrankung ist eine „einseitige, meist derbe und nicht druckschmerzhaft Verhärtung in der Brust oder Achselhöhle“ (Menche et al., 2001, S. 1205) und wird meist von den Patientinnen selbst ertastet. Die therapeutischen Möglichkeiten bei Brustkrebs reichen von einer Operation, Chemotherapie bis zu einer Strahlentherapie oder Hormontherapie. Meistens ist die Therapie multimodal, also werden mehrerer Behandlungskonzepte miteinander angewandt. Als ergänzende Therapie werden auch psychoonkologische Betreuung zur Verbesserung der Lebensqualität gesehen (Grundmann, 2007).

### **3. Existenzanalyse**

In diesem Kapitel kommt es zu einer Erläuterung der Existenzanalyse und anschließend zu einem Überblick über das Konstrukt der existentiellen Lebensqualität, welches sich aus der Existenzanalyse entwickelt hat und in der vorliegende Diplomarbeit bei den Brustkrebspatientinnen erhoben wird.

Längle (2008) definiert die Existenzanalyse folgendermaßen:

Existenzanalyse kann definiert werden als eine phänomenologische, an der Person ansetzende Psychotherapie – mit dem Ziel, der Person zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst und ihrer Welt zu verhelfen. Praktisch hat damit die existenzanalytische Psychotherapie das Ziel, den Menschen zu befähigen, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein leben zu können. (Längle, 2008, S. 71)

Ein wichtiger Gedanke der Existenzanalyse beinhaltet, dass der Mensch nicht ist, sondern dass er existiert. Dies bedeutet, dass jede Person nicht festgelegt bzw. determiniert ist, sondern dass sich ihre Existenz durch eine dialogische Begegnung mit anderen Menschen in der Welt vollzieht. Dadurch kann jede einzelne sich selbst und ihre Situation frei gestalten und kann sich so auf verschiedene Angebote und Anforderungen einer Situation einlassen. Wenn jemand scheitert, hängt dies deshalb weniger vom Mislingen ihres Vorhabens ab, als viel mehr davon, dass sie sich einer Situation nicht stellt bzw. sich dieser entzieht (Längle, 2008).

#### **3.1. Die vier Grundmotivationen**

Längle (2008) beschreibt vier Grundmotivationen, die für die existentielle Gestaltung des Lebens notwendig sind und auf denen das Konstrukt der existentiellen Lebensqualität aufgebaut ist. Im Folgenden wird auf diese kurz eingegangen:

##### **3.1.1. Erste Grundmotivation: Dasein-Können**

Grundfrage der Existenz: Ich bin – kann ich sein?

Mit dieser ersten Grundmotivation ist die Frage verbunden, ob man die eigenen Fähigkeiten, also das eigene Können erkennen und wahrnehmen kann und somit mit den umgebenden Fakten und Bedingungen, also mit seiner Umwelt, das eigene Dasein möglich ist. Daraus folgt die

Wichtigkeit, seine gegebene Welt annehmen und aushalten zu können. Unter diesem Aushalten wird einerseits die Kraft verstanden, schwierigen, ängstigenden und problematischen Situationen einen Widerstand entgegenzusetzen und andererseits auch das Ertragen von nicht oder noch nicht änderbaren Situationen, wie z.B. von Schmerzen. Das Annehmen seiner eigenen Umwelt fordert eine Zustimmung zu den Umständen, welche vorhanden sind. Daraus folgend kann jede Person nur etwas anderes im eigenen Lebensraum sein lassen, wenn es für sie möglich ist, sie selbst zu sein (Längle, 2008).

Wenn das Dasein-Können und somit das Grundvertrauen fehlt, kann es bei der Betroffenen zu einer Verunsicherung und zu Verslossenheit, aber auch zu Ängsten kommen. Wobei vor allem Ängste Gefühle des Nicht-sein-Könnens sind, und die Grundvoraussetzung für das Dasein, nämlich Schutz, Raum und Halt, meist nicht gegeben sind (Längle, 2008).

### 3.1.2. Zweite Grundmotivation: Leben-Mögen

Grundfrage des Lebens: Ich lebe – mag ich leben?

Bei der zweiten Grundmotivation geht es im Zusammenhang mit dem Leben um das Mögen. Eine Form des Mögens ist die Zuwendung, welche von ‚ganz bei etwas‘ oder ‚bei jemandem Sein‘ ausgeht. Um sich des eigenen Lebens bewusst zu sein und es mögen zu können, ist es notwendig, das Gegebene zu beurteilen und Stellung dazu zu beziehen. Die Voraussetzungen für das Leben-Mögen sind Beziehung, Zeit und Nähe. Durch eine Beziehung wird der Mensch für andere Menschen und Objekte zugänglich, wobei in der Beziehung das Selbst nicht verloren gehen soll. Das Leben und somit auch das Mögen von diesem finden dann statt, wenn man sich die Zeit zum Leben nimmt. Auch Nähe zu sich selbst und zu anderen Menschen ist eine wichtige Voraussetzung, um das Leben zu mögen. Sind diese Voraussetzungen nicht vorhanden, kann es zu Sehnsüchten, Belastungen, Kälte und Depressionen kommen. Depressionen sind Gefühle der gestörten Beziehung zum Leben und somit kann der Wert des Lebens nicht mehr gefühlt werden (Längle, 2008).

Dem Menschen ist es durch die zweite Grundmotivation möglich, Gefühle, Nähe, Wärme, Werte und Beziehungen emotional zu empfinden. Dadurch kommen aber auch negative Gefühle, wie Leid, Schmerz und Schwere des Lebens ins Bewusstsein. Dies führt zu Verlusten und Belastungen, welche mit dem Leben, den Werten und den Beziehungen eines Menschen verbunden sind. Eine Auseinandersetzung mit diesem Negativen ist wichtig, um leben und lieben zu können (Görtz, 2007).

### 3.1.3. Dritte Grundmotivation: Selbstsein-Dürfen

Grundfrage der Person: Ich bin ich – darf ich so sein?

Die dritte Grundmotivation bedeutet, dass jede Person zu dem stehen kann, was sie tut und sich damit identifiziert. Es ist also wichtig, dass der Mensch seine eigene Position im Tun spürt und findet. Diese Position soll auch gegenüber anderen Menschen halten und somit zu einer eigenen, authentischen Position führen. Voraussetzungen für diese Positionsfindung sind Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung von anderen und von sich selbst. Die Beachtung von anderen Menschen, die Wirkung auf andere Personen und das Erleben und die Reaktion von diesen sind mit dem eigenen Selbsterleben der Grundstein für das eigene Selbstbild. Durch gerechte Behandlung von anderen und durch Erleben von sich selbst sowie durch Wertschätzung kann man seine eigene Position finden und seinen eigenen Wert, also den Selbstwert, erkennen (Längle, 2008).

Fehlt bei einem Menschen das Selbstsein-Dürfen und somit der Selbstwert, kann es zu Einsamkeit, Ruhelosigkeit, Verletzbarkeit und Hysterie kommen (Längle, 2008).

### 3.1.4. Vierte Grundmotivation: Sinnvolles Wollen

Sinnfrage der Existenz: Ich bin da – wofür soll ich da sein? – Wofür ist mein Leben gut?

Zur Erklärung der vierten Grundmotivation meinte Längle (2008):

Wenn man da sein kann, das Leben mag und sich selbst darin finden kann, dann fehlt zur Erfüllung der Existenz noch eines: das Erkennen dessen, worum es im Leben gehen soll. Denn für ein erfülltes Leben genügt es dem Menschen nicht, einfach da zu sein und sich gefunden zu haben. (Längle, 2008, S. 52)

Die vierte Grundmotivation drückt also aus, dass sich der Mensch mit den vorhandenen Mitteln und Fähigkeiten verwirklicht und darin aufgehen kann. Für dieses sinnvolle Handeln benötigt jede Person ein Tätigkeitsfeld, in dem sie Interessen hat, einen Strukturzusammenhang und einen Wert in der Zukunft. Unter Strukturzusammenhängen versteht die Existenzanalyse, dass jede Aktivität mit anderen Aktivitäten und Strukturen verbunden ist. Diese können vorgegeben oder selbst geschaffen sein. Alles was man tut, stellt somit größere Zusammenhänge dar, in die man eingebettet ist oder zu denen man gehört. Ein Wert in der Zukunft und der oben erwähnte Strukturzusammenhang sind für sinnvolles Handeln wichtig, weil eine Person dadurch weiß, warum sie etwas tut und warum sie ihre Kraft und Zeit investiert (Längle, 2008).

Findet eine Person ihren Sinn des Lebens nicht, so kann es zu einer inneren Leere, zu existentiellen Frustrationen, zu Verzweiflung und auch vermehrt zu Süchten kommen. Durch diese Verzweiflung kommt es zu einer erhöhten Suizidalität, weil die Person nichts im Leben hat, das sie im Falle von Belastungen vom Tod zurückhalten könnte. Die erhöhte Suchtbereitschaft lässt auf einen Betäubung und Verdrängung des momentanen Zustands schließen (Längle, 2008).

Unter dem existentiellen Sinn versteht Längle (2008):

Existentieller Sinn ist somit etwas, was hier und jetzt (nicht morgen und unter besseren Bedingungen), sondern auf dem Boden der Tatsachen real möglich ist; was einem selbst (nicht anderen oder theoretisch) möglich ist; was von einem jetzt gebraucht wird oder was jetzt das Dringlichste, das Wertvollste, das Interessanteste ist. (Längle, 2008, S. 56)

### **3.2. Existentielle Lebensqualität**

Das Konstrukt der existentiellen Lebensqualität hat sich aus der Therapiemethode der Existenzanalyse, vor allem aus den Grundmotivationen nach Längle (2008), entwickelt. Weiters fließen in dieses Konstrukt Teile der empirischen Sozialforschung und der gesundheitspsychologischen Wohlbefindensforschung mit ein (Görtz, 2007).

Der existentielle Lebensqualitätsansatz wehrt sich laut Görtz (2007) gegen das ausschließlich utilitaristische Verständnis und bemüht sich einen eudämonistischen Blick auf das Konstrukt der Lebensqualität zu werfen. Dieser eudämonistische Ansatz erhebt bei Fragebögen nicht nur das ‚angenehme Leben‘, sondern auch das ‚gute Leben‘. Die Existenzanalyse versteht unter ‚Leben‘ einerseits das vorgefundene und andererseits das selbst gestaltete Leben. Daraus ergibt sich, dass sich Lebensqualität durch ein Einverständnis mit den Lebensumständen und durch Zufriedenheit mit den vorgefunden sowie selbstgemachten Umständen, erkennen lässt (Längle, 1991; zitiert nach Görtz, 2007). Unter einem ‚guten Leben‘ versteht die Existenzanalyse, ein Leben in Übereinstimmung mit den eigenen Werten und ein Leben, das sich in freier Weltbegegnung vollzieht (Görtz, 2004).

Das Konstrukt der existentiellen Lebensqualität stellt keinen normativen Anspruch, sondern es soll den Prozess des persönlichen Wahrnehmens und Bewertens der Lebensmöglichkeiten hervorheben. Es handelt sich also auch nicht um ein zeitlich überdauerndes Lebensqualitätsmodell, sondern um ein heuristisches und intentionales, welches immer wieder neu gefunden werden sollte (Görtz, 2004).

Eine freie und eigenverantwortliche Lebensgestaltung trägt also zu einer existentiellen Erfüllung bzw. zu einer hohen existentiellen Lebensqualität bei (Görtz, 2007).

Die genauere Beschreibung der einzelnen Bereiche der existentiellen Lebensqualität befindet sich im Kapitel Methodik unter 6.2.1.

### 3.2.1. Existentielle Lebensqualität in der Onkologie

Gerade bei einer Krebsdiagnose ist das Dasein-Können nur annehmbar, wenn dadurch nicht das Gefühl des Selbstseins verloren geht. Mit den Eigenschaften Schutz, Raum und Halt, die Voraussetzung für das Dasein-Können sind, kann auch Schwieriges angenommen und ausgehalten werden und kann jede Person auch noch unter schwierigen Bedingungen, wie z.B. einer Krebserkrankung, sie selbst sein (Längle, 2008).

Der existentielle Sinn kann auch in unabänderlichen, leidvollen Situationen, wie z.B. bei einer Krebserkrankung, gefunden werden, indem man Stellung zum Leid bezieht und dadurch das Unglück nicht weiter eskalieren lässt, sondern den Wert des Lebens aufrecht erhält. Der Mensch kann das Leid still ertragen, jammern, sich auflehnen oder es durchstehen, damit er sich und seinem Leben treu bleibt. Natürlich kann eine Krankheit und somit eine Gegebenheit nicht abgeschüttelt werden, aber durch den selbstgestalteten Umgang mit zum Beispiel einer Krebserkrankung ist ein Stück Freiheit und somit auch das Menschsein in solch einer Situation möglich (Längle, 2008).

Die Existenzanalyse meint zum Leben mit einer onkologischen Erkrankung folgendes:

Nicht das Faktum ... des Karzinoms zählt, sondern existentiell bedeutsam ist vielmehr, wie der Mensch mit den Fakten umgeht, was er daraus macht und wie er sich selbst neu fasst und ‚restrukturiert‘. So kann der Mensch trotz aller faktischen Begrenzungen zu seiner Existenz finden, kann sein Leben trotz Einschränkungen und Verlusten wesentlich leben. (Längle, 2008, S. 25)

Und im Weiteren kann auch jede Person mit einer onkologischen Erkrankung eine hohe existentielle Lebensqualität haben, indem sie ihr Leben frei und eigenverantwortlich gestaltet (Görtz, 2007).

### **3.3. Zusammenfassung**

In diesem Kapitel sollte die Therapierichtung der Existenzanalyse und die existentielle Lebensqualität, welche bei der vorliegenden Diplomarbeit erhoben wird, näher beschrieben werden. Die Existenzanalyse beschäftigt sich mit einer Person und ihrem emotionalen und geistigem, freien Erleben, ihrer authentischen Stellungnahme und ihrem eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst und der Welt (Längle, 2008). Für die existentielle Gestaltung des Lebens sind die vier Grundmotivationen nach Längle (2008), nämlich Dasein-Können, Leben-Mögen, Selbstsein-Dürfen und sinnvolles Wollen, notwendig. Auf diesen baut auch die existentielle Lebensqualität auf und auch bei onkologischen Erkrankungen kann diese Art der Lebensqualität laut Görtz (2007) hoch sein, wenn die Patientinnen ihr Leben frei und eigenverantwortlich gestalten.

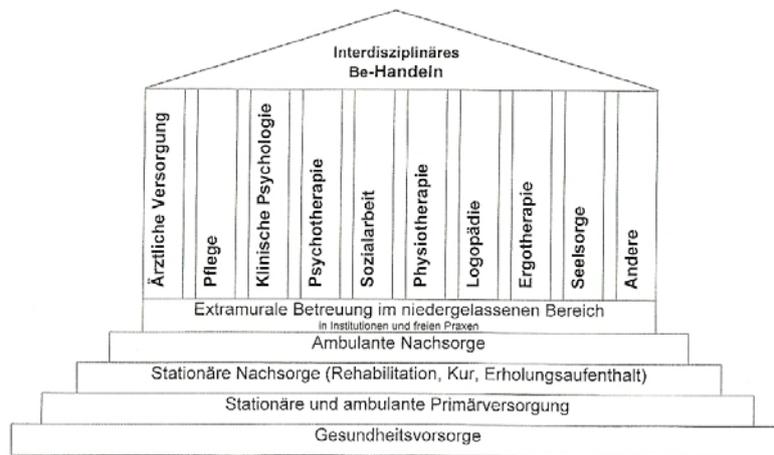
## **4. Psychoonkologie**

Im Kapitel ‚Psychoonkologie‘ wird zu Beginn der Begriff erklärt und auf die verschiedenen Versorgungs- und Interventionsmöglichkeiten in der Psychoonkologie eingegangen. Dann wird ein genauerer Überblick über die psychoonkologische Betreuung, ihre Ziele und ihre speziellen Techniken gegeben. Das Forschungsmodell in der Psychoonkologie wird als Grundlage der hier vorliegenden Diplomarbeit anschließend erläutert. Danach werden die bisherigen Forschungsergebnisse in der Psychoonkologie nach Themengebieten (Brustkrebs, Strahlentherapie und psychoonkologische Betreuung) zusammengefasst und die Wichtigkeit der hier vorliegenden Studie herausgearbeitet.

### **4.1. Einleitung**

Der Begriff Psychoonkologie wird synonym mit dem der psychosoziale Onkologie verwendet (Dorfmueller, 2009). Die Anfänge dieser Disziplin liegen in den 70er Jahren (Dolbeault, Szporn & Holland, 1999), und damals bildete der Einfluss von psychologischen Faktoren, v.a. von Verlustereignissen und Persönlichkeitsfaktoren, auf die Entstehung und den Verlauf einer Tumorerkrankung, den Untersuchungsmittelpunkt (Grassen, 2004, Faller, 2005, zitiert nach Weis & Giesler, 2009).

Laut Heußner (oJ) ist die Psychoonkologie ein Teilbereich der Onkologie und setzt sich aus folgenden Disziplinen zusammen: Psychologie, Soziologie, Sozialpädagogik, Psychiatrie, Onkologie, Theologie und Krankenpflege. Es handelt sich um einen interdisziplinären Ansatz, der eine enge Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen voraussetzt (Weis, 2005). Die Psychoonkologie bedient sich verschiedenster Methoden, die aus dem Bereich der Klinischen Psychologie, der Gesundheitspsychologie, der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, der Psychiatrie und der Kommunikationswissenschaft entstammen (Samonigg & Andritsch, 2007). Zur Veranschaulichung des interdisziplinären Modells der Psychoonkologie wird im Folgenden eine Abbildung (Abb. 5) von der Österreichischen Plattform für Psychoonkologie gezeigt, welche die verschiedenen Bereiche abbildet:



**Abbildung 5: Psychoonkologische Gesamtversorgung (Samonigg & Andritsch, 2007, S.40)**

Im Fokus der heutigen Psychoonkologie steht die wissenschaftliche Untersuchung verschiedener psychosozialer Aspekte, welche die Entstehung, die Behandlung und den Verlauf einer Krebserkrankung im Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenalter beeinflussen (Weis, 2005; Deutsche Krebsgesellschaft e.V. [DKG], 2008). Weiters soll auf das Ausmaß der psychosozialen Belastungen, wie auch auf den Behandlungs- und Interventionsbedarf der Krebskranken und deren unmittelbaren Bezugspersonen Augenmerk gelegt werden. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt, der sich in den letzten Jahren herauskristallisiert hat, stellt die psychoonkologische Palliativbehandlung dar (Dorfmueller, 2009).

Samonigg und Andritsch (2007) vertreten die Meinung, dass neben der Betreuung von den betroffenen Krebskranken und Angehörigen auch die Erforschung der spezifischen Belastungen, mit denen alle im onkologischen Bereich tätigen Personen konfrontiert sind, und auch die Entwicklung von Fortbildungsmaßnahmen für diese Personen ein wichtiger Bestandteil in der Psychoonkologie darstellen sollte. Heußner et al. (2009) sprechen in ihrem Manual zur Psychoonkologie auch davon, dass es mehrere Zielgruppen in der Psychoonkologie gibt, nämlich Patientinnen (Erwachsene, Kinder und Jugendliche), Angehörige (Erwachsene und Kinder krebskranker Eltern) und Mitarbeiterinnen im Gesundheitssystem. In der vorliegenden Diplomarbeit wird das Augenmerk nur auf die krebskranken Patientinnen selbst, auf ihre Lebensqualität und auf ihren möglichen psychoonkologischen Betreuungsbedarf geworfen.

## **4.2. Psychoonkologische Versorgung und Interventionen**

Psychosoziale Interventionen, die als Ergänzung für die medizinische Behandlung gesehen werden müssen (Weis & Giesler, 2009), bewirken bei psychisch belasteten Krebspatientinnen eine Reihe von guten Effekten. Einerseits können sie den Patientinnen helfen, mit dieser

stressvollen Situation umzugehen und die emotionalen Belastungen positiv beeinflussen und andererseits ist es auch möglich, dass psychosoziale Interventionen die körperlichen Nebenwirkungen der Erkrankung oder der Behandlung reduzieren helfen. Eine psychosoziale Betreuung kann also auch einen allgemein positiven Effekt auf die Lebensqualität von Krebspatientinnen haben (Fawzy, 1999). Ein genauerer Überblick über die Effekte von psychoonkologischen Interventionen befindet sich im Kapitel 4.5.

Die Organisation der psychoonkologischen Betreuung kann verschieden aussehen. In Krankenhäusern läuft die Erfassung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs oft durch Screening-Verfahren. Eine Alternative dazu stellt der sogenannte Konsiliar- oder auch der Liaisondienst dar. Bei dem Modell des Konsiliardienstes können sich die Patientinnen und die Angehörigen selbst der psychoonkologischen Betreuung zuweisen und danach betreut eine psychologisch und onkologisch geschulte Mitarbeiterin die Unterstützungssuchenden. Das Liaisonmodell hingegen bietet eine enge Einbindung der Betreuerin in das Stationsteam. Jede Station hat dabei eine Bezugstherapeutin/psychologin, die auch bei Visiten und Stationsbesprechungen anwesend ist und so einen besonders niederschweligen Zugang für Patientinnen, Angehörige und auch Mitarbeiterinnen darstellt (Heußner, 2009). Im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern liegt auf den Stationen der Radioonkologie ein Liaisonmodell vor, sodass eine Psychologin für die Betreuung der dort aufgenommenen Patientinnen zuständig ist. Jedoch wird im Krankenhaus auch auf eine Betreuungskonstanz geachtet, sodass Patientinnen, welche bereits von anderen Psychologinnen betreut wurden, die weitere Unterstützung auch von diesen Psychologinnen erhalten.

Der Bedarf an psychoonkologischen Interventionen ist von der Art und Schwere der Krebserkrankung, wie auch von der Art der medizinischen Behandlung abhängig. Es gibt dabei verschiedene Erkrankungsphasen, bei denen ein besonderes Augenmerk für mögliche Unterstützungsangebot gelegt werden sollte: Diagnose, Therapie, Nachsorge, Spätkomplikationen und Sterbeprozess (Weis & Rüffer, oJ). In der Phase der Diagnosestellung treten häufig psychische Komplikationen, wie Furcht, Angst, Verleugnung oder Ohnmacht, auf und in der Phase der ersten medizinischen Therapien können ebenfalls Ängste bezüglich der Behandlungsnebenwirkungen auftreten. Wenn sich Patientinnen von den bisherigen Strapazen erholen und die medizinische Behandlung abgeschlossen ist, kann es bei den Betroffenen zu Depressionen, Ängsten, Verzweiflung und erhöhter Suizidalität, jedoch auch zu Dankbarkeit und Erleichterung kommen. In der Phase der Spätkomplikationen oder eines Rezidivs können Verzweiflung und Traumatisierungen auftreten und diese Phase wird als stressvollste während der gesamten Erkrankung erlebt (Silberfarb et al., 1980, zitiert nach Tschuschke, 2002). Wenn

sich Patientinnen in der terminal-palliativen Phase befinden, sollte es durch eine psychoonkologische Begleitung zu einer Auseinandersetzung mit dem Tod und dadurch zu einer Entgegenwirkung von Isolation kommen (Tschuschke, 2002, 2007). Jede einzelne Krankheitsphase hat also spezielle Erfordernisse an die psychoonkologische Betreuung. Die Patientinnen in der vorliegenden Diplomarbeit befinden sich im Stadium der medizinischen Behandlung, in der häufig allgemeine Angst, Traurigkeit, Depression, Kontrollverlust, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Ärger/Wut und Schuldgefühle (Tschuschke, 2007) auftreten. Diese psychologischen Auswirkungen der medizinischen Therapie werden durch Fragebögen erhoben und eventuelle Veränderungen während der Therapiephase beobachtet.

Der psychoonkologische Behandlungsbedarf ist jedoch nicht immer indiziert, sondern beispielsweise wenn die Patientin von ihren subjektiven Leiden überwältigt wird oder wenn die Patientin selbst nach einer Unterstützung verlangt. Es wurden auch Indikationskriterien, welche sich aus empirisch gesicherten Erkenntnissen ableiten lassen, für den psychologischen Interventionsbedarf festgeschrieben (Pouget-Schors, 2009). Tabelle 1 stellt einen Überblick über mögliche Kriterien während der Strahlentherapie dar:

<u>Indikationskriterien</u>	<u>Überschwellige Bedingungen</u>
... Folgen der Grunderkrankung; Maßnahmen der ... Strahlentherapie	Subjektiv belastende Nebenwirkungen und Folgen ...
Emotionale Reaktionen	Distress, Angst, Depression, Verzweiflung, Selbst- oder Fremdgefährdung, „rahmensprengendes“ Verhalten, hoher Leidensdruck
Compliance - Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen	Patient kann/will nicht kooperieren; psychische Faktoren behindern die Compliance
Coping/Krankheitsverarbeitung	Hindernisse bei der Bewältigung; ausgeprägte Verleugnung
Subjektive Krankheitstheorie	Belastung durch intensive Beschäftigung mit (realen oder angenommenen) Auslösern der Tumorerkrankung ...
Familiäres Umfeld, psychosoziale Ressourcen	Konflikte, krisenhafte Entwicklungen, Dekompensation oder Fehlen eines sozialen Netzes, unversorgte Kinder, kranke Angehörige
Arzt-Patient-Beziehung; Kommunikation, Compliance; Team-Kooperation	Spannungen durch Missverständnisse, Konflikte, Fehler und Versäumnisse; Vertrauensverlust ...

**Tabelle 1: Indikationskriterien zur psychoonkologischen Betreuung (Pouget-Schors, 2009, S.180)**

Bei der vorliegenden Diplomarbeit entscheiden die Brustkrebspatientinnen selbst über ihren persönlichen, psychoonkologischen Behandlungsbedarf und es wird nicht auf objektiv sichtbare Indikationskriterien Rücksicht genommen. Der Grund dafür liegt einerseits in der freiwilligen

Teilnahme jeder Patientin und andererseits in der Durchführbarkeit der Studie. Bei der vorliegenden Studie sind die meisten Patientinnen nur 3 Tage im Krankenhaus. In dieser Zeit wäre es schwierig, die Indikationskriterien zu erheben, dann die in Frage kommenden Patientinnen auszuwählen und ihnen die Studie zu erklären und danach auch mindestens ein Gespräch mit der klinischen Psychologin durchzuführen. Deshalb wurde der persönliche geäußerte Betreuungsbedarf jeder Patientin beachtet.

Zu unterscheiden gibt es bei der psychoonkologischen Unterstützung folgende Bereiche:

- Beratung, darunter fällt v.a. die Informationsvermittlung
- Betreuung besteht aus Interventionen mit supportiven Charakter, emotionale Unterstützung und Vermittlung von Copingstrategien
- Behandlung bedarf einer Psychotherapie im eigentlichen Sinn – von einer Krisenintervention, über eine Kurztherapie bis zu einer Langzeittherapie

(Pouget-Schors, 2009)

Die Patientinnen, die in der vorliegenden Studie psychologisch betreut werden, bekommen von den psychoonkologisch geschulten Psychologinnen das Angebot einer Betreuung, wobei die Patientinnen den Verlauf und auch die Häufigkeit dieser psychoonkologischen Unterstützung selbst bestimmen können.

### **4.3. Psychoonkologische Betreuung**

Die psychoonkologische Betreuung zielt auf folgende Aspekte ab:

- Reduktion der krankheits- oder behandlungsbedingten Symptome (wie Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Schlafstörungen etc.),
- Reduktion von Angst, Depression, Hoffnungs-, Hilflosigkeit, Belastungserleben
- Stärkung des Selbsthilfepotentials (Selbstkontrolle, Selbstverantwortung, Coping),
- Verbesserung des Selbstwertgefühls, der Einstellung zur Krebserkrankung (z.B. Akzeptanz, aktive Krankheitsverarbeitung, Sinnfindung, Werte), der Lebensqualität und des funktionellen Status,
- Förderung der Behandlungcompliance (aktiven Mitwirkungen an der Behandlung bzw. Rehabilitation)

- Förderung der verbleibenden Gesundheit und Aktivierung von Ressourcen
- Verbesserung der neuropsychologischen Beeinträchtigungen, wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit
- Verbesserung der Beziehung zwischen Patientin, Partner und Angehörigen (z.B. Kommunikation, Rollenänderung, Sexualität)

(Schulz, Winzer, Stump & Koch, 2001; Deutsche Krebsgesellschaft e.V. [DKG], 2008; Weis & Rüffer, oJ; ÖPPO, oJ; Weis & Giesler, 2009)

Von welchen Betreuungsaspekten die Patientinnen durch eine psychoonkologische Intervention während der Strahlentherapie profitieren, wird in der qualitativen Befragung erhoben und in Zusammenhang mit den quantitativen Daten in der zusammenfassenden Interpretation gestellt.

Psychoonkologischen Interventionsmöglichkeiten können auf 4 Bereiche zusammengefasst werden, nämlich psychoonkologische Einzelbetreuung, psychoonkologische Gruppeninterventionen, Verfahren der Entspannung und Imagination und kunsttherapeutische Verfahren (Weis & Rüffer, oJ; Weis & Giesler, 2009)

Im Weiteren wird auf die psychoonkologische Einzelbehandlung und die darin angewandten Techniken eingegangen, da diese Intervention einen Teil der hier vorliegenden Studie darstellt.

Die Grundprinzipien der psychoonkologischen Interventionen sind für die Einzelbetreuung und die Gruppensettings gleich. Es ist einerseits wichtig, dass den Patientinnen eine supportive Grundhaltung zur Stärkung der Ich-Struktur und zur Stabilisierung entgegengebracht wird. Des Weiteren soll sich ein lösungs- und ressourcenorientierter Ansatz in der Betreuung der Krebskranken zeigen und die Intervention sollte sich nach den Patientinnen orientieren, sodass die Settings flexibel gestaltet werden können. Auch ein wichtiger Bestandteil bei der Betreuung von Krebskranken ist, dass die Angehörigen von Anfang an mitberücksichtigt werden (Samonigg & Andritsch, 2007). Eine psychoonkologische Einzelbetreuung ist dann indiziert, wenn eine Erarbeitung individueller Lösungen für persönliche oder zwischenmenschliche Konflikte in Bezug auf die Krebserkrankung und auch darüber hinaus angestrebt wird (Weis & Giesler, 2009).

Spezielle Interventionstechniken im Einzelsetting, die aber auch im Gruppensetting anwendbar sind, lassen sich folgendermaßen aufteilen:

- Schulspezifische Interventionstechniken
  - Verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Härtl & Schreiner, 2009)
    - Konfrontationsverfahren
    - Systematische Desensibilisierung
    - Kognitive Umstrukturierung
  - Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Maßnahmen (Pouget-Schors, Riedner, Mehl & Sellschopp, 2009)
    - Krisenintervention
    - Supportive, das Ich stützende Interventionen
    - Einsichtszentrierte Intervention
  - Psychodrama (Frick & Mehl, 2009)
    - Rollentausch/wechsel
    - Doppeln
    - Konkretisierung eines Gefühls
    - Spiegeln
  - Gestalttherapie (Henkel, Mauser & Pröpper, 2009)
    - Retrofektionen
    - Introjektionen
  - Systemische Familientherapie (Rechenberg-Winter & Hüther, 2009)
    - Reflexives Fragen
    - Zirkuläres Fragen
    - Das Erkennen von Familienmythen und Familienskripten
- Schulenübergreifende Interventionstechniken
  - Entspannungstechniken (Kögler & Fegg, 2009)
    - Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
    - Autogenes Training nach Schultz
    - Imagination

- Psychoedukative Programme
- Kreative Verfahren
- Weitere häufig angewandte Verfahren laut ÖPPO (oJ)
  - Centering-Modell (Hartmann, 1991)
  - Gesundheitsbild (Merl, 1997)
  - Bochumer Gesundheitstraining (Beitel, 1998)
  - Körperorientierte Ansätze und Bewegung (Körperwahrnehmung)

(ÖPPO, oJ; Weis & Giesler, 2009)

Die Klinischen und Gesundheitspsychologinnen des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern bedienen sich hauptsächlich den schulübergreifenden Interventionstechniken, wie Entspannungstraining und Psychoedukation. Des Weiteren verwenden sie aber auch das Centering-Modell (Hartmann, 1991, zitiert nach ÖPPO, oJ) und das Gesundheitsbild (Merl, 1997, zitiert nach ÖPPO, oJ). Unter Psychoedukation wird in der Psychoonkologie einerseits die Gesundheitsförderung bei der Krebserkrankung durch Informationsvermittlung über die Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten und deren Nebenwirkungen verstanden, andererseits auch Unterstützung bei der Diagnoseverarbeitung, bei psychischen Veränderungen (Depressivität, Ängstlichkeit, belastenden Gefühlen) und bei der Krankheitsbewältigung, aber auch das Erkennen der eigenen Bedürfnisse und Grenzen der betroffenen Patientin. Weiters ist auch die Motivation zur und Unterstützung bei der Kommunikation mit dem sozialen Umfeld, den behandelnden Ärztinnen und professionellen Helferinnen Teil des psychoedukativen Ansatzes. (Heckl, Seuthe-Witz & Weis, 2010; Mehl, 2009; Angenendt, 2007). Die psychoonkologische Betreuung jeder Einzelnen in dieser vorliegenden Diplomarbeit wird individuell auf diese Person abgestimmt und beachtet somit eines der Grundprinzipien der psychoonkologischen Interventionen nach Samonigg und Andritsch (2007), nämlich das flexibel gestaltete Setting und das supportive und somit individuelle Vorgehen.

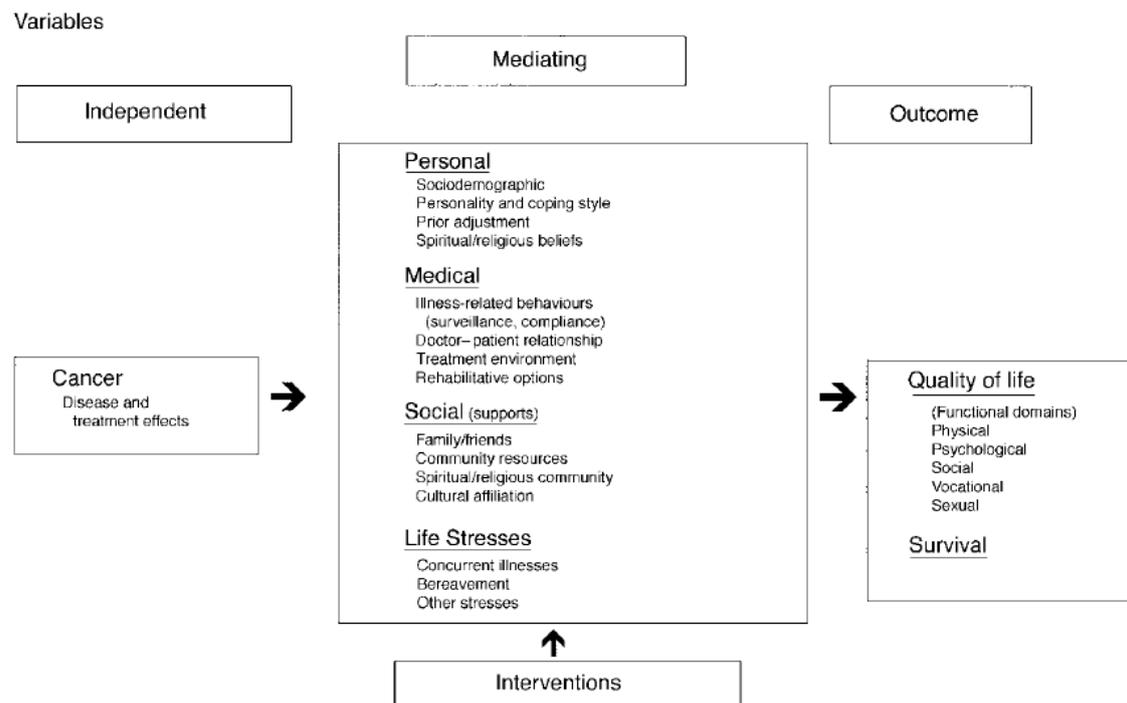
In dieser Studie sind die Themen, die in der psychoonkologischen Betreuung besprochen werden, nicht vorgegeben, sondern jede Patientin kann individuell über die für sie wichtigen Themen sprechen.

Mögliche Themen in der psychoonkologischen Einzelbetreuung sind laut Weis und Giesler (2009) folgende:

- „Bedeutung der Krebserkrankung für die eigene Lebensgeschichte
- Auseinandersetzung mit Fragen des Lebenssinns
- Auseinandersetzung mit den eigenen subjektiven Theorien zu Ursachen der Krebserkrankung
- Fragen der persönlichen Neuorientierung
- Bedeutung der Erkrankung für die eigenen Werte
- Bedeutung der Erkrankung für die Beziehungen zu anderen
- Stärkung eigener Ressourcen
- Suche nach Perspektiven und Quellen der Hoffnung
- Auseinandersetzung mit Sterben und Tod“ (Weis & Giesler, 2009, S.250)

#### **4.4. Forschungsmodell in der Psychoonkologie**

Dolbeault et al. (1999) haben in Anlehnung an ein Modell von Kornblith (1998) ein Forschungsmodell für die Psychoonkologie (Abb. 6) entwickelt, welches die verschiedenen Aspekte der Psychoonkologie in ein integratives Modell zusammenfasst. Dabei werden die Krebserkrankung und die Behandlung dieser als unabhängige Variable gesehen und das Überleben und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bildet die Outcome-Variable. Bei den mediating-Variablen handelt es sich um Themen der psychosozialen Studien und Interventionen.



**Abbildung 6: Forschungsmodell in der Psychoonkologie (Dolbeault et al., 1999)**

Dieses Forschungsmodell bietet die Möglichkeit, verschiedene Forschungsansätze voneinander abzugrenzen und somit besser zu evaluieren (Dolbeault et al., 1999). Außerdem stellt dieses Modell den Ausgangspunkt für die Forschung der vorliegenden Diplomarbeit dar, da zur Interpretation und Diskussion der empirischen Ergebnisse auf laut diesem Modell möglichen Mediating-Variablen eingegangen wird. Auf die persönlichen und die sozialen Mediating-Variablen wird in der vorliegenden Diplomarbeit vor allem eingegangen. Als Outcome-Variable werden die verschiedenen Lebensqualitätsaspekte (physische, psychische, soziale, sexuelle) erhoben und kontrolliert, ob eine psychoonkologische Interventionen einen Einfluss auf diese Variablen über die Mediating-Variablen haben.

#### **4.5. Lebensqualitätsforschung in der Psychoonkologie**

In den folgenden Kapiteln werden Forschungsergebnisse zu den für die Diplomarbeit wichtigen Aspekten der Lebensqualität zusammengefasst. Zuerst werden Studienergebnisse über Lebensqualitätsdimensionen, v.a. in Bezug auf die Brustkrebserkrankungen, zusammengefasst, danach Forschungserkenntnisse während der Strahlentherapie und zum Schluss mögliche Auswirkungen von psychoonkologischen Interventionen auf die Lebensqualität.

#### 4.5.1. Lebensqualitätsforschung bei Brustkrebskrankungen

Depressivität und Ängstlichkeit konnten durch viele verschiedene Studien als psychische Veränderungen bei Brustkrebskrankungen festgestellt werden. Je nach Autorin leiden zwischen 22 und 27% der Frauen mit Brustkrebs an einer mittleren bis ausgeprägten Depression und die Prävalenz für eine mittlere bis hohe Ängstlichkeit schwankt zwischen 31 und 38% (Followfield, Baum & Maguire, 1986; Mehnert & Koch, 2008). Reich, Lesur und Perdrizet-Chevallier (2008) konnten in ihrem Review über Lebensqualität bei Brustkrebs feststellen, dass sogar zwischen 16 und 60% an einer Stimmungslagenstörung leiden. Die Schwere und die Anzahl der Nebenwirkungen der medizinischen Behandlungen (Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormontherapie), wie Übelkeit und Erbrechen, Fatiguegefühl und kognitive Funktionen (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten), werden auch durch eine erhöhte Depressivität beeinflusst (Baucom, Porter, Kirby et al. 2006; Badger, Braden, Mishel, 2001; zitiert nach Reich et al., 2008).

Mehnert und Koch (2008) stellten fest, dass v.a. der Krankheitsfortschritt, eine schädliche Interaktionen, weniger soziale Unterstützung, ein geringeres Ausbildungslevel und ein jüngeres Alter Prädiktoren für psychologischen Komorbiditäten sind.

Erhöhter Ängstlichkeit und/oder Depressivität haben auch einen negativen Einfluss auf die Attraktivitätsgefühle und auf das sexuelle Interesse (Kissane, Clark, Ikin et al., 1998, zitiert nach Henson, 2002). Durch eine Brustkrebskrankung verändern sich häufig allgemein die Sexualität und die Beziehung zum Partner. Sechszwanzig Prozent der Brustkrebspatientinnen nahmen nach der Chemotherapie, 12% nach der Operation und 6% nach der Strahlentherapie bei sich sexuelle Dysfunktionen wahr (Barni & Mondin, 1997). Die Krankheit und die verschiedenen Behandlungsformen haben aber auch unterschiedlichen Einfluss auf die zwischenmenschliche und sexuelle Beziehung: Bei 30% der Brustkrebspatientinnen ist der Hauptgrund für ihre Beziehungsproblem die Sorge um die eigene Gesundheit und bei 38% das Gefühl von Unzulänglichkeit aufgrund des körperlichen Erscheinungsbildes. Nur 28% der befragten Frauen gaben an, dass die Erkrankung keinen negativen Effekt auf ihre Beziehung hat (Barni & Mondin, 1997). Ein Viertel der Brustkrebspatientinnen fühlen sich durch die Erkrankung in ihrer Beziehung belastet und ca. 35% emotional nicht genügend von ihrem Partner unterstützt (Walsh et al., 2005, zitiert nach Sheppard & Ely, 2008). Jedoch konnten Avis, Crawford und Manuel (2004) feststellen, dass die Erfahrung Brustkrebs zu haben, eine gute Partnerschaft verstärken kann. Jedoch bei einer schlechten Partnerschaft führt die Erkrankung zu einem kritischen Punkt

und oft zur Trennung. Die Patientinnen haben dabei selbst ihre Partnerschaft in einer qualitativen Befragung beurteilt.

Viele Männer nehmen sich in ihren sexuellen Wünschen zurück, das kann einerseits die Konsequenz auf die Gefühle der Beunruhigung der Partnerin oder durch das körperliche Erscheinungsbild nach der Operation sein (Goldstein & Teng, 1991, zitiert nach Henson, 2002) und andererseits eine Antwort auf die Ängstlichkeit, Depression und das veränderte Körperbild der Partnerin (Stillerman, 1984, zitiert nach Henson, 2002)

Jedoch hat nicht nur die veränderte Partnerbeziehung und Sexualität durch die Erkrankung und die mögliche Depressivität und Ängstlichkeit einen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch die soziale Unterstützung. Gerade bei jüngeren Brustkrebspatientinnen wird eine Reduzierung der Netzwerkgröße mit einem Abfall der Gemütslage assoziiert. Jedoch muss die Reduktion der Anzahl der Netzwerkmitglieder nach der Brustkrebsdiagnose nicht unbedingt zu einem psychologischen Distress führen, sondern kann auch eine Hilfe für die Selbstregulation der sozialen Netzwerkressourcen bieten (Ashida, Palmquist, Basen-Engquist, Singletary & Koehly, 2009). Je größer das soziale Netzwerk einer Frau ist und je mehr sie darin integriert ist, desto mehr emotionale und hilfreiche Unterstützung ist für sie verfügbar. Das soziale Netzwerk ist aber auch als entscheidender Faktor bei der emotionalen und körperlichen Erholung von Brustkrebskranken bekannt und vor allem während der akuten Erholungsphase für das mentale Wohlbefinden wichtig (Bloom, Stewart, Johnston, Banks & Fobair, 2001). Keine Beziehung konnte zwischen sozialer Unterstützung und aktueller Schmerzintensität festgestellt werden, jedoch konnte ein höherer Lebensstress mit einem signifikant höheren Schmerz verbunden werden (Koopman, Hermanson, Diamond, Angell & Spiegel, 1998).

Auch das Eingebundensein in eine religiöse Gemeinschaft und ein höheres Ausmaß an kirchlicher Aktivität kann laut einigen Studien (Ayele et al. 1999, McCullough & Larson, 1999, zitiert nach Mehnert & Koch, 2001) vor allem bei älteren Menschen zu einer vergleichsweise höheren Lebenszufriedenheit und zu einer geringeren Ausprägung von Depressivität und Ängstlichkeit führen als bei nicht religiösen Patientinnen. Religiosität kann sogar eine effektive Ressource bei der Bewältigung von Tumorerkrankungen sein (Brady et al. 1999, Feher & Maly 1999, zitiert nach Mehnert & Koch, 2001), kann aber auch zu negativen Gefühlen wie Schuld, Ängstlichkeit und Depression führen.

Ein weiter wichtiger Punkt, der die Lebensqualität beeinflussen kann und bei der vorliegenden Studie auch miterhoben wird, ist die Informationsgabe. Mills und Sullivan (1999) haben in ihrem Review über die Wichtigkeit der Informationsgabe bei Krebspatientinnen folgendes festgestellt: Die Effekte der Patientinneninformationen sind Kontrollgewinn, Angstreduktion, Complianceverbesserung und realistische Erwartungen zu kreieren, Selbstfürsorge und Mitverantwortung zu fördern und Gefühle von Sicherheit zu erzeugen. In einigen Studien (Wiggers et al. 1990, Audit Commission, 1993, Evons, 1995; Suominen et al, 1995, zitiert nach Mills & Sullivan, 1999) konnte festgestellt werden, dass viele Krebspatientinnen mit dem erhaltenen Informationslevel unzufrieden sind. Aber nicht nur bezüglich der Informationen über die Erkrankung fühlen sich viele Krebspatientinnen nicht genügend aufgeklärt, auch 56% erachten sich als wenig über mögliche Unterstützungen während der Erkrankung informiert (Mehnert & Koch, 2008).

#### 4.5.2. Lebensqualitätsforschung bei Strahlentherapie

Bei Studien konnte festgestellt werden, dass 25-30% der Patientinnen je nach Diagnose, Tumorstadium und Behandlungssetting während der Strahlentherapie als hochbelastet einzustufen sind (Weis, Koch & Matthey, 1998; zitiert nach Schymura & Sehlen, 2009; Härter, Reuter, Gross-Hardt et al., 2001; zitiert nach Schymura & Sehlen, 2009). Neben physischen Belastungen kommen auch noch psychische hinzu. Bei 9,5% der onkologischen Patientinnen während der Strahlentherapie konnte eine klinisch relevante Ängstlichkeit und/oder Depressivität festgestellt werden (Frick, Tyroller & Panzer, 2007). Brustkrebspatientinnen konnten als am höchsten belastet unter den Krebspatientinnen während der strahlentherapeutischen Behandlung identifiziert werden (Sehlen et al., 2001; Sehlen, Hollenhorst et al., 2003). Zu Beginn der Strahlentherapie leiden ungefähr 31% der Brustkrebspatientinnen an einer mittelmäßigen bis schweren Ängstlichkeit und/oder Depressivität (Söllner, Maislinger, König, DeVries & Lukas, 2004). Vor allem die Müdigkeit, Fatigue, der Brustkrebspatientinnen während der Bestrahlung konnte für den negativen Einfluss der Strahlentherapie auf die Lebensqualität verantwortlich gemacht werden (Irvine, Vincent, Graydon et al., 1998, zitiert nach Schymura & Sehlen, 2009). Eine andere Studie konnte feststellen, dass zu Beginn der Strahlentherapie 40% der Brustkrebspatientinnen Angst vor der Therapie hatten, am Ende nur mehr 19% (Mose et al., 1999). Brustkrebspatientinnen berichten dabei, dass sich ihre Ängste vor allem um die kommende Strahlentherapie und den Umgang damit drehen (Halkett, Kristijanson & Lobb, 2008). Die meisten Patientinnen meinten nach der Strahlentherapie jedoch, dass ihre Ängste über

die Therapie viel größer waren als dann die tatsächlichen Erfahrungen mit der Behandlung und ihren Nebenwirkungen (Halkett et al., 2008).

Aber nicht nur erhöhte Ängstlichkeits- und Depressivitätswerte konnten während der Strahlentherapie festgestellt werden, sondern auch eine signifikante Erhöhung von Schmerzen und Informationsdefiziten (Sehlen, Hollenhorst et al., 2003).

Einige Studien haben das Ausmaß der psychosozialen Betreuungsbedürftigkeit während der Strahlentherapie untersucht. DeVries et al. (1998) haben in ihrer Studie herausgefunden, dass sich 73,3% der heterogenen onkologischen Patientinnen zu Beginn der Strahlentherapie zusätzlich unterstützende Gespräche mit der behandelnden Ärztin wünschen und 41,6% eine psychotherapeutische oder sozialrechtliche Unterstützung. Patientinnen, welche an einer zusätzlichen Unterstützung durch Psychotherapeutinnen oder Sozialarbeiterinnen interessiert waren, fühlten sich in allen erhobenen Bereichen (Bedrücktheit, Unruhe, Angst vor Leben mit der Krankheit, Sorge um die Arbeit, körperliches Befinden, Kommunikation mit Angehörigen, Belastung durch Aussehen, unzureichende Information) belastet. Hingegen konnte bei anderen Studien keine Verbindung zwischen erhöhten Ängstlichkeits- und Depressivitätswerten und dem Bedarf einer psychoonkologischen Unterstützung festgestellt werden (Frick et al., 2007; Söllner et al., 2004). Als mögliche Gründe dafür meinen Söllner et al. (2004), dass Patientinnen während der Strahlentherapie durch den täglichen Kontakt mit dem Radioonkologinnen und technischen Assistentinnen möglicherweise schon genügend Unterstützung erfahren und so nicht explizit eine psychologische Betreuung in Anspruch nehmen wollen. Eine andere Erklärung ist, dass die Patientinnen in dieser Studie eine bessere soziale Unterstützung haben und so keine externe, professionelle Hilfe wollen. Ein Kritikpunkt von Faller et al. (2003, zitiert nach Frick et al., 2007) ist das verwendete Verfahren zur Erhebung der Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte, nämlich der HADS. Laut Faller et al. (2003, zitiert nach Frick et al., 2007) ist die Sensitivität und Spezifität des HADS für ein klinisches Screening nicht ausreichend. Von den Brustkrebspatientinnen äußerten 42% während der Strahlentherapie das Interesse an einer supportiven Behandlung (Söllner et al., 2004), es konnte aber durch Sehlen, Fahmüller et al. (2003) ein Mangel an psychoonkologischen Betreuungsangeboten festgestellt werden.

#### 4.5.3. Lebensqualitätsforschung bei psychoonkologischer Betreuung

Bei verschiedenen kontrollierten psychoonkologischen Interventionsstudien geht es primär um die Untersuchung des möglichen Einflusses psychoonkologischer Interventionen auf die Nebenwirkungen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Schlafstörungen), welche mit den medizinischen

Behandlungsarten oder der onkologischen Erkrankung an sich zusammenhängen. Ein weiterer Bereich befasst sich mit der möglichen Wirksamkeit psychoonkologischer Betreuung auf das emotionale Befinden der Patientinnen (z.B. Angst, Depression). Andere Studien wiederum befassen sich mit einem eher globalen Zielkriterium, nämlich mit der möglichen Verbesserung der Lebensqualität und der Anpassung an die Erkrankung (Schulz et al., 2001).

Das Augenmerk dieser Diplomarbeit wird auf den möglichen Einfluss einer psychoonkologischen Betreuung auf die Lebensqualität gelegt und im Speziellen auch auf existentielle Themen während der onkologischen Erkrankung.

Allgemein kommen bei verschiedenen Studien unterschiedliche Ergebnisse über die Wirksamkeit von psychoonkologischen Betreuungsarten heraus. Im Folgenden werden Forschungsergebnisse im Bezug auf die Lebensqualität zusammengefasst:

Bei psychoonkologischen Gruppeninterventionen konnten einerseits positive Veränderungen in Teilen der Lebensqualität beobachtet werden, andererseits aber auch keine Verbesserungen. Durch eine psychosoziale Gruppenintervention mit Erlernen von Copingstrategien, Kommunikationsskilltraining, Psychoedukation, Progressive Muskelentspannung in Verbindung mit Ernährungs-, Bewegungs- und Rauchkomponenten bei verschiedenen onkologischen Patientinnen konnte ein signifikant geringeres Angstniveau bewiesen werden, ebenso eine signifikante Verbesserung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, signifikant verbesserte Ernährungsgewohnheiten und eine signifikante Reduktion des Rauchens (Andersen et al., 2004). Auch durch Schou, Ekeberg, Karesen und Sorensen (2008) wurde eine psychosoziale Gruppenintervention, jedoch nur bei Brustkrebspatientinnen, untersucht: Die Patientinnen hatten zweistündige Gruppensitzungen über drei Wochen, welche sich vor allem mit der Informationsgabe auseinandersetzten und den Gruppenaustausch ermöglichte. Hierbei kam es durch die Intervention zu einer signifikant verminderten Ängstlichkeit, es konnten jedoch in Bezug auf Depressivität und Lebensqualität keine Veränderungen festgestellt werden (Schou et al., 2008). Ebenfalls auf das Distressniveau waren die Auswirkungen durch eine supportiv-expressive Gruppentherapie bei primären Brustkrebspatientinnen negativ (Classen et al., 2008). Im Gegensatz dazu konnte bei einer achtwöchigen psychoedukativen Gruppenintervention für Brustkrebspatientinnen eine signifikante Reduktion von Ängstlichkeit, Ärger, Depression und Fatigue festgestellt werden. Außerdem gab es eine signifikante Verbesserung der emotionalen und der Rollenfunktion, sowie auch einen besseren Gesundheitsstatus und ein niedrigeres Fatiguelevel (Dolbeault et al., 2009).

Die Forschungsergebnisse über die Wirksamkeit von gruppentherapeutischen Interventionen sind also verschieden. Gründe für die unterschiedlichen Forschungsergebnisse können einerseits die teilweise unstandardisierten Interventionen sein und andererseits auch die zu geringe Frequenz der Gruppenintervention. Auch die teilweise unterschiedliche Stichprobe der onkologischen Patientinnen könnte ein Grund für keine positiven Effekte der Interventionen sein, da die unterschiedlichen Krebserkrankungen andere psychische Belastungen in den Mittelpunkt stellen. Im Folgenden wird auf die psychoonkologischen Interventionen im Einzelsetting eingegangen, weil diese Art der Unterstützung in der vorliegenden Diplomarbeit im Mittelpunkt steht.

Die Studie von Marchioro et al. (1996) fand heraus, dass die kognitive Einzeltherapie bei Brustkrebspatientinnen in Kombination mit der familiären Beratung im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Therapie zu einer Verminderung der Depressivität und einer Erhöhung des Lebensqualitätsindex führte.

Auch bei einer adjuvanten, problemfokussierten, kognitiv-behavioralen Kurzzeittherapie bei heterogenen Krebspatientinnen konnten im Einzelsetting oder auf Wunsch der Patientinnen auch mit ihrem Partnern gute Effekte erzielt werden. Nach achtwöchiger Unterstützung konnten signifikant höhere Scores in Bezug auf Kampfgeist und signifikant niedrigere Werte was Hilflosigkeit, ängstlichem Sorgen, Fatalismus, Ängstlichkeit und psychologischen Symptomen betrifft im Bezug auf die Kontrollgruppe festgestellt werden. Zu beachten ist, dass nur Patientinnen mit einem vorher definierten Cutoff-Werten für Ängstlichkeit, Depressivität, Hilflosigkeit und Kampfgeist in die Studie inkludiert wurden (Greer et al., 1992). Eine weitere individuelle, problemfokussierte, psychologische Kurzzeitunterstützung konnte bei verschiedenen onkologischen Patientinnen bewirken, dass diese Erleichterung in ihren Sorgen über die Erkrankung und Behandlung erfuhren. Patientinnen mit eigenem Problembewusstsein profitierten von dieser Intervention mehr. Jedoch ist bei dieser Studie anzumerken, dass auf standardisierte Lebensqualitätsmessinstrumente verzichtet wurde. Dabei wurde auf die subjektive Meinung über die psychologische Intervention fokussiert (Hellbom, Brandberg, Glimelius & Sjöden, 1998). Auch bei Schlaflosigkeit konnte ein signifikant positiver Effekt einer individuellen, kognitiv-behavioralen Therapie bei Brustkrebspatientinnen festgestellt werden. Es war dies jedoch eine Pilotstudie, in der nur wenige Patientinnen beobachtet wurden (Fiorentino et al., 2010). Eine kognitiv-behaviorale Einzeltherapie zeigte auch bei 54 bis 69% der Krebspatientinnen, die eine bereits diagnostizierte Depression hatten, signifikante positive Effekte auf die Depressivität, Ängstlichkeit und Lebensqualität (Hopko et al., 2008).

In einer weiteren Studie über die Auswirkungen nur eines Gespräches mit einer Psychologin bei Frauen in unterschiedlichen Krebsstadien konnte bei diesen wie auch bei der Kontrollgruppe während der Studienzeit eine Senkung der Ängstlichkeit und des gesamten Distresses festgestellt werden. Auch das allgemeine Wohlbefinden steigerte sich in beiden Gruppen, jedoch nur bei der Versuchsgruppe kam es zwischen den Erhebungszeitpunkten zu einer Minderung der Depressivität und einer Verbesserung des körperlichen, emotionalen und funktionellen Wohlbefindens. Im Gegensatz dazu kam es bei der Kontrollgruppe zu einer erhöhten Depressivität (Powell et al., 2008).

Bei einer anderen individuellen psychologischen Betreuung durch klinische Psychologinnen konnten Chan et al. (2005) keine signifikanten Differenzen zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe in Bezug auf die psychosozialen Parameter feststellen. Es konnte aber ein allgemeiner Trend zu einer besseren Lebensqualität, einem besseren funktionellen Status und eine Verbesserung der Symptome über die Zeit in beiden Gruppen festgestellt werden.

In den hier beschriebenen Studien wurden teilweise signifikant positive und teilweise keine Effekte der psychoonkologischen Betreuung gefunden. Es handelt sich bei den hier erwähnten Studien teilweise um standardisierte Betreuungsformen und teilweise um individuelles Vorgehen, was ein möglicher Grund für die unterschiedlichen Forschungsergebnisse darstellen könnte. Außerdem wurden teilweise die Lebensqualitätserhebungen mit keinen standardisierten Verfahren erhoben, was methodisch kritisch zu hinterfragen ist. In der vorliegenden Studie wird eine individuelle Betreuung durch klinische und Gesundheitspsychologinnen des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Linz auf ihre Wirksamkeit überprüft. Als Stichprobe für die Studie werden ausschließlich Brustkrebspatientinnen befragt, weil es sich bei diesen, wie oben bereits beschrieben, um eine stark belastet onkologische Population handelt und somit von einer einheitlichen Stichprobe ausgegangen werden kann. Außerdem wird auch der Behandlungszeitraum der Strahlentherapie gewählt, weil bisher keine Studien zur psychoonkologischen Betreuung während der Strahlentherapie vorhanden sind und vor allem Brustkrebspatientinnen während dieser Zeit als höchst belastet einzustufen sind (Sehlen et al., 2001, Sehlen, Hollenhorst et al., 2003). Als Parameter für die Überprüfung der Wirksamkeit einer individuellen psychoonkologischen Betreuung während der Strahlentherapie werden zwei Lebensqualitätsfragebögen, die die oben genannten, möglicherweise durch die Betreuung veränderbaren, psychologischen Parameter messen. Es werden bereits statistisch überprüfte Lebensqualitätsfragebögen angewandt, um mögliche Veränderungen besser erkennen zu können. Aber auch auf existentiell wichtige Themen während der Erkrankung wird bei der Befragung eingegangen, weil gerade eine onkologische Krankheit eine existentiell bedrohliche Situation

darstellt (Andritsch, 2002). Die Forschungsfrage, welche diese Bereiche miteinander verbinden, lautet: Kommt es bei Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie durch eine psychoonkologische Betreuung zu einer Verbesserung der existentiellen und krankheitsspezifischen Lebensqualität?

#### **4.6. Zusammenfassung**

Psychoonkologie ist eine eher junge Disziplin, die einen interdisziplinären Ansatz, also eine Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen (Weis, 2005), verfolgt. Der Bereich der psychoonkologischen Betreuung ist sehr vielfältig. Einerseits kann es zu einer beratenden Unterstützung (Informationsgabe) kommen oder andererseits zu einer betreuenden (supportive Gespräche) und behandelnden (Psychotherapie) Unterstützung (Pouget-Schors, 2009). Die psychoonkologische Betreuung von Psychologinnen zielt auf verschiedene Aspekte, wie Reduktion von krankheitsbedingten Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität oder Förderung der Krankheitsbewältigung, ab (ÖPPO, oJ). Die verwendbaren Interventionstechniken sind sehr breit gefächert und individuell einsetzbar. Das Forschungsmodell nach Dolbeault et al. (1999) zeigt die verschiedenen Mediating-Variablen, welche einen Einfluss auf die Lebensqualität haben können und somit auch Teil der hier vorliegenden Studie sind. Auch die unterschiedlichen Studien, die oben beschrieben wurden, erheben Teile dieses Forschungsmodell. Die Ergebnisse der bisherigen Forschungsstudien im Bereich der Psychoonkologie fallen sehr unterschiedlich aus und es gibt keine konsistente Bestätigung der Wirksamkeit von psychoonkologischen Betreuungen. Jedoch fällt auf, wie oben bereits erwähnt, dass es keine Forschung bei Brustkrebspatientinnen während der Bestrahlungstherapie mit psychoonkologischer Betreuung gibt. Hier setzt genau diese Studie an, nämlich dass sie vergleicht, ob Unterschiede zwischen Patientinnen mit und ohne psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie im Bereich der Lebensqualität bestehen.



# **Praktischer Teil**



## **5. Zielsetzung**

Das Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist, zu überprüfen, ob sich eine psychologische Betreuung während der Strahlentherapie positiv auf die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen (gegenüber keiner psychologischen Betreuung) auswirkt. Die Lebensqualität wird dabei in zwei verschiedene Bereiche aufgeteilt, einerseits in die allgemeine - hier existentielle - und andererseits in die krankheitsspezifische Lebensqualität. Die existentielle Lebensqualität wird durch den Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (ELQ; Görtz, 2005) erhoben und die krankheitsspezifische durch den StressIndex RadioOnkologie (SIRO; Sehlen, Fahmüller et al., 2003)

Über die Veränderungen der Lebensqualität während der Strahlentherapie gibt es bereits einige Studien (Sehlen, Hollenhorst et al., 2003; Sehlen et al., 2001), jedoch keine zum Thema klinisch-psychologische Interventionen während der Strahlentherapie und wie diese auf die Lebensqualität einwirken. Mit der vorliegenden Studie soll deshalb kontrolliert werden, ob durch eine psychoonkologische Betreuung die Belastungswerte verbessert werden können und somit die Lebensqualität der betroffenen Personen gesteigert werden kann.

Das Forschungsmodell von Dolbeault et al. (1999; siehe 4.4.) meint, dass eine klinisch-psychologische Intervention durch die Mediating-Variablen auf die Lebensqualität wirkt. Zur Anlehnung an dieses Modell werden bei der vorliegenden Lebensqualitätsbefragung Teile der Mediating-Variablen, wie soziodemografische Gegebenheiten, Persönlichkeit, Copingstil, soziale Ressourcen, abgefragt und im Diskussionsteil in Bezug zu den Lebensqualitätsergebnissen gesetzt.

## **6. Methodik**

In diesem Kapitel werden zuerst die Fragestellung und Hypothesen erläutert und dann die Untersuchungsinstrumente, nämlich der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (Görtz, 2005), der Stress Index RadioOnkologie (Sehlen, Fahmüller et al., 2003) und die qualitativen Fragen, vorgestellt und genauer beschrieben. Zu Beginn des Kapitels ‚Untersuchungsdurchführung‘ wird auf die ethischen Kriterien der Diplomarbeit eingegangen, dann auf die genaue Durchführung der Studie. Die Stichprobenbeschreibung wird durch ein Verlaufsdiagramm dargestellt, außerdem werden die Inklusions- und Exklusionskriterien beschrieben. Auch die Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Studie werden in diesem Kapitel erläutert. Dann kommt es zu einer Erklärung des Untersuchungsdesigns. Am Schluss des Kapitels werden die verschiedenen verwendeten Variablen aufgezählt und die statistischen Auswertungsverfahren, die in der vorliegenden Diplomarbeit angewandt wurden, genauer beschrieben.

### **6.1. Fragestellungen und Hypothesen**

Auf Basis der im Theorieteil erwähnten Studien ist die Hauptfragestellung der vorliegenden Diplomarbeit, ob es eine Verbesserung der Lebensqualität durch eine klinisch-psychologische Betreuung, wie sie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern angeboten wird, gibt. Die Hypothesen werden gerichtet formuliert, da von einer Verbesserung der Lebensqualität in einigen Bereichen ausgegangen wird. Aufgrund der Einwände der Ethikkommission der Barmherzigen Schwestern Linz werden die Hypothesen geordnet formuliert, sodass die Hauptfragestellung die existentielle Lebensqualität betrifft und die Nebenfragestellung die krankheitsspezifische Lebensqualität.

#### **6.1.1. Hauptfragestellung**

Verändert sich die existentielle Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie durch eine psychoonkologische Betreuung?

##### *Nullhypothese*

Die existentielle Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit psychoonkologischer Betreuung verbessert sich nicht signifikant im Vergleich zu Brustkrebspatientinnen ohne psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie.

### *Alternativhypothese*

Die existentielle Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit psychoonkologischer Betreuung verbessert sich signifikant im Vergleich zu Brustkrebspatientinnen ohne psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie.

#### 6.1.2. Nebenfragestellung

Verändert sich die krankheitsspezifische Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie durch eine psychoonkologische Betreuung?

### *Nullhypothese*

Die krankheitsspezifische Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit psychoonkologischer Betreuung verbessert sich nicht signifikant im Vergleich zu Brustkrebspatientinnen ohne psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie.

### *Alternativhypothese*

Die krankheitsspezifische Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit psychoonkologischer Betreuung verbessert sich signifikant im Vergleich zu Brustkrebspatientinnen ohne psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie.

## **6.2. Untersuchungsinstrumente**

Im Weiteren werden die beiden verwendeten Lebensqualitätsfragebögen – der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (Görtz, 2005) und der Stress Index RadioOnkologie (Sehlen, Fahmüller et al., 2003) – beschrieben, danach kommt es zu einer Erklärung und Beschreibung der qualitativen Befragung.

### 6.2.1. Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (ELO)

Der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität, von Görtz (2005) entwickelt, ist theoriegeleitet und repräsentiert somit ein heuristisch intentionales Modell der existentiellen Lebensqualität.

Der ELQ besteht aus drei Teilen: der subjektiven Lebensqualität, die unterteilt wird in Lebenszufriedenheit und existentielles Wohlbefinden, und den Lebensumständen. Im Bereich der Lebenszufriedenheit werden die Zufriedenheit in und die Wichtigkeit von verschiedenen

Bereichen im menschlichen Leben, wie Beruf, finanzielle Situation, Partnerbeziehung, abgefragt. Daraus ergibt sich sodann die kognitive, subjektive Lebensqualität. Die emotionale, subjektive Lebensqualität ist gleichzusetzen mit dem existentiellen Wohlbefinden, welches durch 72 Fragen erhoben wird. Die äußeren Lebensumstände werden mittels soziodemographischer Daten, wie Alter, Lebenssituation, Wohnsituation und Familienstand erfragt (Görtz, 2007).

Im Zuge einer empirischen Studie (Görtz, 2005) wurde der ELQ 262 Patientinnen mit unterschiedlichen Suchtproblemen (Alkohol, Drogen, Medikamente) vorgegeben. Die Patientinnen waren zwischen 18 und 64 Jahre alt und in stationärer Behandlung im Krankenhaus. Aufgrund der damals erhobenen Daten wurde ein dichotomes logistisches Rasch-Modell gerechnet. Dabei konnten neun verschiedene Faktoren, die nachweislich eindimensional sind, festgestellt werden. Ausgehend von der Gültigkeit des Rasch-Modells konnte im Zuge dieser Studie mittels Likelihood-Quotienten-Test und grafischem Modelltest nachgewiesen werden, dass die einzelnen Dimensionen stichprobenunabhängig sind, also unabhängig von der jeweiligen Höhe der Lebensqualität, wie auch von der Arbeitstätigkeit, der Lebensform, dem Einkommen und dem Gesundheitszustand (Görtz, 2005).

Der Teilbereich des existentiellen Wohlbefindens gliedert sich in neun Faktoren, wobei mit Ausnahme des ersten Faktors sich immer ein positiver und ein negativer Faktor gegenüber stehen (Görtz, 2007):

- Ontologisches Wohlbefinden
  - o Vertrauen
- Emotionales Wohlbefinden
  - o Positives Lebensgefühl vs. Depressivität
- Soziales Wohlbefinden
  - o Beziehungserleben vs. soziales Scheitern
- Personales Wohlbefinden
  - o Personale Aktivität vs. personale Passivität
- Existentielle Wohlbefinden
  - o Existentielle Erfüllung vs. existentielle Leere

Diese Faktoren stehen in Verbindung mit den vier Grundmotivationen nach Längle (2008). Die Abbildung 7 zeigt die Verbindung zwischen den neun Faktoren der existentiellen Lebensqualität und den vier Grundmotivationen.

## 4 GM

### Seinsgrund (1. GM)

Vertrauen, Halt  
Kann ich sein, unter den gegebenen  
Bedingungen?

### Grundwert (2. GM)

Nähe, Beziehung  
Mag ich leben? Ist es gut, dass es  
mich gibt?

### Selbstwert (3. GM)

So-Sein, Identität  
Darf ich so sein, wie ich bin?

### Sinn (4. GM)

Das Gute, Stimmige, Richtige  
Was soll werden?

## ELQ

### Ontologisches WB (1. GM)

Pos. und neg. Wohlbefinden auf  
einer Dimension: „Vertrauen“  
(V)

Grundangst/Grundvertrauen

### Emotionales WB (2. GM)

Lebensgefühl (LG)  
Depressivität (DE)

### Soziales WB (3. GM)

Beziehungserleben (BE)  
Soziales Scheitern (SSch)

### Personales WB (3. GM)

Personale Aktivität (PA)  
Personale Passivität (PP)

### Existentielles WB (4. GM)

Existentielle Erfüllung (EE)  
Existentielle Leere (EL)

**Abbildung 7: Gegenüberstellung von den 4 Grundmotivationen und den 9 Faktoren der existentiellen Lebensqualität (Görtz, 2004, S.7)**

### *Beschreibung der einzelnen Faktoren*

#### Ontologisches Wohlbefinden: Vertrauen

Dieser Faktor stellt die erste Grundmotivation dar und ist somit eine ‚Basisdimension‘. Das Vertrauen bedeutet hier ein ‚Ja zur Welt‘ und umfasst die beiden Gegenpole Angst und Vertrauen, wobei dieses Paar aber empirisch auf einer Dimension liegt. Menschen, die Vertrauen und Halt erfahren, können sich gegen Angst und Erleben von Haltlosigkeit schützen (Görtz, 2007).

Bei mangelndem Grundvertrauen kommt es zu einer chronisch erhöhten Angstbereitschaft, zu Nervosität, zu Anspannung und dadurch zu einer geringeren Belastbarkeit. Im Gegensatz dazu bedeutet ein hohes Grundvertrauen ein Gefühl von Getragen-Sein (Görtz, 2007).

#### Emotionales Wohlbefinden: positives Lebensgefühl vs. Depressivität

Diese beiden Faktoren beziehen sich auf die ‚Grundstimmung‘ und somit auf die zweite Grundmotivation, welche sich auf das Leben als Vitalität bezieht. Dies ist der Bereich zwischen physischer und psychischer Ebene, dadurch ist das Erleben ein positiv oder negativ getöntes psycho-physisches ‚Lebensgefühl‘ (Görtz, 2007).

Auf dieser Ebene sind die positiven und negativen Skalen getrennt zu erfassen, da positive und negative Grundstimmungen manchmal gleichzeitig oder überlappend auftreten können (Görtz, 2007).

Das positive Lebensgefühl entspricht der zweiten Grundmotivation, also dem Wertsein-Mögen und stellt auch eine Voraussetzung für den nächsten positiven Faktor, nämlich das Beziehungserleben, dar. Depressivität, also ein negatives bzw. fehlendes Lebensgefühl, geht oft einher mit körperlichen Beschwerden, Druckgefühlen und Gefühlen von Schuld und Belastung (Görtz, 2007).

#### Soziales Wohlbefinden: Beziehungserleben vs. soziales Scheitern

Diese beiden Skalen bilden den Übergang von der zweiten zur dritten Grundmotivation und betreffen sowohl das Selbst als auch den Selbstwert. Erfahrungen des Grund- und Selbstwerts sind im Beziehungserleben vermischt und lassen sich auch kaum von diesem trennen. Wenn man als Mensch geliebt, geschätzt und anerkannt wird, setzt dies einen Grundwert voraus und führt gleichzeitig zu einer Selbstwertstärkung (Görtz, 2007).

Das soziale Scheitern, also das negative Erleben von Beziehungen, kommt oft durch Zurückweisung und Beziehungsverluste und den damit entstandenen Enttäuschungen zustande. Dadurch kommt es auch zu einer Herabsetzung des Selbstwertes. Das positive Beziehungserleben findet durch eine Identitätsfindung in Beziehungen statt. Somit ist es möglich, sich selbst in Beziehungen zu erleben. Es lässt sich jedoch hier oft nicht unterscheiden, ob ein gutes Beziehungserleben aufgrund von glücklichen Umständen oder aus eigener Kraft zustande gekommen ist (Görtz, 2007).

#### Personales Wohlbefinden: personale Aktivität vs. personale Passivität

Hier kommt die dritte Grundmotivation zum Tragen, also die personalen Aspekte der Lebensqualität (Görtz, 2007).

Unter personaler Aktivität, also der positiven personalen Dimension, versteht man, dass die Person selbst ihr Leben und ihre Zukunft gestaltet. Diese zeigt sich vor allem in der aktiven Bewältigung von Schwierigkeiten, in der Verwirklichung eigener Ideen und im kreativen, schöpferischen Tun. Weiters trägt diese Dimension auch Züge des Flow-Erlebens, also Erfahrungen von Freude, Zuversicht und Optimismus (Görtz, 2007).

Der negative Gegenpol, personale Passivität, geht von einer Erwartungs- und Konsumhaltung dem Leben gegenüber aus und führt somit zu einem Erleben von Sinnlosigkeit und Leere. Es kommt dabei zu einem ziellosen Suchen, einem ‚Erlebnishunger‘ und somit auch zu Einsamkeit (Görtz, 2007).

#### Existentielles Wohlbefinden: existentielle Erfüllung als Gefühl vs. existentielle Leere

Die existentielle Erfüllung bzw. Leere sind der vierten Grundmotivation zugeordnet (Görtz, 2007).

Die positive Skala, die existentielle Erfüllung als Gefühl, wird durch seltene Glücksmomente repräsentiert und hat den Charakter einer ekstatischen oder quasi-religiösen Erfahrung, einer Leichtigkeit, eines Durchblicks bzw. eines Ganzheitserlebens. Es kommt zu einer sogenannten prozesshaften Erfüllung, die Grenzen überschreitet und möglicherweise Züge des Rauschhaften trägt (Görtz, 2007).

Die negative existentielle Ausrichtung, nämlich die existentielle Leere, stellt eine akute Krisenerfahrung dar und dadurch Gefühle von Ohnmacht, Verzweiflung und Verlust des Bodens. Dabei fallen fast alle protektiven psychischen Faktoren aus und es kommt zu einem Zusammenbruch mit Suizidgefahr. Diese Dimension kann nur ansatzweise erfasst werden, da Menschen in solch akuten Krisen einen Fragebogen nicht mehr beantworten können (Görtz, 2007).

#### *Gütekriterien*

Die externe Validität wurde im Zuge der Dissertation von Görtz (2007) mittels standardisierte Persönlichkeits- und Befindlichkeitsmaßen berechnet. Dabei wurden die neun Faktoren des ELQ mit verschiedenen anderen Fragebögen, wie der Eigenschaftswörterliste (EWL) von Janke und Debus (1984), der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste (KASSL) von Zielke (1979), der Trier Persönlichkeitsfragebogens (TPF) von Becker (1989) oder der Existenzskala von Längle et al. (2000), korreliert. Die Ergebnisse dieser Korrelationen bestätigen die Annahme von Görtz (2007), dass es sich bei dem Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität um ein Erhebungsinstrument handelt, das nicht die Persönlichkeit, sondern die Lebensqualität erfasst. Außerdem konnte die Nähe zur Theorie der Existenzanalyse damit bewiesen werden, dass starke Zusammenhänge mit anderen existenzanalytischen Erhebungsinstrumenten bestehen und schwache mit tiefenpsychologischen (Görtz, 2007).

## *Auswertung*

Die Zufriedenheitsbeurteilungen pro Lebensbereich werden nicht weiter zusammengefasst, jedoch ist eine Berechnung der gewichteten Zufriedenheiten pro Lebensbereich durch Multiplikation der Zufriedenheitsbeurteilung mit der Wichtigkeitsbewertung möglich (Görtz, 2004).

Die Auswertung des existentiellen Wohlbefindens findet mittels einer Schablone statt. Die einzelnen Items werden zu den neun Faktoren zusammengerechnet, so ergibt sich für alle Faktoren ein Rohwert (Görtz, 2004).

Außerdem werden im Zuge der hier vorliegenden Diplomarbeit Scores berechnet, indem der Rohwert durch die Anzahl der Faktoritems dividiert wird. Dies dient bei der grafischen Darstellung der Faktormittelwerte zur besseren Vergleichbarkeit. Die dargestellten Mittelwerte des existentiellen Wohlbefindens können dann Werte zwischen 0 und 6 annehmen, wobei der Wert 6 die höchste existentielle Lebensqualität darstellt.

Die faktorielle Struktur des ELQs wird in der vorliegenden Diplomarbeit nicht überprüft, da der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität bereits auf Raschhomogenität berechnet wurde. Fischer (1974, 1995; zitiert nach Kubinger, 2006) meinte, dass bei geltendem, (dichotomen) logistischen Testmodell nach Rasch, welches beim ELQ überprüft und bestätigt wurde, die Summierung von einzelnen Antworten zu einem Gesamtwert fair ist. Tests, bei denen das Rasch-Modell nicht gilt, sind laut Fischer (1974, 1995; zitiert nach Kubinger, 2006) nicht verrechnungsfair. Zur Faktorenanalyse meint Kubinger (2006), dass die gewonnenen Ergebnisse dieser stets unverbindlich bleiben und so „bloß die Güte der Anpassung der durch das hypothetisierte Modell vorhergesagten Daten an die beobachteten Daten“ (Kubinger, 2006, S. 87) untersucht. Aus diesen Gründen und weil die Faktoren des ELQs auf der existenzanalytischen Theorie aufgebaut sind, werden bei der vorliegenden Diplomarbeit die 9 Faktoren nicht überprüft.

Der ELQ wurde von der Autorin der Studie ausgewählt, da es sich um ein in der Psychoonkologie neues Verfahren handelt und so dieses in einem neuen Bereich, nämlich der Onkologie, etabliert werden könnte. Ein Vorteil des ELQs ist, dass er für onkologische Patientinnen wichtige Themen, wie Grundvertrauen, Depressivität, Beziehungserleben, behandelt. Außerdem handelt es sich beim ELQ um einen allgemeinen Lebensqualitätsfragebogen, welcher einen guten Überblick über die Gesamtsituation von onkologischen Patientinnen bietet.

### 6.2.2. Stress Index RadioOnkologie (SIRO)

Der Stress Index RadioOnkologie, der von Sehlen, Fahmüller et al. (2003) publiziert wurde, erfasst die krankheitsspezifische Lebensqualität bei Patientinnen während der Strahlentherapie und ist eines der ersten Instrumente, das speziell auf das strahlentherapeutische Setting abzielt. Der SIRO wurde durch 104 Personen im Alter von 18 bis 85 mit verschiedenen Tumorarten evaluiert und überprüft.

Der Fragebogen besteht nicht nur aus krebspezifischen, sondern auch aus strahlentherapiespezifischen Fragen. Insgesamt konnte aus den 24 Fragen mittels Faktorenanalyse eine Vier-Faktoren-Struktur festgestellt werden. Die vier Faktoren heißen folgendermaßen: Psychophysische Belastung, Partnerschaftliche Probleme, Strahlentherapeutische Belastungen und Informationsdefizit. Diese Faktoren erklären insgesamt 57,6% der Varianz (Sehlen, Fahmüller et al., 2003).

#### *Gütekriterien*

Im Zuge der oben genannten Studie konnte eine Reliabilität der Gesamtbelastungsskala von Cronbach's  $\alpha = 0.90$  festgestellt werden, bei den einzelnen Skalen variiert die Reliabilität von 0.78 bis 0.87 (Sehlen, Fahmüller et al., 2003). Laut Bortz und Döring (2002) spricht man von einer guten Reliabilität, wenn Cronbach's Alpha über 0.80 sind. Hingegen Mummendey und Grau (2008) meinen, dass auch ein Cronbach Alpha ab 0.70 bei kurzen Fragebögen akzeptabel ist. Diese Anforderungen werden von dem SIRO erfüllt und deshalb kann von einem reliablen Test ausgegangen werden.

Die konvergente Validität des SIRO konnte mittels HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) und EORTC QLQ C-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group Quality of Life Questionnaire) bestätigt werden. Inhaltlich relevante Skalen der beiden Fragebögen korrelierten hoch signifikant mit dem SIRO, inhaltlich wenig übereinstimmende Skalen niedrig signifikant (Sehlen, Fahmüller et al., 2003).

Bezüglich der diskriminanten Validität konnte festgestellt werden, dass der SIRO signifikant zwischen Patientinnen in unterschiedlichen Krankheitsstadien bezüglich ihrer Belastung unterscheiden kann (Sehlen, Fahmüller et al. 2003).

## *Auswertung*

Die einzelnen Itemscores werden zu den vier Skalen zugewiesen und so wird für jede Skala ein Summenscore berechnet. Außerdem ist eine Gesamtbelastungsskala mittels Berechnung des Summenscores aller Skalen möglich (Oppenauer, 2005).

Auch hier werden die Summenscores zur besseren Vergleichbarkeit durch die Anzahl der Faktoritems dividiert. Diese Werte werden dann in der grafischen Darstellung der Mittelwerte verwendet, wobei hohe Werte eine schlechtere Lebensqualität bedeuten.

Der SIRO wurde von der Autorin der Studie ausgewählt, da es sich um einen spezifischen Fragebogen für Radioonkologie handelt und da die Befragung nur bei Patientinnen, die eine Bestrahlungstherapie erhalten, durchgeführt wird. Der SIRO kann also ein spezifisches Bild über die möglichen Nebenwirkungen oder Probleme während der Bestrahlungssituation geben.

### 6.2.3. Qualitative Befragung

Die qualitative Befragung der Patientinnen bei der Post-Befragung dient zur Hypothesengenerierung und damit als Vertiefung und auch Überprüfung der quantitativen erhobenen Daten. Es soll dadurch zu einer Kombination von quantitativer und qualitativer Erhebung der existentiellen Lebensqualität kommen. Dadurch soll das Bild der existentiellen Fragen von onkologischen Patientinnen abrundet und ergänzt werden. Außerdem kann mittels der qualitativen Befragung genauer auf Fragen, wie z.B. in welcher Weise hat die psychologische Unterstützung die existentielle Lebensqualität beeinflusst, eingegangen werden. Somit kann es zu einer besseren Interpretation der quantitativ erhobenen existentiellen Lebensqualität kommen. Die qualitativen Fragen befinden sich im Anhang (siehe 14.6.).

Die vier Hauptfragen betreffen die vier Grundmotivationen nach Längle (2008) und sollen so einen genaueren Überblick über wichtige Themen im Leben einer Brustkrebspatientin geben.

Die erste Frage baut auf der 1. Grundmotivation auf, dabei geht es um Schutz, Raum und Halt (Längle, 2008). Mit der Frage soll herausgefunden werden, welche Strukturen und Sicherheiten im Leben der Brustkrebspatientinnen den „Boden“ für ihre Existenz bilden. Diese Grundmotivation des Dasein-Könnens kann laut Längle (2008) erschüttert werden, wenn durch die Erkrankung Schutz, Raum und Halt bedroht sind und dadurch das Sein-Können massiv in Frage gestellt wird.

Die zweite Frage nimmt Bezug auf die 2. Grundmotivation, nämlich das Leben-Mögen (Längle, 2008). Diese Frage zielt darauf ab, die Werte der Person zu erfassen. Möglicherweise sind auch andere Werte als Gesundheit für die Patientinnen von Bedeutung. Eine lebensbedrohliche Erkrankung, wie sie die Krebserkrankung ist, könnte auch dazu führen, die eigenen Werte bewusster wahrzunehmen. Jedoch besteht auch die Möglichkeit einer Überforderung oder sogar einer depressiven Verstimmung durch die Krebserkrankung, sodass die Werte nicht mehr zugänglich sind und somit die Krankheit als nicht bewältigbar erlebt wird.

Die dritte Frage, also die Frage zum Selbstsein-Dürfen (Längle, 2008), bezweckt, dass die Patientinnen die Beziehung zu sich selbst beschreiben und dass sie zu sich selbst und ihren Bewältigungsstrategien Stellung beziehen.

Die vierte Frage soll dazu führen, die eigene Existenz in einen größeren Sinnzusammenhang einzuordnen, also wie die Patientinnen ihre eigene Zukunft ausrichten wollen, ob und wie sie ihre Brustkrebserkrankung in ihr Leben integrieren können. Es geht hier um die existentielle Sinnfrage, die sich gerade in einer leidvollen Situation wie einer Krebserkrankung stellt, und um die Antwort, die gefunden wird.

Die Fragen zur Behandlung und deren unterstützende Wirkung sind wichtig, da erhoben wird, was der Patientin bei der psychologischen Unterstützung geholfen hat und wie viele Gespräche während der Strahlentherapiezeit stattgefunden haben. Außerdem werden andere wichtige Unterstützungsmöglichkeiten, die Patientinnen in ihrem Therapieverlauf gefunden haben, abgefragt. Zusätzlich werden Nebenwirkungen der Therapie erhoben.

### **6.3. Untersuchungsdurchführung**

Zu Beginn dieses Kapitels werden die ethischen Prinzipien, auf welche bei einer klinischen Stichprobe geachtet werden muss, erläutert und anschließend die genaue Durchführung der Studie erklärt.

#### 6.3.1. Ethische Kriterien

Vor der Durchführung der Studie wurden die ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (1994, zitiert nach Lange, 2002) überprüft. Im Folgenden wird auf alle vier Prinzipien, welche aus allgemeinen Urteilen der moralischen und medizinischen Tradition entwickelt wurden, eingegangen.

Das Prinzip des Respekts vor Autonomie wurde in der vorliegenden Studie dahingehend beachtet, dass die Patientinnen die Autonomie hatten, die Fragebögen auszufüllen oder nicht. Vorher wurden sie über die wichtigsten Aspekte der vorliegenden Studie aufgeklärt, damit sie nachher für sich eine Entscheidung treffen konnten. Außerdem konnte die Studie natürlich auch während des Ausfüllens abgebrochen werden.

Das 2. Prinzip des Nicht-Schaden-Wollens wurde durch die Vorstellung der Studie an die Ethikkommission der Barmherzigen Schwestern Linz überprüft. Die Ethikkommission begutachtete die Vorgangsweise und machte Änderungsvorschläge, welche beachtet wurden. Das dazugehörige, schriftliche Gutachten befindet sich im Anhang (siehe 14.7).

Das Prinzip der Hilfestellung wurde durch eine mögliche klinisch-psychologische Betreuung nach/während der Teilnahme an dieser Studie gewährleistet. Der Leiter der Klinischen Psychologie des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern, Mag. Christian Zniva, hatte zugesichert, dass jede Patientin, die eine klinisch-psychologische Betreuung wollte, diese auch bekommt.

Bei dem Prinzip der Gerechtigkeit, also dem 4. Prinzip, handelte es sich um die faire Verteilung von Gesundheitsleistung. Dieses Prinzip wurde bei der vorliegenden Diplomarbeit dahingehend berücksichtigt, dass alle Patientinnen gleich behandelt bzw. ihnen gleiche Informationen gegeben wurden und somit jeder einzelnen eine faire und gerechte Behandlung zukam. Außerdem wurden alle Patientinnen, mit denen die Autorin sprach, über die Möglichkeiten der Klinischen Psychologie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz aufgeklärt.

#### 6.3.1. Durchführung der Studie

Im Zeitrahmen von sechs Monaten (Juli bis Dezember 2010) wurde die Befragung auf den radioonkologischen Stationen (2E und 3C) im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (Prim. Univ.-Doz. Dr. Josef Hammer) durchgeführt. Dabei wurden alle Patientinnen, welche die Inklusionskriterien erfüllten, vor der Teilnahme an der Befragung über die Studie, die Vorgehensweise und die Post-Testung informiert. Danach konnten die Patientinnen entscheiden, ob sie die Fragebögen ausfüllen wollen oder nicht. Außerdem war auch ein Abbruch während des Ausfüllens möglich.

Falls die Patientinnen zustimmten, an der Studie teilzunehmen, wurde ihnen die Studie genauer mittels Patientinneninformationsblatt (Anhang 14.3), sowie auch das genauere Vorgehen bei der Post-Befragung (Tag vor der letzten Bestrahlungssitzung) erklärt. Weiters wurde auch die

Einverständniserklärung (Anhang 14.3) durch besprochen, ausgefüllt und anschließend von der Patientin und der Autorin der Studie unterschrieben. Danach wurden die Patientinnen befragt, ob sie eine klinisch-psychologische Betreuung im Krankenhaus in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Patientinnen, die bereits vorher klinisch-psychologisch betreut wurden, wurden nicht aus der Studie exkludiert. So konnte jede einzelne Patientin der Versuchs- oder Kontrollgruppe zugeordnet werden. Wobei von der Autorin der Studie betont wurde, dass auch die Patientinnen der Kontrollgruppe bei Bedarf psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen können, da sie bei der Post-Befragung nochmals über die klinisch-psychologische Betreuung befragt wurden. War dies der Fall, wechselten die Patientinnen von der Kontrollgruppe in die Versuchsgruppe.

Nach diesen Erläuterungen bekam jede Patientin die beiden Fragebögen (ELQ und SIRO) zur Beantwortung. Zusätzlich zu den beiden Fragebögen wurden den Patientinnen noch Kuverts ausgehändigt, damit die Anonymität der Befragung gewährleistet wurde. Die Patientinnen sollten die ausgefüllten Fragebögen verschlossen beim Pflegepersonal abgeben. Dort wurden sie von der Autorin der Studie abgeholt.

Die Post-Befragung fand am vorletzten Tag der Bestrahlung statt. Dafür bekamen die Patientinnen direkt beim Bestrahlungsgerät wieder den ELQ und den SIRO, sowie die qualitative Befragung ausgeteilt. Das schriftliche Vorgehen der qualitativen Befragung ist notwendig, da im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern kein Raum für die Autorin der Studie zur Verfügung stand, in dem ungestört ein Interview durchführbar gewesen wäre. Die zwei Fragebögen und die qualitative Befragung sollten am letzten Bestrahlungstag beim Stützpunkt der Strahlentherapie von den Patientinnen anonym in einem Kuvert abgegeben werden.

#### **6.4. Stichprobe**

Die Stichprobe wurde aus Patientinnen mit Brustkrebs rekrutiert, welche im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz zur strahlentherapeutischen Behandlung entweder stationär oder ambulant aufgenommen waren. Die Voraussetzungen für die Teilnahme an dieser Studie waren die Zustimmung zu dem Vorgehen der Befragung und die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten der Patientinnen, die Fragebögen zu erfassen und ausfüllen zu können. Diese wurden durch vorherige Absprache mit dem Pflegepersonal bzw. den Ärztinnen erfasst. Weiters wurden nur Patientinnen in einem Alter von über 18 Jahre in die Studie aufgenommen.

Die terminale Gruppe der Brustkrebspatientinnen wurde von dieser Studie exkludiert, da zu erwarten war, dass die Post-Testung bei diesen Personen nicht mehr durchführbar wäre und dass

die Befragung die Patientinnen zu sehr belasten könnte. Außerdem wurden auch Brustkrebspatientinnen mit Metastasen aus der Studie ausgeschlossen, da diese weitere Diagnose zu einer Veränderung der Lebensqualität führen hätte können und somit als Einflussfaktor nicht feststellbar gewesen wären.

Die Gesamtstichprobe sollte, laut Bortz und Döring (2002), bei einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholungen bei einer Annahme eines mittleren Effekts 17 Personen pro Gruppe beinhalten. Pro Patientin wurde auch noch eine qualitative Befragung durchgeführt, wobei es sich dabei um eine Art Einzelfallstudie handelt, welche mittels Inhaltsanalyse ausgewertet wird. Das Ziel der Autorin war es pro Gruppe 30 Patientinnen zu befragen, damit durch die mögliche Ausfallsrate bei der Post-Befragung eine ausreichend große Stichprobe gewährleistet war.

Im anschließenden Verlaufsdiagramm (Abb. 8) wird eine anschauliche Übersicht über die Brustkrebspatientinnen, die in die Studie eingeschlossen wurden und die die Studie beendeten, gegeben:

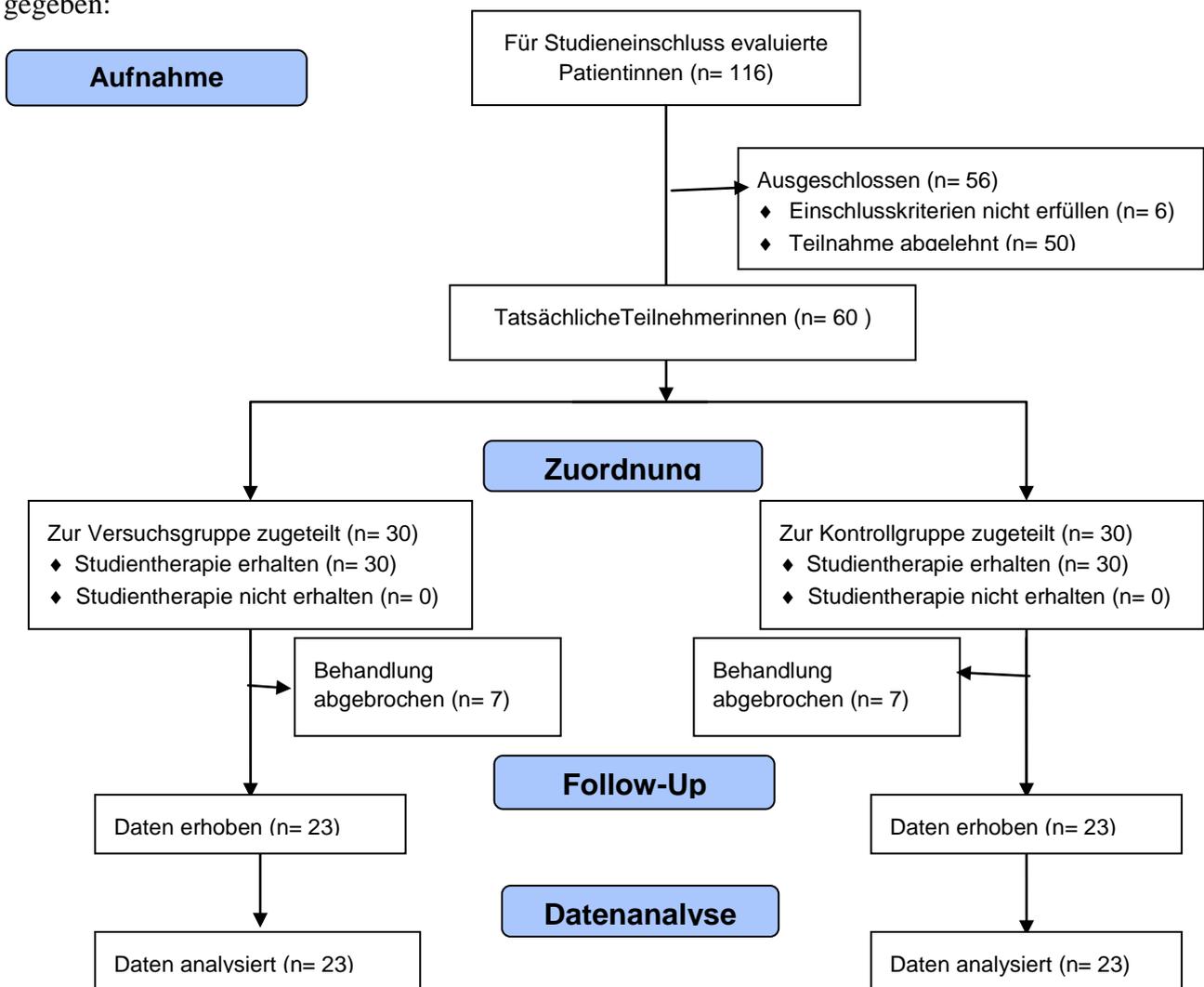
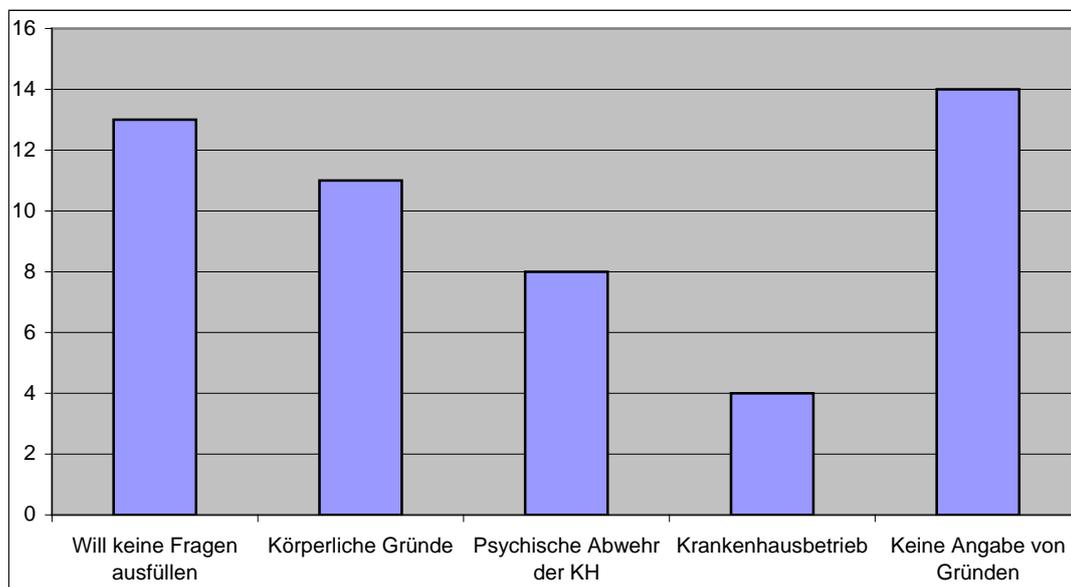


Abbildung 8: Verlaufsdiagramm der Stichprobe

#### 6.4.1. Gründe für Nicht-Teilnahme an der Studie

Von 116 Patientinnen mit Brustkrebs haben 60 Patientinnen tatsächlich an der Studie teilgenommen, 3 Frauen wurden aus der Studie im Nachhinein ausgeschlossen, da sich eine Metastasierung ihres Brustkrebses herausstellte. Drei weitere Brustkrebspatientinnen konnten wegen kognitiver Defizite oder aus Mangel an Deutschkenntnissen nicht in die Studie miteinbezogen werden. Insgesamt haben 50 Personen aus verschiedenen Gründen die Teilnahme an der Studie abgelehnt. Jede Patientin, die nicht an der Studie teilnehmen wollte, wurde nach ihren Gründen gefragt. Im Folgenden werden diese Aussagen in einer Grafik (Abb. 9) zusammengefasst dargestellt und anschließend beschrieben:



**Abbildung 9: Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Studie**

Vierzehn von den 50 (28%) nicht teilnehmenden Frauen haben keine Gründe für ihre Ablehnung an der Teilnahme der Studie angegeben, 13 Brustkrebspatientinnen (26%) gaben an, dass sie derzeit keine Fragebögen ausfüllen wollen. Dies erklärten sie beispielsweise durch folgende Aussagen: Sie haben mit anderen Studien schlechte Erfahrungen gemacht, sie haben schon so viele Fragebögen ausgefüllt oder sie wurden gerade mit anderen Fragen vom Krankenhauspersonal überhäuft. Andere 11 Patientinnen (22%) gaben an, dass sie aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen, wie schlechtes Sehvermögen oder Schwindel, nicht an der Studie teilnehmen wollen. Insgesamt 8 Personen (16%) lehnten die Teilnahme aufgrund einer psychischen Abwehr ihrer Krankheit ab und nannten dafür beispielsweise folgende Gründe: Sie möchten sich mit solchen Fragen nicht beschäftigen oder sie möchten sich nicht mit der Krankheit beschäftigen. Andere meinten, dass sie die Krankheit verdrängt haben und sich jetzt nicht damit konfrontieren möchten. Weitere 4 Patientinnen (8%) nahmen an der Studie nicht teil,

weil es der Krankenhausbetrieb aufgrund von zu vielen Untersuchungen und der anstehenden Operation nicht zuließe.

## **6.5. Untersuchungsdesign**

Bei der hier beschriebenen Studie handelte es sich um eine Prä-Post-Untersuchung mit einer Versuchsgruppe und einer Kontrollgruppe. Jede Patientin füllte zweimal zwei Fragebögen (ELQ, SIRO) aus. Zum 1. Zeitpunkt werden zusätzlich soziodemografische Daten erhoben und zum 2. Zeitpunkt bekam jede einige qualitative Fragen vorgelegt, die schriftlich beantwortet wurden. Es gab daher für jede einzelne Patientin zwei Messzeitpunkte. Die Versuchs- und Kontrollgruppe bestand aus Patientinnen, die an Brustkrebs erkrankt waren unabhängig von der Länge ihrer bisherigen Krankengeschichte und im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern zur Strahlentherapie aufgenommen wurden. Die Versuchs- und Kontrollgruppe wurde nicht randomisiert zugeteilt, sondern natürlich selektiert. Dies barg einige Einschränkungen der Studie, welche genauer unter Kapitel 9.1. besprochen werden. Patientinnen wurden der Versuchsgruppe zugeordnet, wenn sie eine klinisch-psychologische Betreuung im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Anspruch nahmen. Bei der Versuchsgruppe handelte es sich um Patientinnen, die keine klinisch-psychologische Betreuung erhielten. Die Patientinnen wurden zu Beginn der Studie befragt, ob sie eine klinisch-psychologische Betreuung wollten oder nicht.

Die Prä-Testung fand am Anfang der Bestrahlungstherapie statt, jede Patientin sollte bereits eine Bestrahlung bekommen und auch das Informationsgespräch mit der zuständigen Ärztin geführt haben. Bei dieser Testung wurde jeder Patientin die Studie mittels Patientinneninformationsblatt erklärt und die Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben. Danach bekam jede Patientin den ELQ und den strahlenspezifischen Fragebogen SIRO. Außerdem wurden die soziodemografischen Daten, wie Alter, höchste abgeschlossene Ausbildung, Beruf, Familienstand, Lebenssituation und Wohnsituation, erhoben.

Nach der Prä-Testung erhielten die Patientinnen die Strahlentherapie je nach ihrem Wunsch ambulant oder stationär für entweder 3 oder 6 Wochen, dies war abhängig von ihrem Tumorstadium. Zusätzlich bekamen die Patientinnen, die sich der Versuchsgruppe zugeordnet hatten, eine klinisch-psychologische Betreuung. Das Ausmaß der Betreuung wurde von den Patientinnen selbst gewählt. Die klinisch-psychologische Betreuung der radioonkologischen Patientinnen fand mittels einem Liaisonsmodell statt, d.h. die Stationen der Radioonkologie und somit deren Patientinnen wurden vorwiegend von einem Psychologen, nämlich Herrn Mag. Christian Zniva, psychologisch betreut. Jedoch bestand auch die Möglichkeit, dass andere

Klinische Psychologen und Psychologinnen des Krankenhauses Patientinnen der Radioonkologie betreuten. Das Gespräch fand mit jedem Patienten einzeln statt und sie gaben selbst vor, über welche Themen sie mit der Psychologin sprechen wollten. Es gab auch die Möglichkeit, dass Familienmitglieder in die psychologische Betreuung eingebunden wurden. Die Gespräche hatten einen supportiven, also einen unterstützenden Charakter.

Außerdem fand einmal wöchentlich eine freiwillige Entspannungsgruppe für die Patientinnen der radioonkologischen Stationen statt, wobei Entspannungsmöglichkeiten erklärt und danach auch verschiedene Arten erprobt wurden. Diese Entspannungsgruppe leitete Herr Mag. Christian Zniva.

Bei der Post-Testung, welche am vorletzten Tag der Strahlentherapie, also je nach Therapielänge zwischen 3 und 6 Wochen später stattfand, bekam jede Patientin wieder den ELQ und den SIRO zum Beantworten ausgeteilt. Des Weiteren bekam jede Patientin eine qualitative Befragung zur schriftlichen Beantwortung, damit ein genaueres Bild über die existentielle Lebensqualität aufgezeigt werden konnte. Außerdem wurde jede Patientin noch über die Inanspruchnahme der klinisch-psychologischen Betreuung befragt. Diese Fragen klärten, ob die Patientinnen durch Einzelgespräche, Familiengespräche oder die Entspannungsgruppe betreut worden waren und wie oft sie die Betreuung in Anspruch genommen haben. Die beiden Fragebögen wie auch die qualitative Beantwortung der Fragen wurden am darauf folgenden Tag, also am letzten Strahlentherapietag, am Stützpunkt der Strahlentherapie abgegeben.

Zur Verdeutlichung des Studiendesigns wird dieses in Tabelle 2 kurz und übersichtlich dargestellt:

	Versuchsgruppe	Kontrollgruppe
Prä-Testung (t <sub>1</sub> ) (nach der 1. Bestrahlung)	Patientinneninformation Einverständniserklärung ELQ SIRO Soziodemografische Daten	Patientinneninformation Einverständniserklärung ELQ SIRO Soziodemografische Daten
Treatment (während der Strahlentherapie)	Medizinische Behandlung (Strahlentherapie) + Klinisch-psychologische Behandlung	Medizinische Behandlung (Strahlentherapie)
Post-Testung (t <sub>2</sub> ) (vor der letzten Bestrahlung)	ELQ SIRO Schriftliche qualitative Befragung	ELQ SIRO Schriftliche qualitative Befragung

**Tabelle 2: Veranschaulichung des Studiendesigns**

## 6.6. Variablen

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die unabhängigen und abhängigen Variablen in dieser Studie und klärt den Umgang mit möglichen fehlenden Werten bei den Fragebögen.

Als unabhängige Variable und Zwischensubjektfaktor wird die psychoonkologische Behandlung bzw. keine psychoonkologische Behandlung angenommen, als Innersubjektfaktor die Messwiederholung.

Die abhängigen Variablen sind die vier Faktoren des SIRO (Psychophysische Belastung, Partnerschaftliche Probleme, Strahlentherapeutische Belastungen und Informationsdefizit) und der SIRO-Globalfaktor, die neun Faktoren des existentiellen Wohlbefindens (Vertrauen, Lebensgefühl, Depressivität, Beziehungserleben, Soziales Scheitern, Personale Aktivität, Personale Passivität, Existentielle Erfüllung und Existentielle Leere), sowie die drei Globalskalen des ELQs (Gesamt-Lebenszufriedenheit, Gesamt-Glücklichsein, Gesamt-Wohlbefinden).

### 6.6.1. Umgang mit fehlenden Werten

Die möglichen Missing Values der Patientinnen in den einzelnen Fragebögen werden durch die Gruppenmittelwerte bei der betreffenden Frage ersetzt. Schendera (2007) gibt eine „Daumenregel“ für Missing Values an und meint dabei, dass bis zu 5 % Missing Values durch einfache Methoden ersetzbar sind. In der vorliegenden Studie würde dies bedeuten, dass bei Patientinnen, die bis zu 5 Items nicht ausgefüllt haben, diese ersetzt werden können. Über 5

Items würde es laut Schendera (2007) anspruchsvollere Methoden des Ersetzens benötigen, die jedoch bei der vorliegenden Diplomarbeit nicht verwendet werden.

In der Ergebnisdarstellung (unter 7.1.2.) kommt es zu einer genauen Übersicht über die Anzahl der fehlenden Werte in den beiden Fragebögen und zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

## **6.7. Statistische Auswertungsverfahren**

Die zur statistischen Auswertung verwendeten Verfahren umfassen einerseits deskriptivstatistische Methoden zur Beschreibung der Stichprobe und andererseits inferenzstatistische Methoden zur Hypothesenprüfung. Für die Hypothesenprüfung wird einerseits der T-Test für unabhängige Stichproben und andererseits die mixed ANOVA verwendet. Wenn die Voraussetzungen dieser Verfahren nicht gegeben sind, wird auf parameterfreie Tests umgestiegen, nämlich den Mann-Whitney-Test und den Wilcoxon-Test. Alle statistischen Berechnungen werden mittels SPSS 17.0 durchgeführt. Bei allen Fragestellungen wird ein Signifikanzniveau von  $\alpha = 0.05$  angenommen.

Aufgrund der Durchführung von mehreren Tests bei der vorliegenden Studie erhöht sich der Alpha-Fehler. Wenn der p-Wert bei jedem Test weiterhin mit dem Alpha von 0.05 verglichen wird, steigt die Wahrscheinlichkeit mindestens einer Falschaussage (also einer falschen Ablehnung der Nullhypothese) dramatisch an (Victor, Elsässer, Hommel & Blettner, 2010). In der hier vorliegenden Diplomarbeit wird deshalb der p-Wert auch nicht als einziger Kennwert interpretiert, sondern auch die Effektstärken. Effektstärken, wie Cohen's d, welcher in dieser Studie verwendet wird, sind objektive und standardisierte Kennwert für die beobachtete Effektgröße (Field, 2005). Rhea (2004, zitiert nach Fröhlich & Pieter, 2009) sieht folgende Vorteile der Effektstärken: Einerseits repräsentieren sie eine standardisiertes Maß für die Einschätzung und Interpretation von Veränderungen einzelner oder mehrerer Gruppen und andererseits erlauben sie den Vergleich zwischen verschiedenen Interventionsmethoden innerhalb einer Studie. Deshalb wird bei dieser Studie auch auf die Effektstärken geachtet. Laut Cohen (1988) ist ein kleiner Effekt bei  $d = 0.2$ , ein mittlerer Effekt bei  $d = 0.5$  und ein großer Effekt bei  $d = 0.8$  und nach dieser Vorgabe werden die Effektgrößen in der vorliegenden Diplomarbeit interpretiert.

Im nachfolgenden Abschnitt werden diese Verfahren und ihre Voraussetzungen genauer vorgestellt.

### 6.7.1. Voraussetzungen für die statistischen Verfahren

Für die Überprüfung der Normalverteilung der Daten wurde der *Kolmogorov-Smirnov-Test* gerechnet, wobei bei einem signifikanten Ergebnis von keiner Normalverteilung der Daten ausgegangen wird. Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen findet mittels dem *Levene-Test* statt. Hier gilt wiederum, dass bei signifikanten Ergebnissen die Voraussetzungen des T-Tests und der mixed ANOVA nicht erfüllt sind, also keine homogenen Varianzen vorliegen. Die Voraussetzung der Sphärität, also die Gleichheit der Varianzen der Differenzen, kann bei nur zwei Erhebungszeitpunkten nicht berechnet werden und somit fällt diese Voraussetzung weg.

### 6.7.2. Deskriptivstatistik

Die Stichprobe wird mittels deskriptiver Statistik beschrieben (Alter, Schulbildung, Beruf, Familienstand, Lebenssituation, Wohnsituation) und mit Hilfe von Histogrammen und statistischen Kennwerten dargestellt. Auch kommt es zu einer deskriptiven Darstellung der vollständig an der Studie teilgenommenen Patientinnen mittels statistischen Kennwerten.

### 6.7.3. Reliabilitätsanalyse

Unter Reliabilität eines Tests versteht man „den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird“ (Bortz & Döring, 2002, S. 195). Zur Reliabilitätsanalyse wird die innere Konsistenz der einzelnen Skalen überprüft, indem ein Koeffizient, das Cronbach Alpha, berechnet wird (Mummendey & Grau, 2008). Die *Reliabilitätsanalyse* vom ELQ und vom SIRO wird mittels SPSS berechnet und das Cronbach Alpha angegeben. Laut Bortz und Döring (2002) sollte ein guter Test eine Reliabilität über 0.80 aufweisen. Bei Cronbach-Alpha-Werten zwischen 0.80 und 0.90 spricht man von einer mittelmäßigen Reliabilität und bei Werten über 0.90 von einer hohen (Weise, 1975, zitiert nach Bortz & Döring, 2002). Mummendey und Grau (2008) sprechen bei kürzen Fragebögen von einem akzeptablen Cronbach Alpha ab 0.70.

### 6.7.4. T-Tests für unabhängige Stichproben

Ein T-Test berechnet, ob sich die Mittelwerte zweier Gruppen signifikant voneinander unterscheiden. Unter unabhängigen Stichproben versteht man, dass sie die Vergleichsgruppen aus unterschiedlichen Fällen zusammensetzen und somit unabhängig voneinander sind (Janssen & Laatz, 2010).

Der *T-Test für unabhängige Stichproben* kommt bei der Berechnung der Baseline von Versuchs- und Kontrollgruppe zum Einsatz. Dadurch kommt es zu Mittelwertsvergleichen aller ELQ-Faktoren, ELQ-Globalfaktoren, SIRO-Faktoren und dem SIRO-Globalfaktor, um mögliche Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum 1. Erhebungszeitpunkt zu erkennen. Dies ist nötig, da es sich bei der vorliegenden Studie um eine nicht-randomisierten Zuteilung der Patientinnen zur Versuchs- und Kontrollgruppe handelt. Können die Voraussetzungen für den *t-Test für unabhängige Stichproben*, nämlich die Normalverteilung der Daten und die Homogenität der Varianzen, nicht erfüllt werden, wird auf einen parameterfreien Test, den *Mann-Whitney-Test (U-Test)*, umgestiegen. Wenn Unterschiede bei der Baseline herausgefunden werden, müssen diese bei der Interpretation der Hypothese beachtet werden.

Die Daten der Patientinnen ohne die Posttestung gehen in die statistische Auswertung nicht mit ein, jedoch wird kontrolliert, ob sich bei der Prätestung signifikante Unterschiede zwischen den Patientinnen, welche die Befragung vollendet haben und solchen die dies nicht gemacht haben, ergeben. Dies wird auch mittels *T-Test für unabhängige Stichproben* durchgeführt, wobei die Voraussetzungen des Tests, nämlich die Normalverteilung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und die Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test kontrolliert werden. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, wird auf den *Mann-Whitney Test (U-Test)* ausgewichen.

#### 6.7.5. Mixed ANOVA

Eine ANOVA (= Varianzanalyse) dient zum Vergleich von mehreren Gruppenmittelwerten. Dabei können auch mehrere unabhängige Variablen berücksichtigt werden. Bei der mixed ANOVA handelt es sich um eine Mischung aus einer faktoriellen ANOVA, also einer Varianzanalyse mit mehreren unabhängigen Variablen, und einer ANOVA mit Messwiederholungen, d.h. die Variablen werden an mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten gemessen (Field, 2005).

Zur Berechnung der 1. Hypothese, also dem Vergleich zwischen Brustkrebspatientinnen mit (VG) und ohne (KG) psychoonkologischer Betreuung in Bezug auf die einzelnen Faktoren des existentiellen Lebensqualitätsfragebogens wird eine *mixed ANOVA* für alle einzelnen abhängigen Variablen (neun Faktoren und Globalskalen des ELQs) durchgeführt. Ein Post-hoc-Test nach Bonferroni ist bei zwei Ausprägungen pro Gruppe nicht notwendig und wird deshalb auch nicht berechnet. Sind die Voraussetzungen dieses Verfahrens (Normalverteilung der Daten pro Gruppe und Homogenität der Varianzen) nicht gegeben, wird auf zwei parameterfreie Tests, nämlich den *Mann-Whitney-Test (U-Test)* und den *Wilcoxon-Test*, umgestiegen. Zur Berechnung des U-Tests

werden die Rohwerte des 2. Erhebungszeitpunktes von denen des 1. subtrahiert. Danach wird berechnet, ob ein signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe beim Differenzbetrag des jeweiligen Faktors besteht. Zum Vergleich zwischen dem 1. und 2. Erhebungszeitpunkt bei beiden Gruppen wird der Wilcoxon-Test berechnet.

Die 2. Hypothese wird, genauso wie die erste Hypothese, mit einer *mixed ANOVA* für alle einzelnen, abhängigen Variablen (vier Faktoren des SIRO) und eine Globalskala berechnet. Werden die Voraussetzungen für dieses Verfahren nicht erfüllt, wird auf parameterfreie Tests, den *Mann-Whitney-Test (U-Test)* und den *Wilcoxon-Test*, zurückgegriffen. Auch hier werden für den U-Test die Daten des 2. Zeitpunkts von denen des 1. zur Unterschiedsberechnung der Versuchs- und Kontrollgruppe beim U-Test subtrahiert. Zum Vergleich zwischen den beiden Befragungszeitpunkten wird auch hier der Wilcoxon-Test berechnet.

#### 6.7.6. Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der qualitativen Befragung wird mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) stattfinden. Dabei wird zuerst das Ausgangsmaterial bestimmt und beschrieben. Danach kommt es zu einer Analyse der Fragestellung und zu der speziellen qualitative Technik des Zusammenfassens. Die einzelnen Fragen werden dann in Kategorien zusammengefasst und anschaulich mittels Grafik dargestellt (Mayring, 2008).

## 7. Ergebnisdarstellung

Bei der Ergebnisdarstellung kommt es zu Beginn zu einer allgemeinen Beschreibung der Stichprobe und dann zu einer Darstellung der berechneten Ergebnisse. Am Ende des Kapitels werden die qualitativen Antworten der Patientinnen dargestellt und erläutert.

### 7.1. Beschreibung der Stichprobe

Im nachfolgenden Kapitel wird die untersuchte Stichprobe bezüglich ihrer soziodemografischen Merkmale beschrieben. Außerdem kommt es zu einer Darstellung der fehlenden Daten während der beiden Erhebungszeitpunkte und zu einer Beschreibung der Charakteristika der Patientinnen, die die Fragebögen vollständig ausfüllten.

#### 7.1.1. Soziodemografische Merkmale

Insgesamt wurden in die Studie 60 Patientinnen mit Brustkrebs aufgenommen (Ein- und Ausschlusskriterien Kapitel 6.4.). Das Durchschnittsalter der teilgenommenen Frauen betrug 56,7 Jahre (SD = 11,84), wobei die Versuchsgruppenteilnehmerinnen im Durchschnitt 54,8 Jahre (SD = 12,04) und die Frauen von der Kontrollgruppe durchschnittlich 58,6 Jahre (SD = 11,52) alt waren. Die beiden Gruppen unterscheiden sich bezüglich des Alters nicht signifikant voneinander ( $t_{(58)} = -1,249$ ;  $p = 0,217$ ). Die jüngste Teilnehmerin an der vorliegenden Diplomarbeit ist 36 Jahre alt und die älteste 87. In Abbildung 10 wird eine Übersicht über die Altersverteilung je nach Gruppe gegeben.

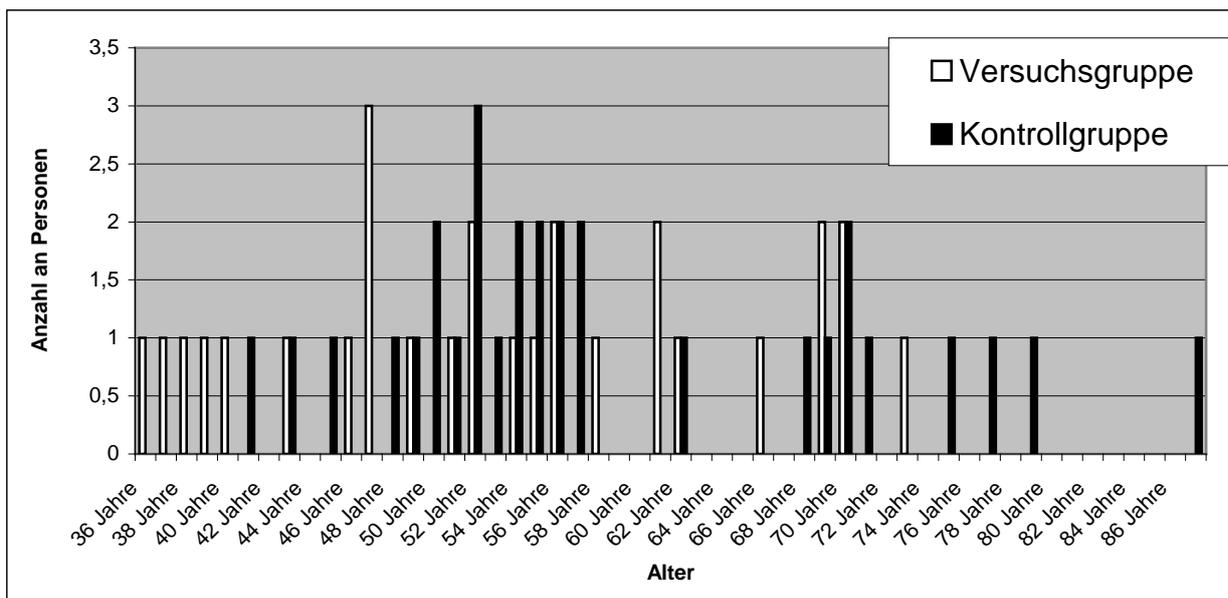


Abbildung 10: Altersverteilung getrennt nach Versuchs- und Kontrollgruppe

Alle teilnehmenden Frauen (n = 60) machten Angaben über ihrer höchste abgeschlossenen Ausbildung, wobei die Mehrheit eine Fachschule (n = 20) absolvierte. Abbildung 11 veranschaulicht die höchste abgeschlossene Schulbildung für alle an der Studie teilgenommenen Frauen mittels Balkendiagramm.

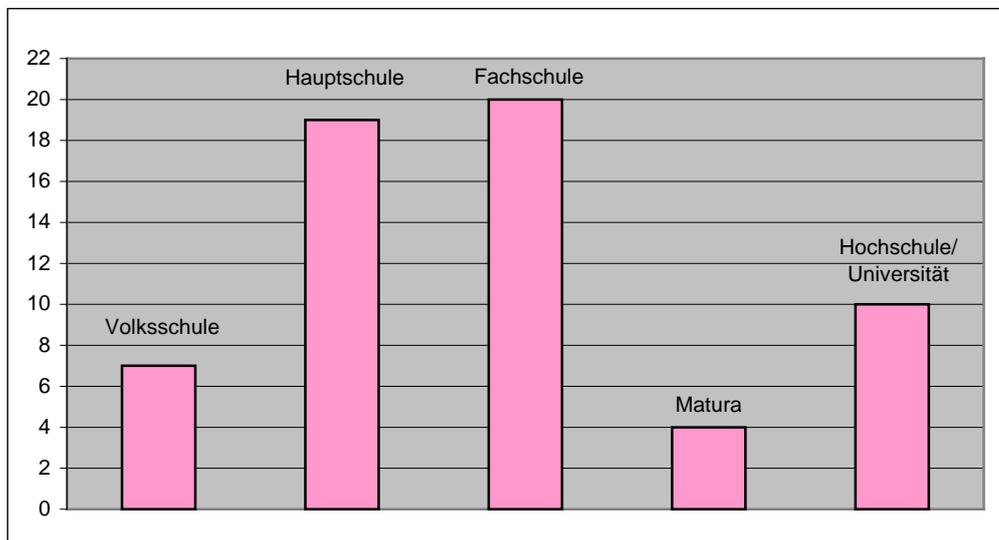


Abbildung 11: Höchste abgeschlossene Ausbildung für beide Gruppen

Abbildung 12 zeigt die höchste abgeschlossene Ausbildung aufgeschlüsselt in Versuchs- und Kontrollgruppe. Auffällig ist, dass in der Versuchsgruppe (n = 7) mehr als doppelt so viele Frauen mit Hochschul- bzw. Universitätsabschluss sind als in der Kontrollgruppe (n = 3). Jedoch Volksschule als höchste abgeschlossene Ausbildung kommt in der Kontrollgruppe (n = 5) mehr als doppelt so häufig vor wie in der Versuchsgruppe (n = 2)

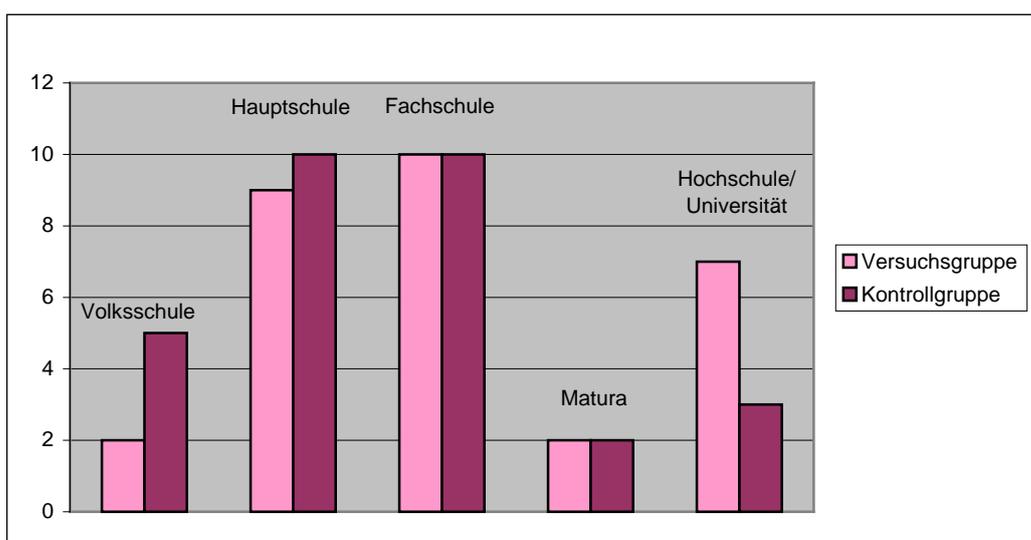


Abbildung 12: Höchste abgeschlossene Ausbildung je nach Gruppe

Zur beruflichen Situation gaben auch alle befragten Frauen Auskunft. Zwanzig Patientinnen befinden sich nach ihren Angaben in Pension, diese Gruppe stellt auch die größte dar. Zur

Veranschaulichung der Berufsverteilung für alle an der Studie teilgenommenen Brustkrebspatientinnen dient Abbildung 13.

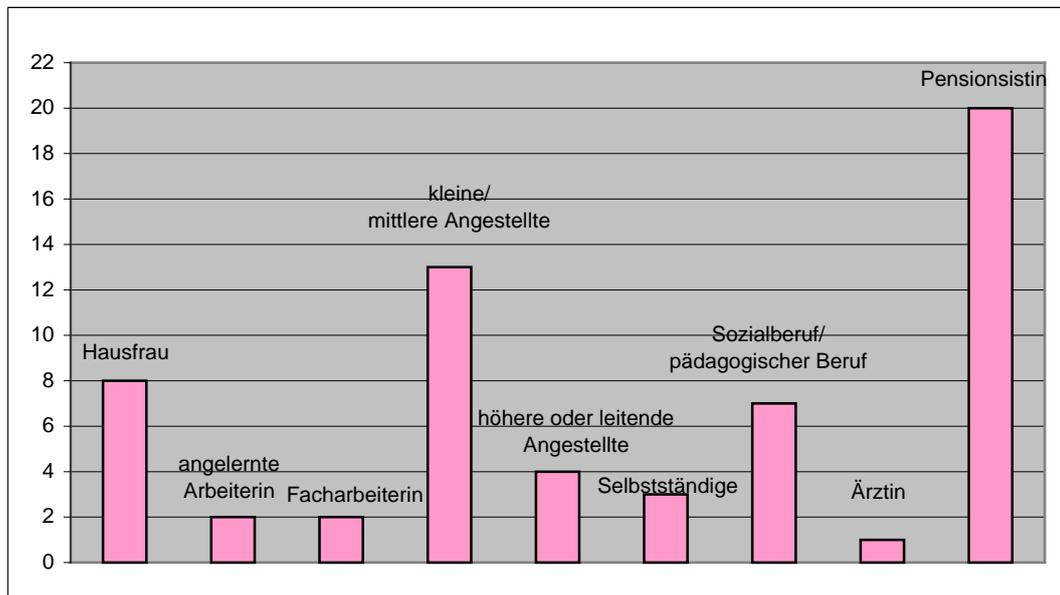


Abbildung 13: Beruf für beide Gruppen

Die Berufsverteilung wird in Abbildung 14 nach Versuchs- und Kontrollgruppe getrennt dargestellt. Die Verteilung der Frauen in Pension ist bei beiden Gruppen (je  $n = 10$ ) gleich. Jedoch gibt es in der Versuchsgruppe sechsmal so viele Facharbeiterinnen (VG:  $n = 6$ , KG:  $n = 1$ ) und fünfmal so viele Frauen in sozialen oder pädagogischen Berufen (VG:  $n = 5$ ; KG:  $n = 1$ ) wie in der Kontrollgruppe. Hingegen sind bei der Kontrollgruppe mehr als doppelt so viele kleine bis mittlere Angestellte (VG:  $n = 3$ ; KG:  $n = 7$ ) und dreimal so viele Hausfrauen (VG:  $n = 2$ ; KG:  $n = 6$ ) wie in der Versuchsgruppe.

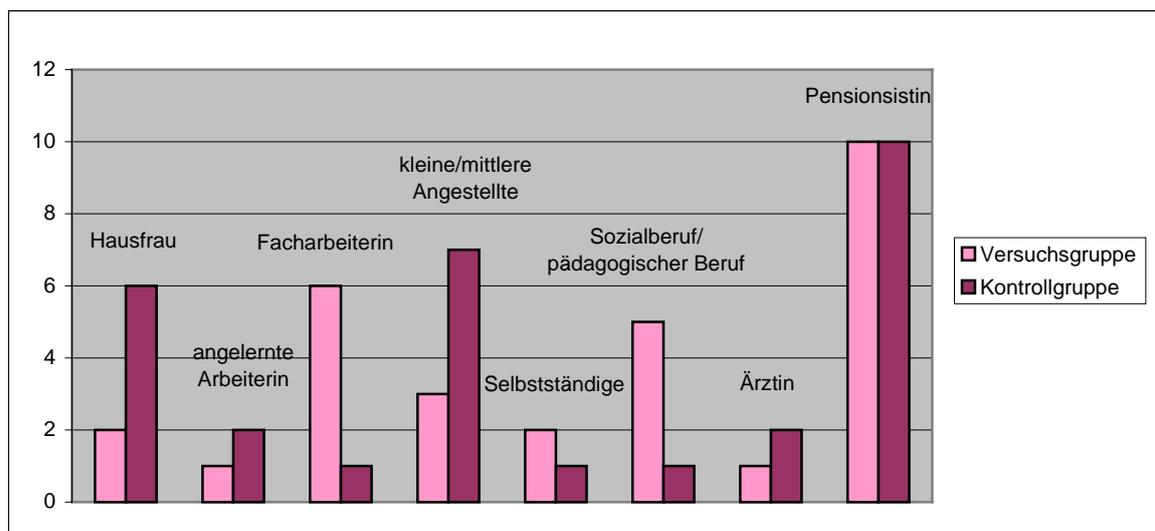
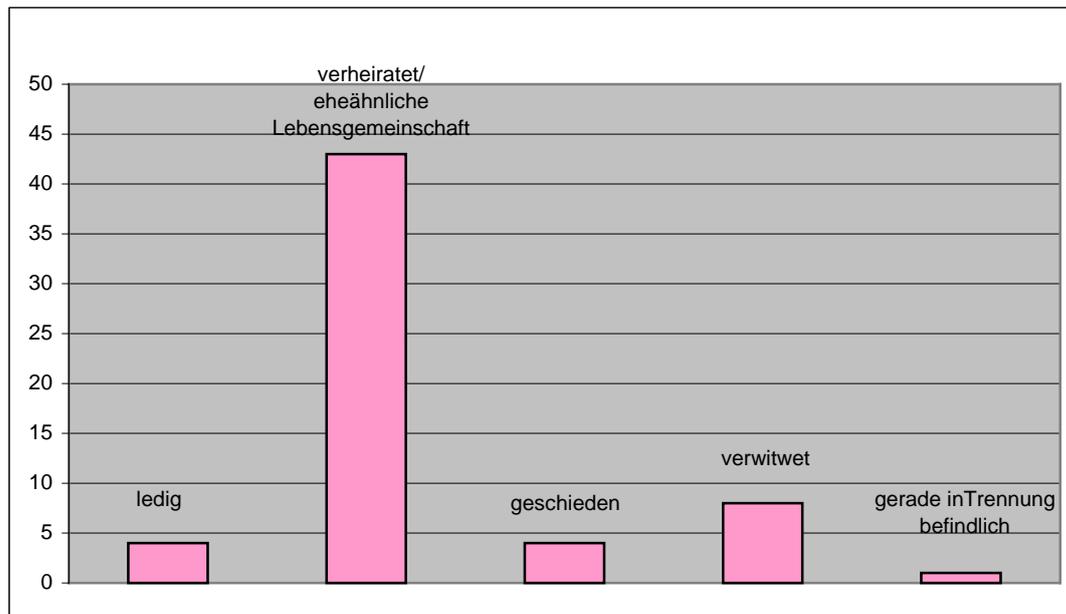


Abbildung 14: Beruf je nach Gruppe

Bezüglich der Verteilung des Familienstandes sind 43 Patientinnen verheiratet oder in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft und dieser Familienstand ist in der hier vorliegenden Diplomarbeit der häufigste. Eine Patientin befindet sich derzeit in Trennung von ihrem Partner. Auch der Familienstand aller teilgenommenen Patientinnen wird durch ein Balkendiagramm (Abb. 15) grafisch dargestellt. Keine Kinder haben 7 befragte Frauen, 14 Personen haben 1 Kind. Die meisten Befragten haben 2 Kinder, nämlich 21. Je drei Kinder haben 10 Frauen, 4 Kinder 6 Befragte und 5 Kinder haben 2 Patientinnen.



**Abbildung 15: Familienstand für beide Gruppen**

Getrennt nach Versuchs- und Kontrollgruppe wird der Familienstand in Abbildung 16 dargestellt. Hier fällt auf, dass in der Kontrollgruppe mehr verheiratete Frauen oder Frauen in eheähnlichen Lebensgemeinschaften (VG: n = 19; KG: n = 24) sind und in der Versuchsgruppe mehr ledige (VG: n = 3; KG: n = 1) und verwitwete (VG: n = 5; KG: n = 3) Frauen.

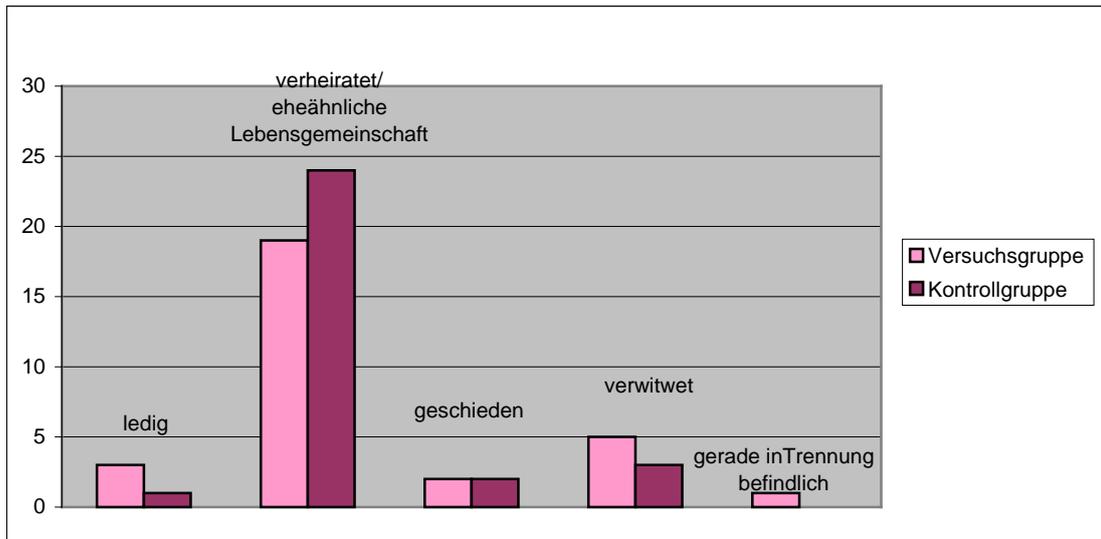


Abbildung 16: Familienstand je nach Gruppe

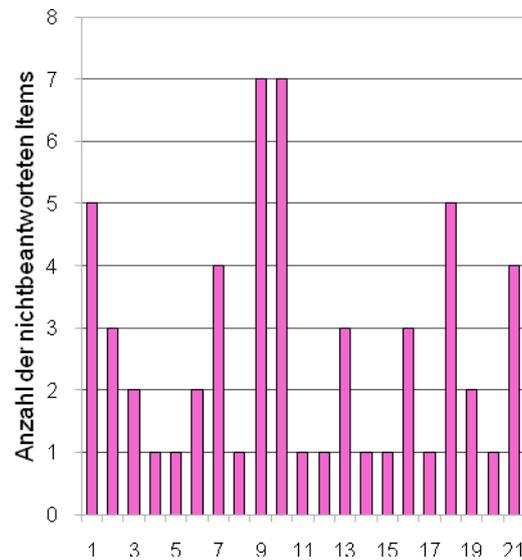
Die Lebenssituation der befragten Brustkrebspatientinnen in dieser Studie ist folgendermaßen aufgeteilt: Die Mehrheit der Frauen ( $n = 27$ ) leben in einer Partnerschaft oder Ehe mit Kindern, 18 Frauen in einer Partnerschaft oder Ehe ohne Kinder, 3 Befragte ohne Partner mit Kindern und eine mit ihren Eltern bzw. anderen Erziehungsberechtigten. Insgesamt 11 befragte Frauen leben alleine. Die Wohnsituation der Studienteilnehmerinnen unterteilt sich in Frauen, die in einer eigenen Wohnung, Mietwohnung oder Sozialwohnung wohnen ( $n = 22$ ), und solchen, die in einem Haus mit Garten wohnen ( $n = 38$ ).

Bezüglich eines eigenen Einkommens gaben 53 Frauen an, dass sie über ein eigenes Einkommen verfügen, die restlichen 7 bekommen kein eigenes Einkommen.

#### 7.1.2. Fehlende Werte bei der Fragebogenerhebung

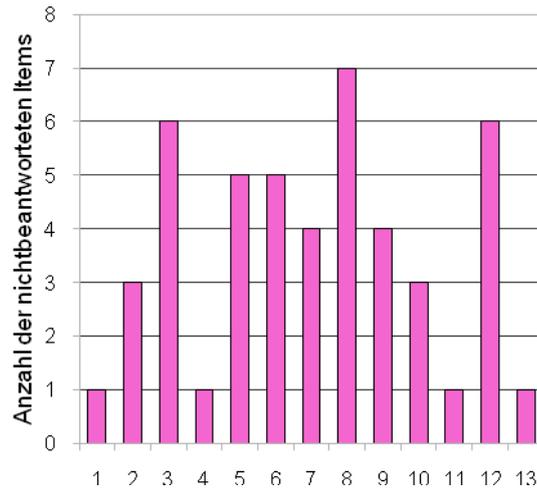
Die Missing Values wurden durch den Mittelwert der Person in dem jeweiligen Faktor, wie im Kapitel 6.6.1. beschrieben, ersetzt. Laut Schendera (2009) sind bis zu 5 % der Items gut ersetzbar. In der vorliegenden Diplomarbeit würde dies 5 Items pro Erhebungszeitpunkt bedeuten. Jedoch sind bei beiden Erhebungszeitpunkten von 6 Patientinnen eine ELQ-Frage und drei SIRO-Fragen nicht beantwortet worden, weil diese explizit auf einen Partner oder Sexualität Bezug nehmen und diese Patientinnen in keiner Partnerschaft leben. Die Skala des SIRO *Partnerschaftliche Probleme* konnte daher bei diesen Patientinnen nicht ausgewertet werden, da die fehlenden Werte nicht durch andere ersetzt werden konnten. Deshalb wurden auch diese Patientinnen nicht aus der Studie ausgeschlossen, wenn sie mehr als 5 Items nicht beantwortet haben, weil 2 davon nicht ersetzt wurden. Als obere Grenzen für den Ausschluss aus der Studie gelten bei den Patientinnen mit keiner Partnerschaft also 7 unbeantwortete Items.

In folgender Abbildung 17 wird ein Überblick über die fehlenden Werte in beiden Fragebögen zum 1. Erhebungszeitpunkt gegeben:



**Abbildung 17: Anzahl der nichtbeantworteten Items zum 1. Erhebungszeitpunkt**

Beim 1. Erhebungszeitpunkt haben 22 Patientinnen (36,7%) nicht alle Fragen vollständig ausgefüllt, wobei in 10 Bögen nur ein Item nicht ausgefüllt wurde. Sechs Patientinnen konnten, wie oben bereits beschrieben, nicht alle Fragen beim ELQ und SIRO ausfüllen, da diese Patientinnen in keiner Partnerschaft leben. Durchschnittlich wurden 2,6 Fragen von den 22 Personen, die nicht alle Items vollständig ausgefüllt haben, beim 1. Erhebungszeitpunkt nicht beantwortet, wobei maximal 7 Items nicht beantwortet wurden. Auf die gesamte Stichprobe (n = 60) bezogen hat jede Patientin 0,95 Fragen nicht beantwortet. Die Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit wurden insgesamt von weniger Personen beantwortet als der Rest der Fragebögen. Insgesamt wurden von den neun gewichteten Zufriedenheitsfragen 47 von allen befragten Patientinnen nicht beantwortet. Die Beantwortung der ersten Globalskala wurde von 7 Frauen zum 1. Zeitpunkt nicht durchgeführt und die beiden weiteren Globalskalen von je 2.



**Abbildung 18: Anzahl der nichtbeantworteten Items zum 2. Erhebungszeitpunkt**

Beim 2. Erhebungszeitpunkt (Abb. 18) haben 13 Patientinnen (28,3%) die vorgelegten Fragen nicht vollständig beantwortet. Wiederum haben 6 Patientinnen auf die eine ELQ-Frage und auf die drei SIRO-Fragen, welche auf eine partnerschaftliche Beziehung und Sexualität bezogen sind, keine Antworten gegeben. Vier Patientinnen haben beim 2. Erhebungszeitpunkt nur ein Item nicht beantwortet und durchschnittlich wurden von jeder Patientin, die den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt hat, 3,6 Fragen nicht ausgefüllt. Auf die gesamte Stichprobe (n = 46) beim 2. Erhebungszeitpunkt gesehen hat jede Patientin 1,02 Fragen nicht beantwortet, wobei maximal wieder 7 Items nicht beantwortet wurden. Einige Patientinnen haben die Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit nicht beantwortet. Beim 2. Erhebungszeitpunkt wurden insgesamt von den neun Zufriedenheitsfragen 40 von den Patientinnen nicht vollständig beantwortet. Die erste Globalskala des ELQs wurde am seltensten mit 39 Kreuzen von 46 beantwortet, die weiteren zwei Globalskalen wurden nur jeweils von einer Person nicht ausgefüllt.

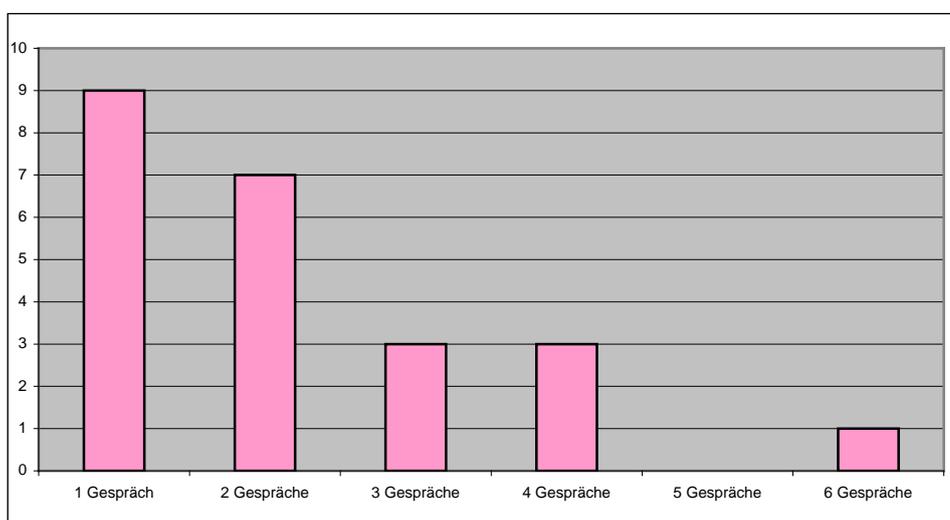
Ein Überblick über die fehlenden Werte bei der qualitativen Befragung findet sich im Kapitel 7.3.

### 7.1.3. Charakteristika der vollständig teilgenommenen Patientinnen

Nun kommt es zu einer Beschreibung der vollständig teilgenommenen Patientinnen in Bezug auf die Anzahl der klinisch-psychologischen Gespräche der Versuchsgruppe, auf die Anzahl der Strahlentherapiewochen und auf die Teilnahme an der Entspannungsgruppe.

### *Anzahl der klinisch-psychologischen Gespräche*

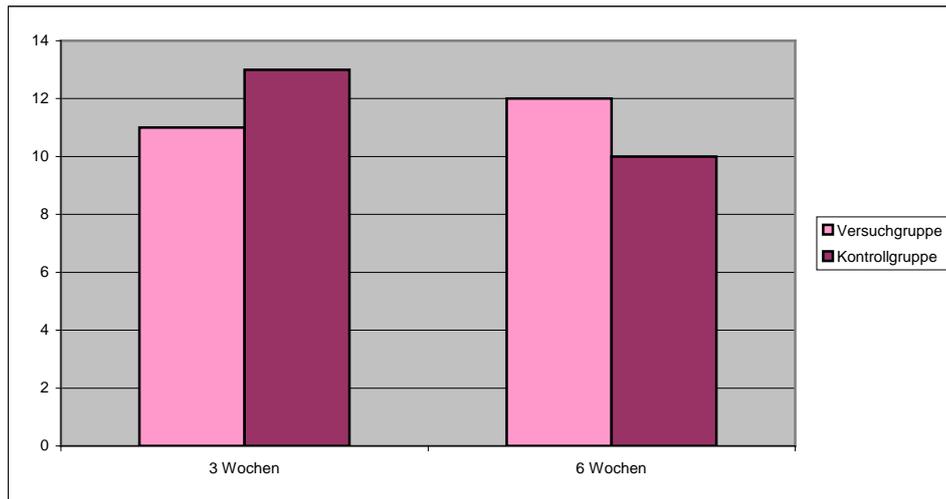
Die 23 Patientinnen, die das Angebot der Klinischen Psychologie des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Anspruch genommen haben, also der Versuchsgruppe angehören, haben durchschnittlich 2,17 Gespräche (SD = 1,34) mit einer Klinischen und Gesundheitspsychologin geführt. Die Zahl der Gespräche variiert von einer bis zu sechs Sitzungen, wobei neun Teilnehmerinnen nur ein Gespräch in Anspruch genommen haben und die restlichen 14 Patientinnen zwei bis sechs. Zur besseren Veranschaulichung werden die Daten im Folgenden grafisch dargestellt (Abb. 19):



**Abbildung 19: Anzahl der klinisch-psychologischen Gespräche**

### *Anzahl der Bestrahlungswochen*

Die Bestrahlungszeit der Patientinnen, die die Befragung abschlossen, variiert zwischen 3 und 6 Wochen. Der Mittelwert der Wochen beträgt 4,43 (SD = 1,52), wobei 24 Patientinnen eine dreiwöchige Bestrahlungszeit hatten und 22 eine sechswöchige. Die Anzahl der Bestrahlungswochen getrennt nach Versuchs- und Kontrollgruppe wird im Folgenden grafisch veranschaulicht (Abb. 20), wobei sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheiden ( $t_{(44)} = 0.580$ ;  $p = 0.565$ ).



**Abbildung 20: Anzahl der Bestrahlungswochen nach Gruppe getrennt**

### *Anzahl der Teilnahme an der Entspannungsgruppe*

Insgesamt haben 8 Patientinnen von den 46, die die Studie beendet haben, an der Entspannungsgruppe teilgenommen, wobei zu beachten ist, dass dieses Angebot auch von drei Patientinnen der Kontrollgruppe in Anspruch genommen wurde.

## **7.2. Darstellung der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie zusammengefasst. Zuerst werden der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (ELQ) und der Stress Index RadioOnkologie (SIRO) auf ihre Reliabilitäten überprüft. Dann kommt es zu einer Darstellung des Vergleichs zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum 1. Erhebungszeitpunkt und somit zu einer Kontrolle, ob sich die beiden Gruppen zu diesem Zeitpunkt in den ELQ- oder SIRO-Faktoren signifikant voneinander unterscheiden. Danach kommt es zu einem Vergleich zwischen den Patientinnen, die die Studie beendet haben, und jenen, die sie nicht beendeten. Hierbei wird kontrolliert, ob sich die beiden Gruppen in bestimmten Faktoren signifikant voneinander unterscheiden. Im weiteren Verlauf kommt es zur Darstellung der Ergebnisse der beiden Haupthypothesen durch die statistischen Kennwerte und Grafiken.

### 7.2.1. Reliabilitätsanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse (Cronbach Alpha) der Reliabilitätsprüfung bei beiden Fragebögen zu beiden Zeitpunkten in Tabelle 3 angegeben. Die Interpretation und Diskussion der Reliabilitätswerte erfolgt in Kapitel 8.1.

Faktoren	Cronbach Alpha 1. Zeitpunkt	Cronbach Alpha 2. Zeitpunkt
<i>Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität</i>		
Vertrauen	0.764	0.879
Lebensgefühl	0.897	0.951
Depressivität	0.749	0.886
Beziehungserleben	0.852	0.912
Soziales Scheitern	0.853	0.920
Personale Aktivität	0.819	0.905
Personale Passivität	0.832	0.919
Existentielle Erfüllung	0.819	0.899
Existentielle Leere	0.756	0.874
<i>Strahlen Index RadioOnkologie</i>		
Psychophysische Belastung	0.863	0.888
Partnerschaftliche Probleme	0.712	0.915
Strahlentherapeutische Belastung	0.786	0.854
Informationsdefizit	0.812	0.892
Globalskala	0.923	0.949

**Tabelle 3: Reliabilitätsanalyse ELQ und SIRO**

Beim 1. Erhebungszeitpunkt variiert das Cronbach Alpha bei den ELQ-Faktoren zwischen 0.749 (*Depressivität*) und 0.897 (*Lebensgefühl*) und beim 2. Erhebungszeitpunkt zwischen 0.874 (*Existentielle Leere*) und 0.951 (*Lebensgefühl*), wobei laut Mummendey und Grau (2008) Alpha-Werte ab 0.7 akzeptabel sind.

Bei den SIRO-Faktoren und dem SIRO-Globalfaktor schwankt das Cronbach Alpha zum 1. Befragungszeitpunkt von 0.712 (*Partnerschaftliche Probleme*) bis 0.923 (*SIRO-Globalfaktor*) und zum 2. Befragungszeitpunkt zwischen 0.854 (*Strahlentherapeutische Belastungen*) und 0.949 (*SIRO-Globalfaktor*), wobei Alpha-Werte ab 0.7 als akzeptabel gelten (Mummendey & Grau, 2008)

### 7.2.2. Darstellung des Vergleichs der Versuchs- und Kontrollgruppe zum 1. Zeitpunkt

Dieser Vergleich wurde aufgrund der nicht-randomisierten Zuteilung zur Versuchs- und Kontrollgruppe berechnet. Dabei wurde untersucht, ob sich die beiden Gruppen bereits beim 1. Erhebungszeitpunkt in gewissen Faktoren voneinander unterschieden. Zur Berechnung des Unterschieds wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Die Voraussetzungen dieses Verfahrens (Homogenität der Varianzen und Normalverteilung der Daten) wurden überprüft und konnten bestätigt werden.

Die folgende Tabelle (Tab. 4) bildet einen Überblick über die Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben in den neun ELQ-Faktoren und in den drei ELQ-Globalfaktoren zum 1. Erhebungszeitpunkt.

Faktoren des ELQ	Statistische Berechnungen
Vertrauen	T-Wert = -1.673; df = 58; p = 0.100
Positives Lebensgefühl	T-Wert = -1.842; df = 58; p = 0.710
Depressivität	T-Wert = -2.066; df = 58; p = 0.043 *
Beziehungserleben	T-Wert = -1.706; df = 58; p = 0.093
Soziales Scheitern	T-Wert = -2.607; df = 58; p = 0.012 *
Personale Aktivität	T-Wert = -1.521; df = 58; p = 0.134
Personale Passivität	T-Wert = -1.715; df = 58; p = 0.092
Existenzielle Erfüllung	T-Wert = -0.579; df = 58; p = 0.565
Existenzielle Leere	T-Wert = -1.709 ; df = 58; p = 0.093
Globalfaktor 1	T-Wert = -1.483; df = 51; p = 0.144
Globalfaktor 2	T-Wert = -1,225; df = 56; p = 0.226
Globalfaktor 3	T-Wert = -0.564; df = 56; p = 0.575

\* = p < 0.05

**Tabelle 4: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe bei ELQ-Faktoren und ELQ-Globalfaktoren zum 1. Erhebungszeitpunkt**

In der oben gezeigten Tabelle (Tab. 4) lässt sich feststellen, dass sich die Mittelwerte in den Faktoren *Depressivität* zwischen der Versuchsgruppe (MW = 42.53, SD = 8.82) und Kontrollgruppe (MW = 47.01, SD = 7.95) signifikant unterscheiden ( $t_{(58)} = -2.066$ ;  $p < 0.05$ ). Auch im Faktor *Soziales Scheitern* unterscheiden sich die Versuchsgruppe (MW = 28.76, SD = 8.25) und Kontrollgruppe (MW = 33.56, SD = 5.82) signifikant ( $t_{(58)} = -2.607$ ;  $p < 0.05$ ) voneinander. Bei den anderen Faktoren des ELQs und bei den drei Globalfaktoren konnte kein

signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zum 1. Erhebungszeitpunkt festgestellt werden. Die nachfolgende Grafik (Abb. 21) veranschaulicht nochmals das oben beschriebene Ergebnis. Hier ist sichtbar, dass die Versuchsgruppe in allen Mittelwerten einen niedrigeren Wert als die Kontrollgruppe erzielt, jedoch statistisch signifikant ist nur der Unterschied in den Faktoren *Depressivität* und *Soziales Scheitern*, wobei hier die Versuchsgruppe einen signifikant niedrigeren Wert bei der *Depressivität* und bei dem *Sozialen Scheitern* aufweist. Ein niedriger Wert bedeutet beim ELQ eine schlechtere, existentielle Lebensqualität.

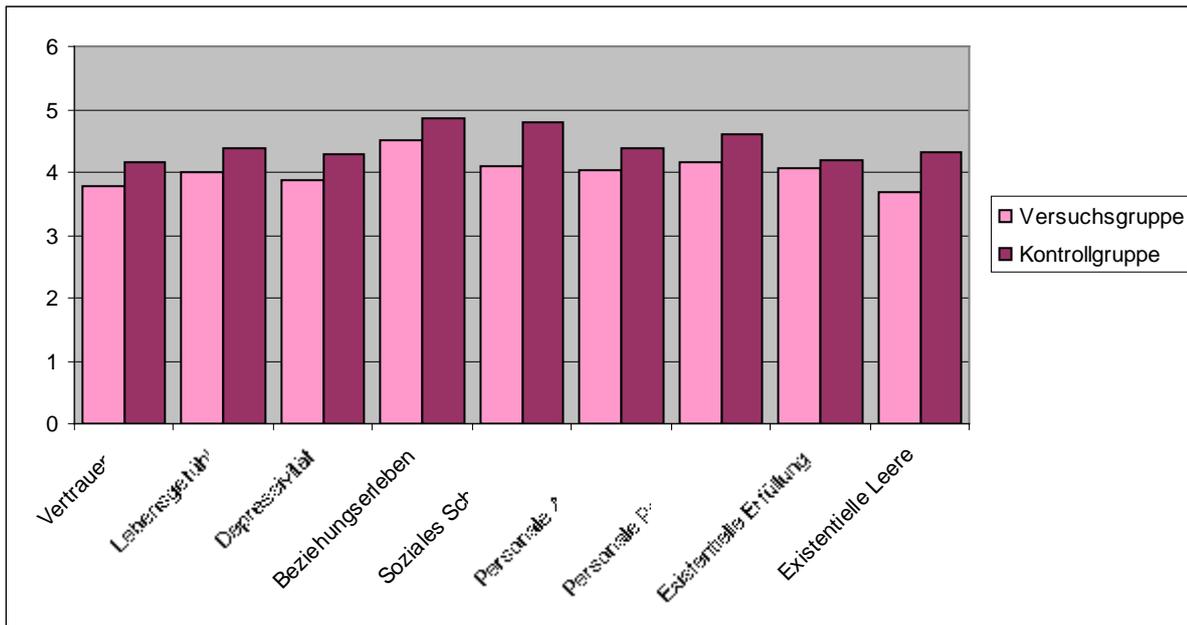


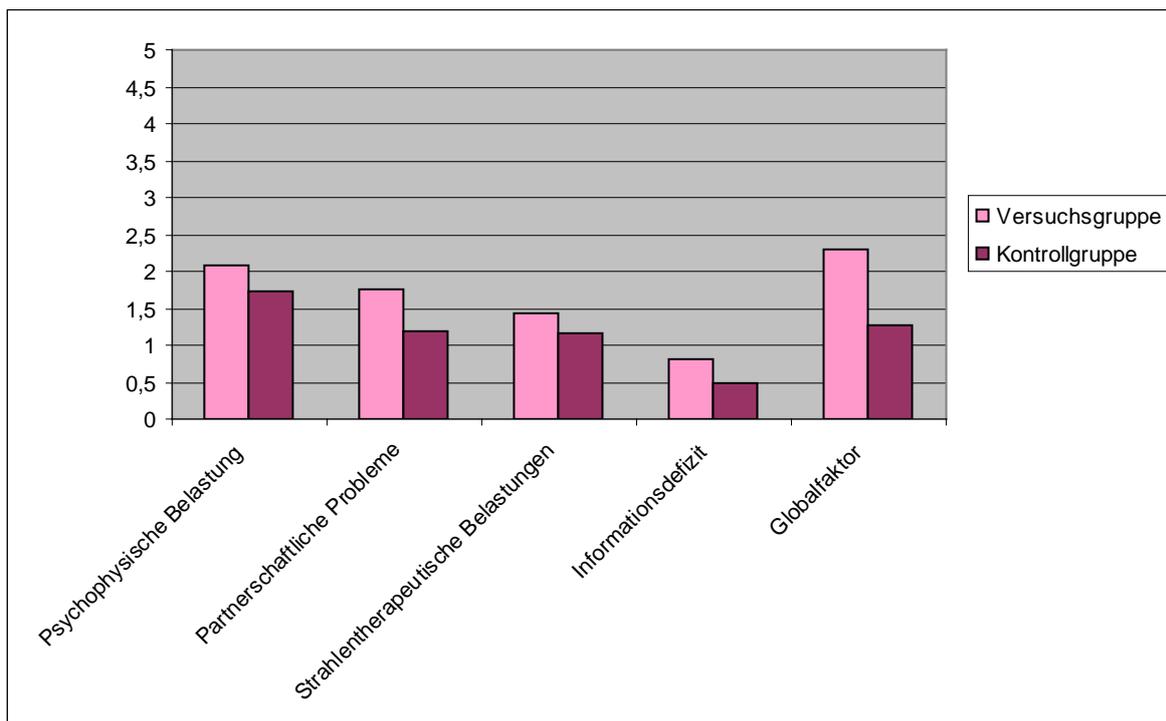
Abbildung 21: Mittelwertscores der ELQ-Faktoren beim 1. Erhebungszeitpunkt

Die nachfolgende Tabelle (Tab. 5) gibt einen Überblick über die Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben zum Vergleich zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe in den SIRO-Faktoren und dem SIRO-Globalfaktor. Der SIRO-Faktor *Informationsdefizit* erfüllt die Voraussetzungen für den T-Test für unabhängige Stichproben, nämlich die Normalverteilung der Daten in der Kontrollgruppe (KS-Z = 1.542; p = 0.017), nicht. Deshalb wird der Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe im Faktor *Informationsdefizit* mittels U-Test berechnet. Die Verteilung des Faktors *Informationsdefizit* ist schief (Verteilungshistogramm im Anhang 12.2.1.), mit den meisten Antworten im niedrigen Wertebereich.

Faktoren des SIRO	Statistische Berechnungen
Psychophysische Belastung	T-Wert = 1.355; df = 58; p = 0.575
Partnerschaftliche Probleme	T-Wert = 1,448; df = 52; p = 0.154
Strahlentherapeutische Belastungen	T-Wert = 1.028; df = 58; p = 0.308
Informationsdefizit	U-Wert = 360.5; p = 0.173
Globalfaktor	T-Wert = 1.679; df = 52; p = 0.099

**Tabelle 5: Vergleich der Versuchs- und Kontrollgruppe bei SIRO-Faktoren und SIRO-Globalfaktor zum 1. Erhebungszeitpunkt**

Bei den SIRO-Faktoren und dem Globalfaktor konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe, wie in Tabelle 5 dargestellt, festgestellt werden. Jedoch zeigt die nachfolgende Grafik (Abb. 22), dass alle Werte der Versuchsgruppe höher waren als die der Kontrollgruppe. Jedoch konnte statistisch kein signifikanter Unterschied berechnet werden. Im SIRO bedeuten höhere Werte in den Skalen eine schlechtere, krankheitsspezifische Lebensqualität, wobei der höchstmögliche Wert 5 ist.



**Abbildung 22: Mittelwertscores bei SIRO-Faktoren und SIRO-Globalfaktor zum 1. Erhebungszeitpunkt**

7.2.3. Darstellung des Vergleichs der Brustkrebspatientinnen, die die Studie beendet haben und nicht beendet haben

Für den Vergleich zwischen den Brustkrebspatientinnen, die die Studie beendet haben und jenen, die sie nicht beendet haben, wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Voraussetzungen (Homogenität der Varianzen und Normalverteilung der Daten) dürfen bei allen ELQ-Faktoren als gegeben angenommen werden. Beim SIRO-Faktor *Informationsdefizit* konnte keine Normalverteilung bei den Patientinnen, die die Studie nicht beendet haben, festgestellt werden (KS-Z = 1.947; p= 0.001), daher wird auf einen U-Test zur Berechnung des Vergleichs umgestiegen. Die Verteilung des SIRO-Faktors *Informationsdefizit* ist schief mit den meisten Antworten im niedrigen Wertebereich (Verteilungshistogramm im Anhang 12.2.2.).

In der folgenden Tabelle 6 wird ein Überblick über die Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben bei den ELQ-Faktoren und den ELQ-Globalskalen gegeben.

Faktoren des ELQ	Statistische Berechnungen
Vertrauen	T-Wert = -1.442; df = 58; p = 0.155
Positives Lebensgefühl	T-Wert = -0.344; df = 58; p = 0.732
Depressivität	T-Wert = -0.307; df = 58; p = 0.761
Beziehungserleben	T-Wert = -0.706; df = 58; p = 0.483
Soziales Scheitern	T-Wert = -0.475; df = 58; p = 0.637
Personale Aktivität	T-Wert = -0.163; df = 58; p = 0.871
Personale Passivität	T-Wert = -0.829; df = 58; p = 0.410
Existenzielle Erfüllung	T-Wert = 0.268; df = 58; p = 0.790
Existenzielle Leere	T-Wert = 0.077; df = 58; p = 0.938
Globalfaktor 1	T-Wert = -0.736; df = 51; p = 0.465
Globalfaktor 2	T-Wert = 0.115; df = 56; p = 0.909
Globalfaktor 3	T-Wert = 0.199; df = 56; p = 0.843

\*= p < 0.05

**Tabelle 6: Vergleich zwischen Brustkrebspatientinnen, die die Studie beenden haben und nicht beendet haben, bei den ELQ-Faktoren und Globalfaktoren**

Bei diesen Berechnungen konnte bei den ELQ-Faktoren und den drei ELQ-Globalfaktoren kein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmerinnen, die die Studie vollendeten und jenen die sich nicht vollendeten, festgestellt werden. Auch bei den SIRO-Faktoren und dem SIRO-

Globalfaktor konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen berechnet werden, wie die nachfolgende Tabelle (Tab. 7) zeigt.

Faktoren des SIRO	Statistische Berechnungen
Psychophysische Belastung	T-Wert = -1.204; df = 58; p = 0.233
Partnerschaftliche Probleme	T-Wert = 1.336; df = 52; p = 0.187
Strahlentherapeutische Belastungen	T-Wert = -0.456; df = 58; p = 0.650
Informationsdefizit	U-Wert = 287.0; p = 0.528
Globalfaktor	T-Wert = -0.531; df = 52; p = 0.598

**Tabelle 7: Vergleich zwischen Brustkrebspatientinnen, die die Studie beenden haben und nicht beendet haben, bei den SIRO-Faktoren und SIRO-Globalfaktor**

#### 7.2.4. Darstellung der Ergebnisse der Haupthypothese

Die Hauptnullhypothese lautet: Die existentielle Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit psychoonkologischer Betreuung verbessert sich nicht signifikant im Vergleich zu Brustkrebspatientinnen ohne psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie.

Zur Beantwortung dieser Haupthypothese wurde eine mixed ANOVA mittels SPSS gerechnet. Zuerst wurden die Voraussetzungen des Verfahrens (Homogenität der Varianzen und Normalverteilung der Daten) überprüft und bei den ELQ-Faktoren und den Globalskalen als gegeben festgestellt. Des Weiteren werden auch die Effektstärken (Cohen's d) berechnet und somit die Interpretation nicht nur aufgrund der Signifikanzen, sondern auch in Bezug auf die Effektstärken vollzogen.

Die gewichteten Zufriedenheiten des ELQs werden in der hier vorliegenden Diplomarbeit nicht in die Ergebnisdarstellung und Interpretation integriert. Einerseits weil diese Frage von vielen Patientinnen nicht vollständig beantwortet wurden (Kapitel 7.1.2) und andererseits weil sich durch die Darstellung keine relevante Mehrinformation ergibt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Faktoren des ELQs und die drei Globalfaktoren in Tabelle 8 zusammengefasst und anschließend erklärt:

Faktoren des ELQ	Statistische Berechnungen	
Vertrauen	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 0.048$ ; $p = 0.827$ ; $d = 0.063$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 0.147$ ; $p = 0.704$ ; $d = 0.110$
Positives Lebensgefühl	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 1.591$ ; $p = 0.214$ ; $d = 0.381$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 1.448$ ; $p = 0.235$ ; $d = 0.364$
Depressivität	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 0.171$ ; $p = 0.681$ ; $d = 0.127$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 0.348$ ; $p = 0.558$ ; $d = 0.180$
Beziehungserleben	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 1.890$ ; $p = 0.176$ ; $d = 0.414$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 1.456$ ; $p = 0.234$ ; $d = 0.364$
Soziales Scheitern	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 0.304$ ; $p = 0.584$ ; $d = 0.168$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 1.686$ ; $p = 0.201$ ; $d = 0.392$
Personale Aktivität	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 0.339$ ; $p = 0.563$ ; $d = 0.180$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 1.937$ ; $p = 0.171$ ; $d = 0.419$
Personale Passivität	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 0.832$ ; $p = 0.367$ ; $d = 0.278$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 0.017$ ; $p = 0.897$ ; $d = 0.000$
Existenzielle Erfüllung	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 0.998$ ; $p = 0.323$ ; $d = 0.300$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 1.165$ ; $p = 0.286$ ; $d = 0.327$
Existenzielle Leere	Faktor Zeit	F-Wert $(1,44)= 6.085$ ; $p = 0.018$ ; $d = 0.742$ *
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,44)= 0.019$ ; $p = 0.892$ ; $d = 0.000$
Globalfaktor 1	Faktor Zeit	F-Wert $(1,35)= 0.076$ ; $p = 0.784$ ; $d = 0.090$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,35)= 1.216$ ; $p = 0.278$ ; $d = 0.375$
Globalfaktor 2	Faktor Zeit	F-Wert $(1,41)= 0.000$ ; $p = 1.000$ ; $d = 0.000$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,41)= 2.271$ ; $p = 0.139$ ; $d = 0.468$
Globalfaktor 3	Faktor Zeit	F-Wert $(1,41)= 0.019$ ; $p = 0.890$ ; $d = 0.000$
	Faktor Interaktion	F-Wert $(1,41)= 0.120$ ; $p = 0.731$ ; $d = 0.110$

\*=  $p < 0.05$

**Tabelle 8: Darstellung der Haupthypothese**

Die obere Tabelle zeigt, dass es nur im Faktor *Existenzielle Leere* ein signifikantes Ergebnis ( $F_{(1,44)} = 6.085$ ;  $p < 0.05$ ) gibt. In den anderen ELQ-Faktoren und in den drei ELQ-Globalskalen gibt es weder eine signifikante Veränderung über die Zeit, noch einen signifikanten Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe. Das signifikante Ergebnis im Faktor *Existenzielle Leere* ist eine signifikante Veränderung des Mittelwertes über die Zeit, jedoch konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Dies bedeutet also, dass sich der Faktor *Existenzielle Leere* vom Anfang bis zum Ende der Strahlentherapie bei beiden Gruppen signifikant verändert hat. Bei Betrachtung der nachfolgenden Grafik (Abb. 23)

sieht man, dass sich dieser Bereich vom 1. zum 2. Erhebungszeitpunkt signifikant verbessert hat. Bei den anderen ELQ-Faktoren gibt es teilweise Verbesserungen und teilweise Verschlechterungen, jedoch sind keine Veränderungen signifikant.

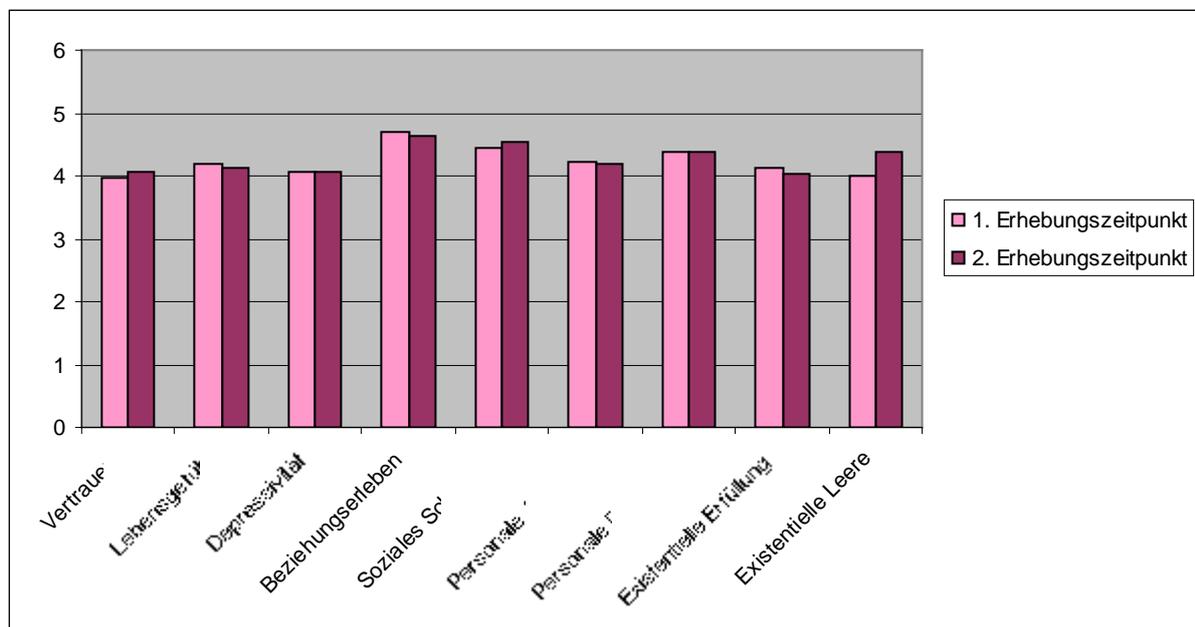


Abbildung 23: Vergleich ELQ-Mittelwertscores zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt

Bei Betrachtung der Effektstärken in Tabelle 8 kann man kleine bis große Effekte erkennen. Bei den Faktoren *Positives Lebensgefühl* ( $d_{\text{Zeit}} = 0.381$ ;  $d_{\text{Interaktion}} = 0.364$ ), *Beziehungserleben* ( $d_{\text{Zeit}} = 0.414$ ;  $d_{\text{Interaktion}} = 0.364$ ) und *Existenzielle Erfüllung* ( $d_{\text{Zeit}} = 0.300$ ;  $d_{\text{Interaktion}} = 0.327$ ) konnten über die Zeit und auch zwischen den Gruppen kleine bis fast mittlere Effekte festgestellt werden. Bei den Faktoren *Soziales Scheitern* ( $d_{\text{Interaktion}} = 0.392$ ), *Personale Aktivität* ( $d_{\text{Interaktion}} = 0.419$ ), *Globalfaktor 1* ( $d_{\text{Interaktion}} = 0.375$ ) und *Globalfaktor 2* ( $d_{\text{Interaktion}} = 0.468$ ) kann man nur bei der Unterscheidung zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe kleine bis fast mittlere Effekte erkennen. Der Faktor *Personale Passivität* ( $d_{\text{Zeit}} = 0.278$ ) hat einen kleinen Effekt über die Bestrahlungszeit. Der statistisch auch signifikante Faktor *Existenzielle Leere* ( $d_{\text{Zeit}} = 0.742$ ) besitzt eine fast großen Effekt über die Zeit.

Bei der Darstellung der Mittelwertscores der ELQ-Faktoren getrennt zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe zu den beiden Erhebungszeitpunkten (Abb. 24 und Abb. 25) lässt sich teilweise ein Trend zu einer Verbesserung oder keiner Veränderung der Versuchsgruppenmittelwerte zwischen den beiden Zeitpunkten feststellen. Bei der Kontrollgruppe kommt es jedoch auch in einigen Faktoren zu einer Verschlechterung des Mittelwertes. Es sind jedoch keine Unterschiede signifikant.

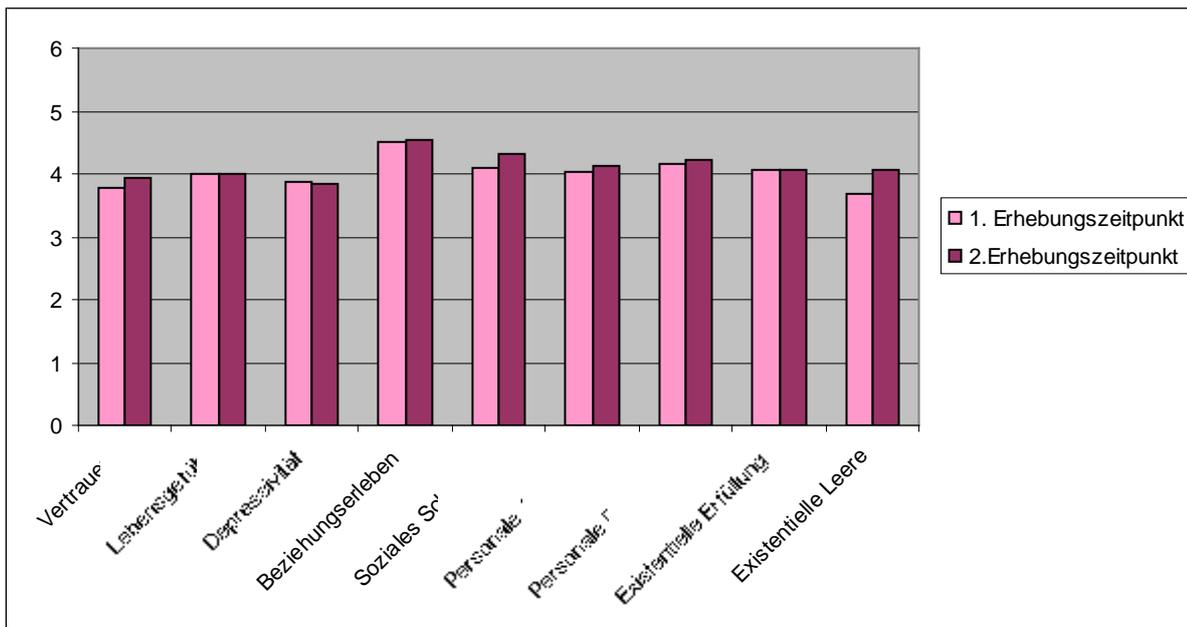


Abbildung 24: Vergleich ELQ-Mittelwertscores bei der Versuchsgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten

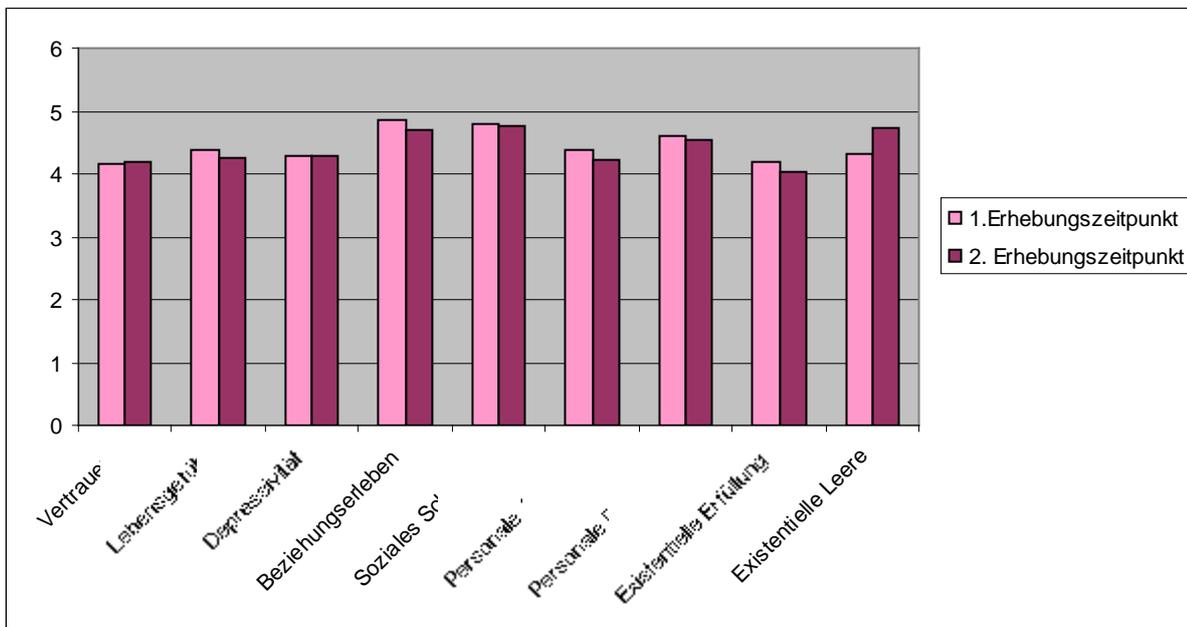


Abbildung 25: Vergleich ELQ-Mittelwertscores bei der Kontrollgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten

Des Weiteren werden noch zwei Fragen, die 18. und 60. des ELQs näher betrachtet:

Die Frage 18, „das Gefühl, Frau zu sein“, zählt zum Faktor *Beziehungserleben* und wird einzeln berechnet, da es sich bei dieser Frage um ein sehr wichtiges Thema für Brustkrebspatientinnen handelt und ein Vergleich zwischen den beiden Gruppen und eine Vergleich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten berechnet werden soll. Die 60. Frage vom ELQ wird dem Faktor *Vertrauen* zugeordnet und lautet „die Angst, ernsthaft krank zu sein“. Diese Frage ist sicherlich für Patientinnen mit Brustkrebs schlecht formuliert, jedoch wurden am ELQ keine Veränderungen für die hier befragte klinische Stichprobe vorgenommen. Die Frage ist aber

interessant und deshalb wert näher beschrieben zu werden. Dazu wird der U-Test und Wilcoxon-Test herangezogen.

In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Fragen 18 und 60 dargestellt:

Fragen des ELQ	Statistische Berechnungen
Frage 60 („das Gefühl, ernsthaft krank zu sein“)	Z-Wert = -2.833; p = 0.005* U-Wert = 232; p = 0.456
Frage 18 („das Gefühl, Frau zu sein“)	Z-Wert = -0.293; p = 0.769 U-Wert = 258.5; p = 0.882

\*= p < 0.05

**Tabelle 9: Darstellung der Frage 18 und 60 des ELQs**

Bei der Frage 18 konnten bei statistischen Berechnungen weder Unterschiede zwischen den Gruppen noch über die Zeit erkannt werden. Beim statistischen Vergleich bei Frage 60 konnte zwischen den Gruppen auch kein signifikanter Unterschied entdeckt werden, jedoch beim statistischen Vergleich zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt bei beiden Gruppen konnte durch den Wilcoxon-Test eine Signifikanz herausgefunden werden ( $Z = -2.833$ ,  $p < 0.05$ ). Das bedeutet, dass die Patientinnen zu Beginn der Strahlentherapie signifikant öfter die Angst bzw. das Gefühl hatten, ernsthaft krank zu sein, als am Ende.

#### 7.2.5. Darstellung der Ergebnisse der Nebenhypothese

Die Nebennullhypothese wurde folgendermaßen formuliert: Die krankheitsspezifische Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit psychoonkologischer Betreuung verbessert sich nicht signifikant im Vergleich zu Brustkrebspatientinnen ohne psychoonkologische Betreuung während der Strahlentherapie.

Auch zur Beantwortung dieser Hypothese wurde eine mixed ANOVA mittels SPSS durchgeführt. Die Voraussetzungen des Verfahrens (Homogenität der Varianzen und Normalverteilung der Daten) wurden überprüft und bei den Faktoren *Psychophysische Belastung* und *Strahlentherapeutische Belastungen* sowie beim *Globalfaktor* als gegeben festgestellt. Beim Faktor *Partnerschaftliche Probleme* ( $KS-Z = 1.368$ ;  $p = 0.047$ ) war beim 2. Erhebungszeitpunkt bei der Kontrollgruppe die Normalverteilung der Daten nicht gegeben und beim Faktor *Informationsdefizit* ( $KS-Z = 1.542$ ;  $p = 0.017$ ) konnte bei der Kontrollgruppe zum 1. Erhebungszeitpunkt keine Normalverteilung festgestellt werden. Die beiden Verteilungen sind schief, mit den meisten Antworten im niedrigen Wertebereich (Verteilungshistogramme im

Anhang 12.2.1. und 12.2.3.). Daher wurden bei diesen Faktoren die Differenzen zwischen dem 1. und 2. Erhebungszeitpunkt berechnet und dann der U-Test zum Vergleich zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe durchgeführt. Zur Berechnung, ob es eine signifikante Veränderung zwischen dem 1. und 2. Erhebungszeitpunkt bei beiden Stichproben gibt, wurde als parameterfreies Verfahren der Wilcoxon-Test verwendet. Auch hier werden nicht nur die Signifikanzen überprüft, sondern auch die Effektstärken (Cohen's d). Die Interpretation richtet sich auf beide Werte.

Im Folgenden werden die Ergebnissen der einzelnen Faktoren des SIRO und der Globalfaktor in Tabelle 10 zusammengefasst und anschließend erklärt:

Faktoren des SIRO	Statistische Berechnungen	
Psychophysische Belastungen	Faktor Zeit	F-Wert $_{(1,44)} = 2.233$ ; $p = 0.142$ ; $d = 0.449$
	Faktor Interaktion	F-Wert $_{(1,44)} = 0.064$ ; $p = 0.802$ ; $d = 0.063$
Partnerschaftlichen Probleme	Z-Wert = $-2.899$ ; $p = 0.004$ ; $d = -1.031$ * U-Wert = $192.5$ ; $p = 0.851$ ; $d = -0.061$	
Strahlentherapeutische Belastungen	Faktor Zeit	F-Wert $_{(1,44)} = 0.241$ ; $p = 0.626$ ; $d = 0.142$
	Faktor Interaktion	F-Wert $_{(1,44)} = 0.060$ ; $p = 0.807$ ; $d = 0.063$
Informationsdefizit	Z-Wert = $-1.513$ ; $p = 0.130$ ; $d = -0.458$ U-Wert = $225$ ; $p = 0.381$ ; $d = -0.261$	
Globalfaktor	Faktor Zeit	F-Wert $_{(1,38)} = 4.480$ ; $p = 0.041$ ; $d = 0.685$ *
	Faktor Interaktion	F-Wert $_{(1,38)} = 0.006$ ; $p = 0.936$ ; $d = 0.000$

\*=  $p < 0.05$

**Tabelle 10: Darstellung der Nebenhypothese**

In Tabelle 10 konnte ein signifikanter Zeitfaktor bei dem *Globalfaktor des SIRO* ( $F_{(1,38)} = 4.480$ ;  $p < 0.05$ ) festgestellt werden. Dies bedeutet, dass sich während der Strahlentherapiezeit die Werte beim *Globalfaktor* bei beiden Gruppen signifikant verändert haben, jedoch konnte kein Unterschied zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe beim *SIRO-Globalfaktor* festgestellt werden. Beim Vergleich der Mittelwerte in der nachfolgenden Abbildung (Abb. 26) vom 1. zum 2. Erhebungszeitpunkt zeigt sich beim *Globalfaktor* eine signifikante Erhöhung des Wertes und somit eine signifikante Verschlechterung des Globalfaktors über beide Gruppen.

Bei allen SIRO-Faktoren konnte mittels mixed ANOVA kein signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe und auch keine signifikante Veränderung über die Zeit festgestellt werden. Auch beim U-Test konnten bei den Faktoren *Partnerschaftliche Probleme* und *Informationsdefizit* keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen berechnet

werden. Beim Wilcoxon-Test konnte bei dem Faktor *Partnerschaftliche Probleme* eine signifikante Verschlechterung ( $z = -2.899$ ;  $p < 0.05$ ) vom 1. auf den 2. Erhebungszeitpunkt herausgefunden werden (Abb. 26).

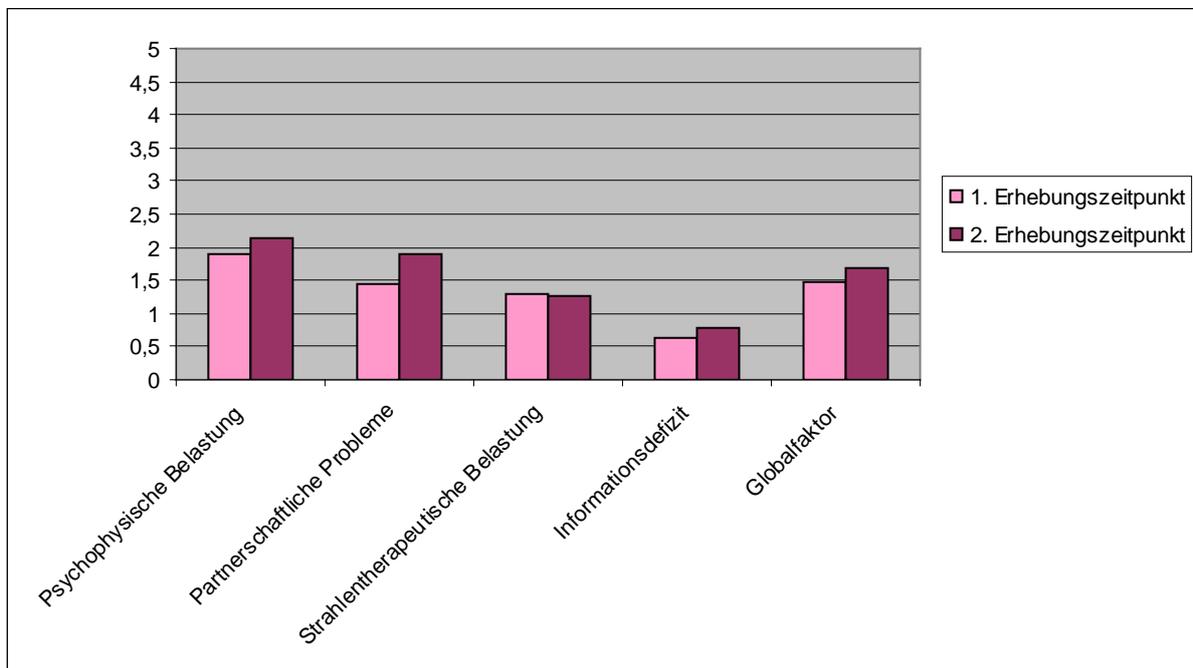


Abbildung 26: Vergleich SIRO-Mittelwertscores zum 1. und 2. Erhebungszeitpunkt

Bei der Betrachtung der Effektstärken in Tabelle 9 lässt sich ein kleiner Effekt bei dem Faktor *Informationsdefizit* zwischen den beiden Gruppen ( $d_{\text{Interaktion}} = -0.261$ ) erkennen. Bei den Faktoren *Psychophysische Belastung* ( $d_{\text{Zeit}} = 0.449$ ) und *Informationsdefizit* ( $d_{\text{Zeit}} = -0.458$ ) lassen sich über die Zeit kleine bis fast schon mittlere Effekte berechnen. Bei dem statistisch signifikanten Faktor *Partnerschaftliche Probleme* ( $d_{\text{Zeit}} = -1.031$ ) gibt es laut Cohen's d einen großen Effekt und bei dem statistisch signifikanten Wert des *Globalfaktors* ( $d_{\text{Zeit}} = 0.685$ ) über die Zeit konnte auch ein mittlerer bis fast schon hoher Effekt festgestellt werden.

Beim Anblick der SIRO-Faktorenmittelwerte (Abb. 26) in beiden Gruppen gemeinsam lässt sich ein Trend zu einer Verschlechterung der krankheitsspezifischen Lebensqualitätswerte feststellen, jedoch bei den Gruppen getrennt lässt sich keine eindeutige Tendenz der Faktoren und des Gesamtfaktors vom 1. zum 2. Erhebungszeitpunkt feststellen (Abb. 17).

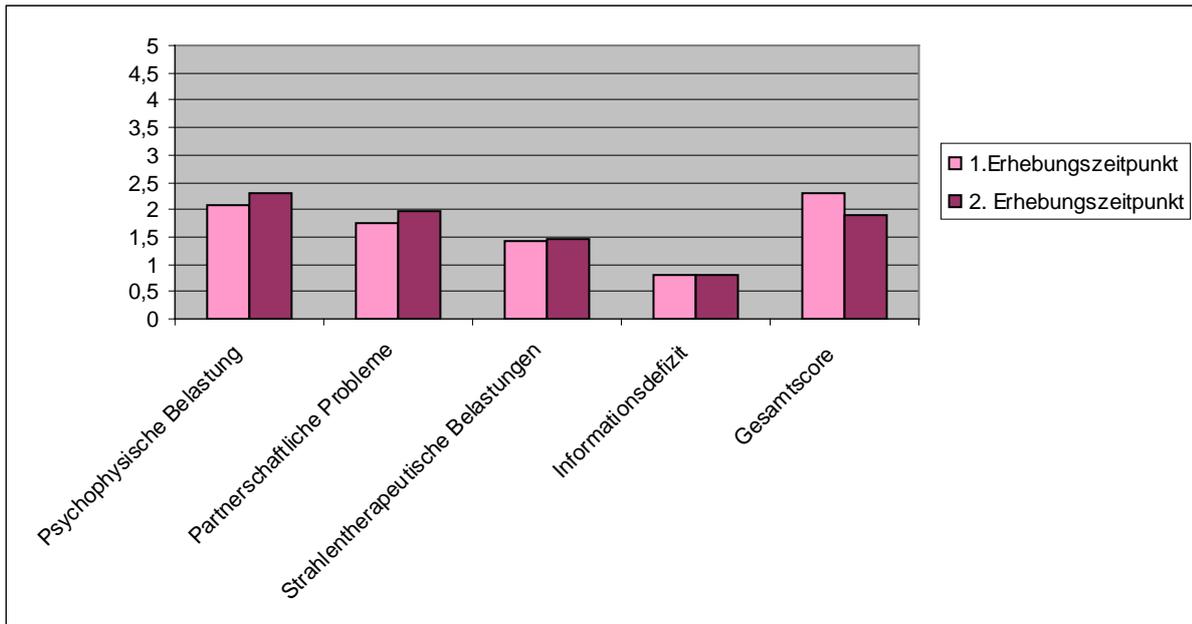


Abbildung 27: Vergleich der SIRO-Mittelwertscores bei der Versuchsgruppen zu beiden Erhebungszeitpunkten

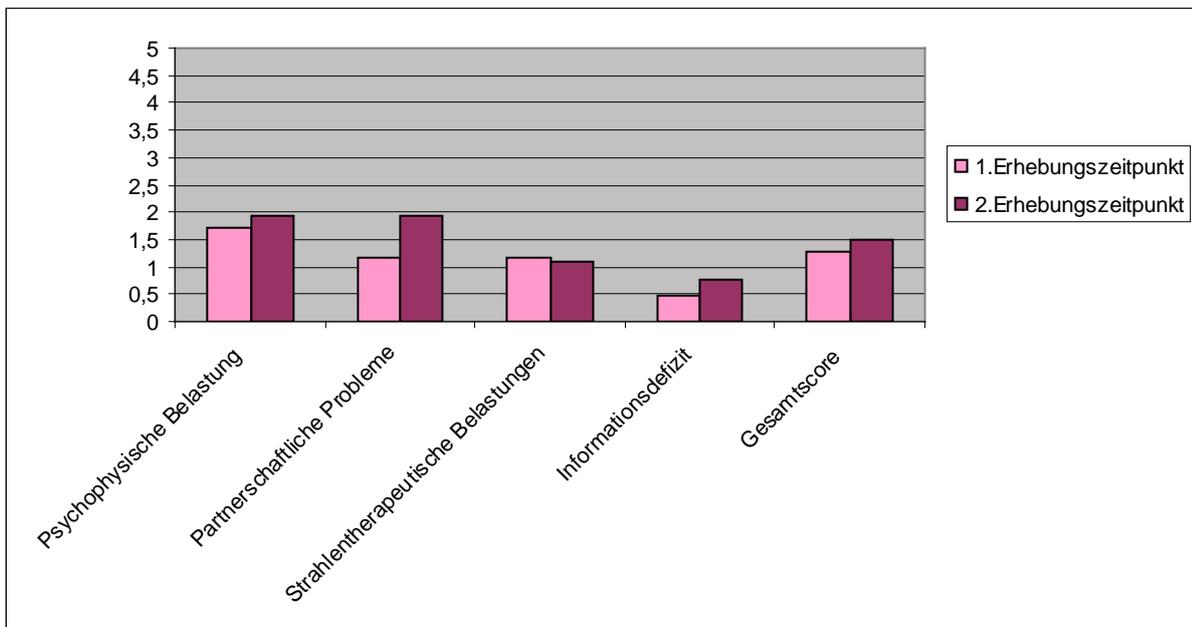


Abbildung 28: Vergleich der SIRO-Mittelwertscores bei der Kontrollgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten

### 7.3. Darstellung der qualitative Auswertung

In diesem Kapitel werden die Daten der qualitativen Befragung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Zu Beginn wird das Ausgangsmaterial, welches zur Auswertung herangezogen wird, beschrieben und die Fragestellung der Analyse zusammengefasst. Danach kommt es zur eigentlichen Inhaltsanalyse mittels Zusammenfassen der geschriebenen Antworten der Patientinnen in Kategorien.

### 7.3.1. Bestimmung des Ausgangsmaterials

Im Rahmen der hier vorliegenden Diplomarbeit wurde bei der Post-Befragung am Ende der Strahlentherapie den Brustkrebspatientinnen zusätzlich zur quantitativen auch eine qualitative Befragung zur schriftlichen Beantwortung gegeben. Insgesamt konnte die qualitative Befragung von 46 Patientinnen ausgewertet werden. Alle 46 Patientinnen haben 3 bis 6 Wochen vor dieser Befragung diese zwei quantitativen Fragebögen und soziodemografische Daten ausgefüllt.

Die Patientinnen, welche von unterschiedlichen sozio-kulturellen Schichten kamen, nahmen an der Studie freiwillig teil und so handelt es sich um eine Zufallsstichprobe. Die offenen Fragen wurden in schriftlicher Form ausgeteilt und wurden den Patientinnen zur Beantwortung mit nach Hause gegeben. Es handelt sich also um einen geschriebenen Text, der durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet werden kann.

### 7.3.2 Fragestellung der Analyse

Die Studie ist auf dem existenzanalytischen Hintergrund aufgebaut. Wie in Kapitel 6.2.3. bereits erwähnt sind die Fragen der qualitativen Befragung existenzanalytisch ausgerichtet und zielen auf die 4 Grundmotivationen nach Längle (2008) ab. Diese wurden in Kapitel 3.1. genauer beschrieben. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) soll den emotionalen Hintergrund jeder befragten Patientin beleuchten und somit ein genaueres Bild über die existentielle Lebensqualität der Patientinnen geben.

### 7.3.3. Spezielle qualitative Technik: Zusammenfassen

Im Falle der vorliegenden Diplomarbeit handelt es sich um eine induktive Vorgangsweise beim Zusammenfassen der beantworteten Fragen. Dies bedeutet, dass die Kategorien direkt aus dem Material gewonnen werden und nicht vorher durch theoretisches Wissen vorgegeben werden.

Im nachfolgenden Teil werden die einzelnen qualitativen Fragen angeführt und die Antwortkategorien in Diagrammen veranschaulicht. Nach den grafischen Darstellungen werden die einzelnen Kategorien genauer beschrieben. Eine Interpretation der Antworten findet sich im Kapitel 8.7.

1. Frage: Worauf können Sie in Ihrem Leben bauen? Was gibt Ihnen Halt?

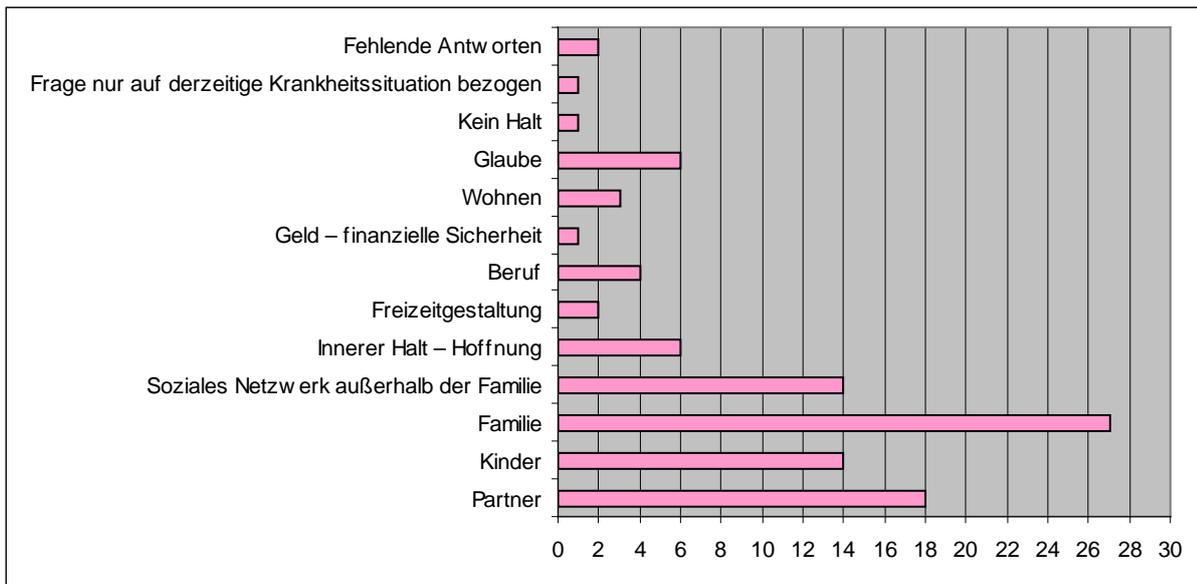


Abbildung 29: Antwortkategorien der 1. qualitativen Frage

Diese Frage zielt auf die erste Grundmotivation nach Längle (2008) ab. Hierbei geht es vor allem um den Halt, Schutz und Raum im Leben. Die häufigste Antwortkategorie mit 27 Benennungen auf diese Frage ist, dass die *Familie* ein wichtiger Bestandteil des Lebens ist, auf den die Patientinnen bauen können und der ihnen Halt gibt. Darunter fallen neben dem Begriff Familie auch Aufzählungen wie Verwandte und Eltern. An zweiter Stelle des haltgebenden Bereichs im Leben der Brustkrebspatientinnen wurde von 18 Personen die Kategorie *Partner* genannt. Diese beinhaltet auch folgende Bezeichnungen: Partnerschaft, Mann, Lebenspartner, Liebe zum Partner, Halt und Zuversicht vom Partner und stabile Beziehung. Gleich viele Antworten, nämlich 14, konnten die Bereiche Kinder und Soziales Netzwerk außerhalb der Familie erzielen. Der Bereich *Kinder* enthält konkrete Angaben zum Geschlecht des Kindes, aber auch die Enkelkinder. Unter die Kategorie *Soziales Netzwerk* außerhalb der Familie zählen Freundinnen, Arbeitskolleginnen, gut funktionierendes gesellschaftliches Umfeld oder auch Menschen, die begleitend zur Seite stehen. Jeweils 6 Patientinnen meinten zu der Frage der ersten Grundmotivation, dass sie auf ihre Hoffnung und ihren inneren Halt bauen können, sowie auf ihren Glauben. Der Bereich des *inneren Halts – Hoffnung* wird von den Patientinnen folgendermaßen erklärt: Hoffnung noch einige Jahre zu leben, sich selbst Halt geben, eigenes Selbstvertrauen oder eigene positive Einstellung. Unter der Kategorie *Glaube* sind Begriffe, wie Gottvertrauen, religiöse Lebensführung und Religion zusammengefasst. Vier Patientinnen können in ihrem Leben auf ihren *Beruf* bauen, unter dem sie ihre Arbeit, den Job, der ihnen Spaß macht, eine Ausbildung für einen weiteren Job oder eben den Beruf verstehen. Für weitere drei Personen ist das *Wohnen* haltgebend, v.a. ihre Wohnsituation im Grünen oder mit Garten und ihr

schönes Zuhause. Die *Freizeitgestaltung*, wie Hobbys, soziales Engagement oder kulturelle Veranstaltungen, ist für zwei Patientinnen ein wichtiger Bereich, auf dem sie in ihrem Leben bauen können. Für eine Person ist die *finanzielle Absicherung*, also das Geld, haltgebend. Bei einer Frau kann aufgrund der Antwort auf *keinen Halt* geschlossen werden und eine weitere Person bezieht die *Frage nur auf die derzeitige Lebenssituation*, indem sie als Antwort *Ärztinnen* nennt.

Insgesamt haben auf die erste qualitative Frage 44 von 46 der befragten Patientinnen geantwortet.

## 2. Frage: Was ist Ihnen jetzt im Leben wichtig? Worauf kommt es jetzt in Ihrem Leben an?

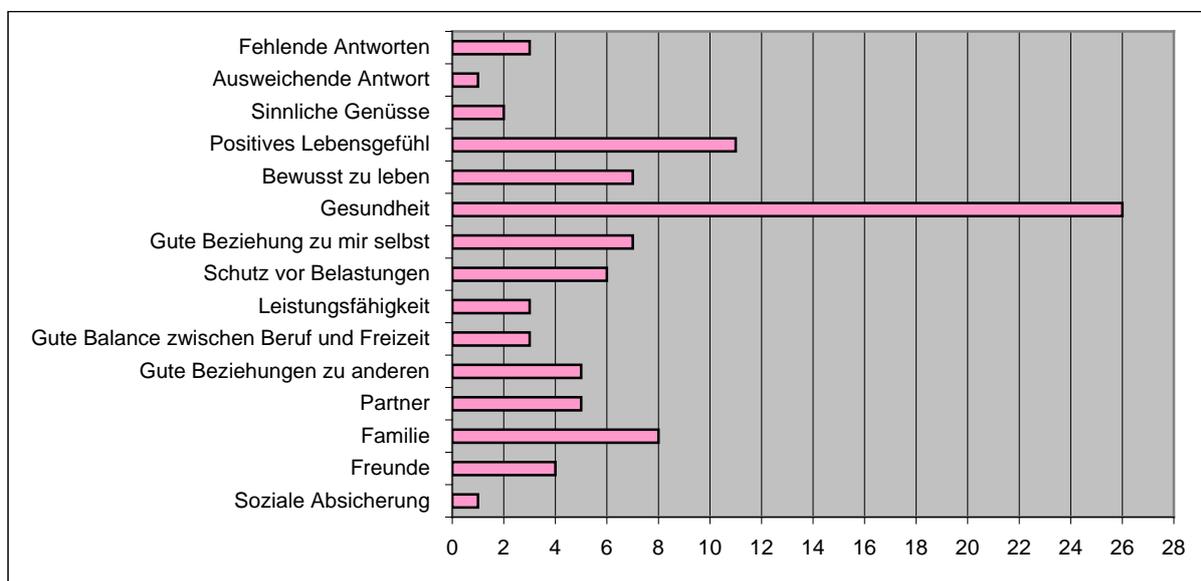


Abbildung 30: Antwortkategorien der 2. qualitativen Frage

Diese Frage nimmt Bezug auf die zweite Grundmotivation nach Längle (2008), nämlich das *Leben-Mögen* und zielt auf die Werte einer Person ab. Die meisten Patientinnen, nämlich 26, beantworteten diese Frage mit *Gesundheit*. Darunter fallen folgende Aussagen: auf die Gesundheit mehr zu achten, wieder gesund zu werden, gesund zu bleiben oder nicht mehr an Krebs zu erkranken. Insgesamt 11 Personen nannten bei der Frage nach dem, was momentan für sie wichtig ist, Antworten der Kategorie *Positives Lebensgefühl*. Unter diesem ist beispielsweise folgendes zusammengefasst: Freude haben, in Frieden leben, Harmonie, Zufriedenheit oder Glück. Weitere 8 Brustkrebspatientinnen nannten als Werte, die ihnen jetzt im Leben wichtig sind, ihre *Familien*. Je 7 Personen gaben eine *Gute Beziehung zu sich selbst* und *Bewusst zu leben* als Bereiche, auf die es ihnen jetzt ankommt, an. Zu der Kategorie *Gute Beziehung zu sich selbst* zählen: mehr Zeit für sich einräumen, mehr auf die eigenen Bedürfnisse achten, mit sich selbst in Einklang sein oder auch Zeit für sich haben. Der Bereich *Bewusst leben* besteht aus

Aussagen wie, intensiver Zeit nehmen, jeden Moment genießen, wieder am Leben teilhaben oder Veränderung der Lebensumstände. *Schutz vor Belastungen*, also eine Psychohygiene gegenüber Negativen, haben 6 Patientinnen als Antwort auf die Frage, was ihnen wichtig sei, gegeben. Darunter versteht man z.B. unnötigen Ärger vermeiden, keinen Stress haben oder sich von lästigen Verpflichtungen zu befreien. Für je 5 weitere Befragte sind der *Partner* und eine *Gute Beziehung zu anderen* ein wichtiger Teil des momentanen Lebens. Unter *Gute Beziehung zu anderen* werden Menschen mit Respekt behandeln, gegenseitiges Vertrauen, offene Gespräche und gute Gespräche mit Freundinnen und Arbeitskolleginnen zusammengefasst. Vier Personen nannten *Freunde* als Bereich, der ihnen derzeit wichtig ist. Für insgesamt 3 Patientinnen ist ein gute *Balance zwischen Beruf und Freizeit* für ihr jetziges Leben wichtig, was sich in folgenden Antworten widerspiegelt: weniger arbeiten, gute Berufsentscheidung oder Freizeit. Auch für 3 Patientinnen bedeutet *Leistungsfähigkeit*, also Dinge machen können wie vor der Erkrankung, oder im Job so leistungsfähig sein wie bisher, in ihrem jetzigen Leben viel. Zwei Personen gaben als Antwort auf die zweite Frage, dass ihnen *sinnliche Genüsse*, wie einkaufen gehen oder gutes Essen, derzeit wichtig sind und eine Person meinte, dass es auf eine *soziale Absicherung* für sie jetzt ankommt.

Eine Person hat auf die Frage zur zweiten Grundmotivation *ausweichend* geantwortet, indem sie geschrieben hat, dass es gut geht. Weitere 3 Patientinnen haben *keine Antwort* auf diese Frage gegeben.

3. Frage: *Wie gehen Sie in der Situation der Brustkrebserkrankung mit sich selbst um? Wie zufrieden sind Sie mit sich?*

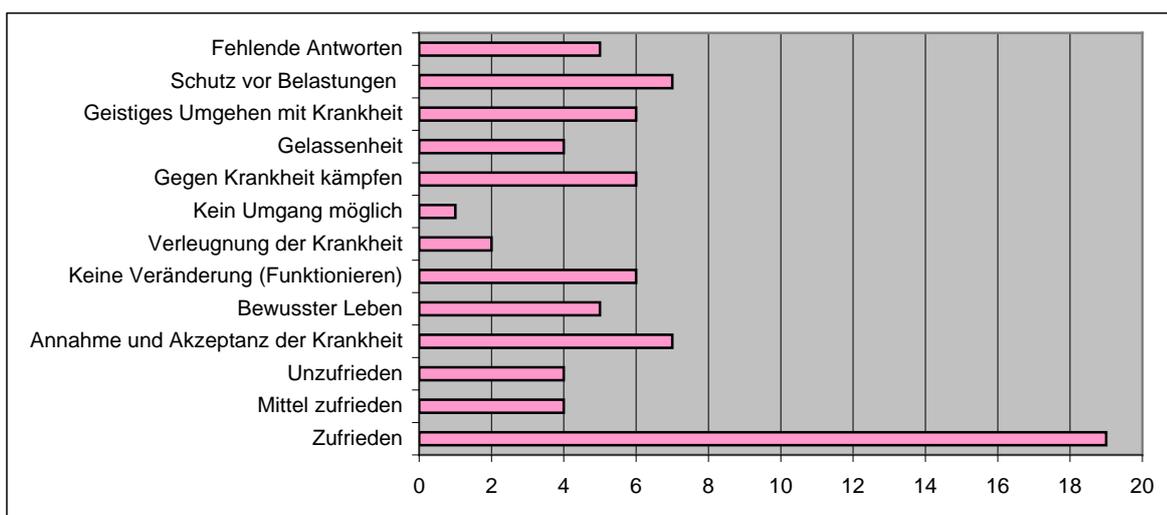


Abbildung 31: Antwortkategorien der 3. qualitativen Frage

Die dritte Frage zielt auf die dritte Grundmotivation, also das Selbstsein-Dürfen, ab. Durch diese Frage sollen die Patientinnen ihre Beziehung zu sich selbst beschreiben und zu ihren Bewältigungsstrategien Stellung nehmen. Insgesamt 19 Patientinnen beantworteten diese Frage damit, dass sie mit sich selbst in der Situation der Brustkrebserkrankung *zufrieden* sind, 4 sind *mittel zufrieden* und 4 antworten, dass sie mit sich in dieser Situation *unzufrieden* sind.

Auf die Frage, wie sie während der Erkrankung mit sich selbst umgehen, antworteten 7 Frauen, dass sie *die Krankheit akzeptiert und angenommen* haben. Diese Kategorie vereint den Versuch, sich mit der Situation abzufinden, sich auf die Situation einzustellen, sich damit anzufreunden oder eine positive Einstellung zur Beseitigung und Behandlung der Krankheit zu haben. Weitere 7 meinten, dass sie sich *vor Belastungen schützen*, indem sie sich mehr schonen, mehr Pausen einlegen, beginnen auf sich selbst zu hören, oder sich durch Kleinigkeiten nicht mehr ärgern lassen. Sechs Aussagen von Patientinnen wurden zur Kategorie *Keine Veränderung (Funktionieren)* zugeordnet. Diese lauten folgendermaßen: normal weiterleben, nichts anders als vor der Krankheit, alles bleibt beim Alten oder ändert sich kaum etwas, obwohl es vorgenommen wurde. Wiederum 6 Personen antworteten auf die Frage nach dem Umgang mit sich selbst, dass sie *gegen die Krankheit kämpfen*, indem sie nicht aufgeben, sich nicht gehen lassen und indem sie gegen die Krankheit mittels der Therapie ankämpfen. Zusätzlich gehen 6 Patientinnen mit ihrer Krankheitssituation geistig um. Unter dem *Geistigen Umgehen mit der Krankheit* versteht man, dass sie versuchen, das Beste aus der Situation zu machen, mit Humor das Beste machen, oder an der Zufriedenheit und Gelassenheit arbeiten, oder aber auch nach Veränderungen suchen. Fünf Patientinnen nannten als Bewältigungsstrategien, dass sie *bewusster leben* werden, was durch sich selbst mit schönen Erlebnissen verwöhnen, es sich gut gehen lassen, oder durch ein besseres Annehmen von sich selbst beschrieben wird. Vier Personen gehen mit sich selbst in der Situation der Brustkrebserkrankung *gelassen* um, indem sie sich wohl fühlen, frei von Panik und zuversichtlich sind oder positiv denken. Insgesamt *verleugnen* 2 Patientinnen ihre Brustkrebserkrankung durch Aussagen, wie dass sie die Krankheit noch nicht realisiert haben, oder dass sie arbeiten und nicht an die Erkrankung denken. Bei einer Patientin ist *kein Umgang* mit der Erkrankung *möglich* durch die Aussage, dass sie sich im Wechselbad der Gefühle befinde.

Von den insgesamt 46 befragten Patientinnen antworteten auf die dritte Frage 5 Patientinnen nicht.

4. Frage: Welche Bedeutung hat Ihre Brustkrebserkrankung auf Ihr gesamtes Leben gesehen?  
Wie wollen Sie Ihr Leben weiterhin gestalten?

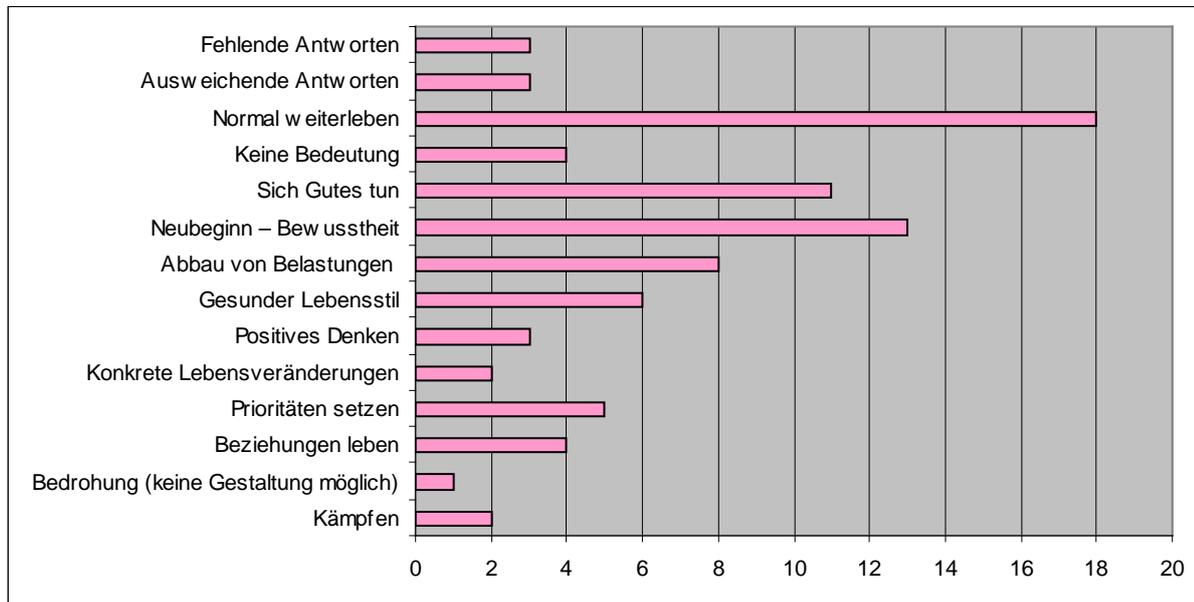


Abbildung 32: Antwortkategorien der 4. qualitativen Frage

Die vierte Frage zielt darauf ab, die eigene Existenz in einen größeren Sinnzusammenhang einzuordnen und spricht somit die 4. Grundmotivation nach Längle (2008) an. Die häufigste Antwort von 18 Patientinnen auf diese Frage war, dass sie *normal weiterleben* wollen. Diese Kategorie beinhalteten folgende Aussagen: normal den Alltag bewältigen, möglichst ohne Einschränkungen leben, normaler Alltag oder eben wie bisher leben. Dreizehn Personen gaben ihrer Krankheit eine Bedeutung, indem sie diese als *Neubeginn* wahrgenommen haben. Darunter sind folgende Begriffe einzuordnen: körperlicher und geistiger Neubeginn, bedeutender Einschnitt, wachgerüttelt, ein Umdenken bewirkt oder Krankheit als Zeichen. Elf weitere Brustkrebspatientinnen wollen *sich* laut eigenen Aussagen in Zukunft *Gutes tun*. Dies bedeutet, dass sie mehr genießen, alles tun, was glücklich oder Spaß macht, Träume verwirklichen oder auch sich selbst wichtig nehmen und mehr für sich selbst da sein. Die Bedeutung der Krankheit sehen 8 Personen in dem *Abbau von Belastungen*, was sich durch Änderung alter Verhaltensmuster, weniger Arbeit, Vermeidung von Stress oder das Gönnen von Pausen, beschreiben lässt. Sechs Patientinnen wollen sich einen *gesunden Lebensstil* gestalten, indem sie auf ihre Gesundheit achten, jedes Jahr zu Kontrollen gehen oder mehr Vorsorge treffen. Auf die vierte Frage zum existentiellen Sinn antworteten 5 Personen, dass sie sich *Prioritäten setzen* wollen, indem sie Dinge nicht mehr auf die lange Bank schieben oder mehr auf ihr Bauchgefühl hören. Bei 4 Aussagen auf die Sinnfrage konnte *keine Bedeutung* und so eine Verleugnung der Krankheit festgestellt werden. Folgende Antworten untermalen diese Kategorie: Brustkrebs hat keine Bedeutung, will nicht alles so ernst nehmen oder dass die Krankheit mehr Bedeutung für

die Verwandten hat. Andere 4 Patientinnen meinten, dass sie in der Zukunft *Beziehungen leben* wollen, indem sie mehr auf die Familie schauen, mit den Liebsten noch viel erleben möchten oder jeden Tag mit dem Partner und der Familie genießen wollen. Drei Personen möchten durch *positives Denken* ihr weiteres Leben gestalten und beschrieben dies mit den Kopf nicht mehr hängen lassen oder optimistisch in die Zukunft schauen. *Konkrete Lebensveränderungen*, wie eine eigene Wohnung zu beziehen oder berufliche Veränderungen, gaben 2 Personen für ihre weitere Lebensgestaltung an und weitere 2 meinten, dass sie zukünftig *kämpfen* wollen, indem sie nicht nachgeben und weiter daran arbeiten. Eine Person sieht die Krankheit als *Bedrohung*, daher ist keine Gestaltung möglich und dies wird durch die Aussage untermalt, dass die Krankheit eine bedrohliche Situation darstellt.

Je 3 Personen gaben auf diese Sinnfrage eine *ausweichende Antwort* und weitere 3 gar *keine Antwort*. Unter ausweichende Antworten sind folgende Aussagen zusammengefasst: Eltern an Krebs gestorben, Schwester zum 2. Mal an Krebs erkrankt und Bewältigung von anderen schweren Krankheiten steht im Vordergrund.

5. & 6. Frage: *Hat Ihnen die psychologische Betreuung geholfen und was war es genau, was Ihnen geholfen hat?*

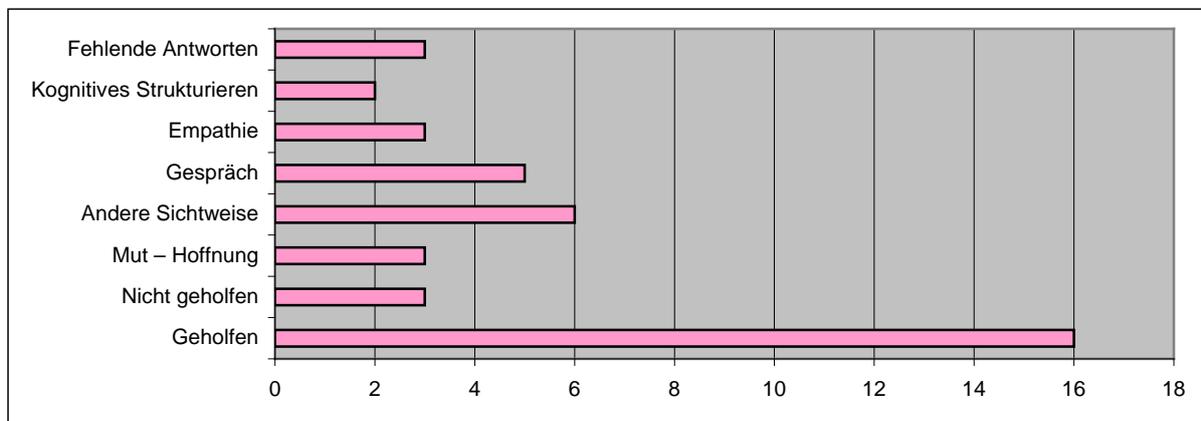


Abbildung 33: Antwortkategorien der 5. und 6. qualitativen Fragen

Die 5. und die 6. Frage wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse zusammengefasst, da sich die Antworten bei diesen Fragen überschneiden haben und so Aussagen nicht genau einer Frage zuordenbar waren. Die Frage, ob die psychologische Betreuung geholfen hat, bejahten 16 Personen und 3 verneinten sie. Auch 4 von 9 Patientinnen mit nur einem klinisch-psychologischen Gespräch haben dieses als hilfreich empfunden, wobei 3 von dieser Gruppe diese qualitative Frage nicht beantwortet haben. Insgesamt 6 Patientinnen meinten, dass sie durch die psychologische Unterstützung eine *andere Sichtweise* erlangten und dies für sie sehr hilfreich war. Diese Kategorie beinhaltet zu einer anderen Sicht in verschiedenen Situationen

hingeführt zu werden, eine andere Sichtweise über Krebs zu bekommen, Neuorientierung und Möglichkeiten zum Umgang mit bestimmten Dingen und Situationen in der Zukunft aufgezeigt zu bekommen oder auch einen klareren Blick für das Wesentliche zu finden. Für 5 befragte Patientinnen war v.a. das *Gespräch* an sich hilfreich. Einerseits nannten sie den Austausch und das Gespräch mit einer Fachfrau, andererseits auch die ganze Behandlung. Je 3 Personen profitierten von der psychologischen Betreuung durch neuen Mut und Hoffnung und durch die Empathie, die ihnen entgegengebracht wurde. Unter neue *Mut und Hoffnung* fällt die Hoffnung auf Gesundung, mehr Lebensmut, Kraft und Mut durch die Psychologin erhalten zu haben. Der Bereich *Empathie* wurde aus folgenden Aussagen zusammengefasst: Einfühlsamkeit, Zuhören und geschützter Bereich für Aussprache. Zwei Patientinnen nannten die *kognitive Strukturierung* durch Zusammenfassungen, Stellen von gezielten Fragen oder Klären von Fragen und Vermutungen als psychologische Hilfe während ihrer Brustkrebserkrankung.

Drei von 23 Patientinnen, die in der Versuchsgruppe waren und deshalb Kontakt zu einer klinischen Psychologin hatten, beantworteten diese Frage nicht. Alle 3 haben nur ein klinisch-psychologisches Gespräch in Anspruch genommen,

Die 7. *Frage* wurde für die Zuteilung zur Versuchs- und Kontrollgruppe verwendet und bei der Versuchsgruppe wurde hier von den Patientinnen ausgefüllt, wie viele klinisch-psychologische Gespräche sie in Anspruch genommen haben. Die Übersicht über die Anzahl der klinisch-psychologischen Gespräche befindet sich in Kapitel 7.1.3.

Die 8. (*Warum haben Sie genau diese Behandlung in Anspruch genommen und warum die anderen nicht?*) und 9. *Frage* (*Wie hat Ihnen die medizinische Behandlung geholfen?*) wurden in der qualitativen Inhaltsanalyse nicht beachtet, da die Fragen meist unverständlich beantwortet wurden und auch 19 befragte Patientinnen diese beiden Fragen nicht beantworteten. Einige haben diese Fragen nur auf die medizinische Behandlung und da teilweise auch nicht nur auf die Strahlentherapie, und andere nur auf die klinisch-psychologische Betreuung bezogen. Es war daher schwer diese Antworten genau zu analysieren und zu trennen und deshalb wurden sie bei der vorliegenden Diplomarbeit nicht bewertet.

10. Frage: Welche Nebenwirkungen haben Sie aufgrund der medizinischen Betreuung?

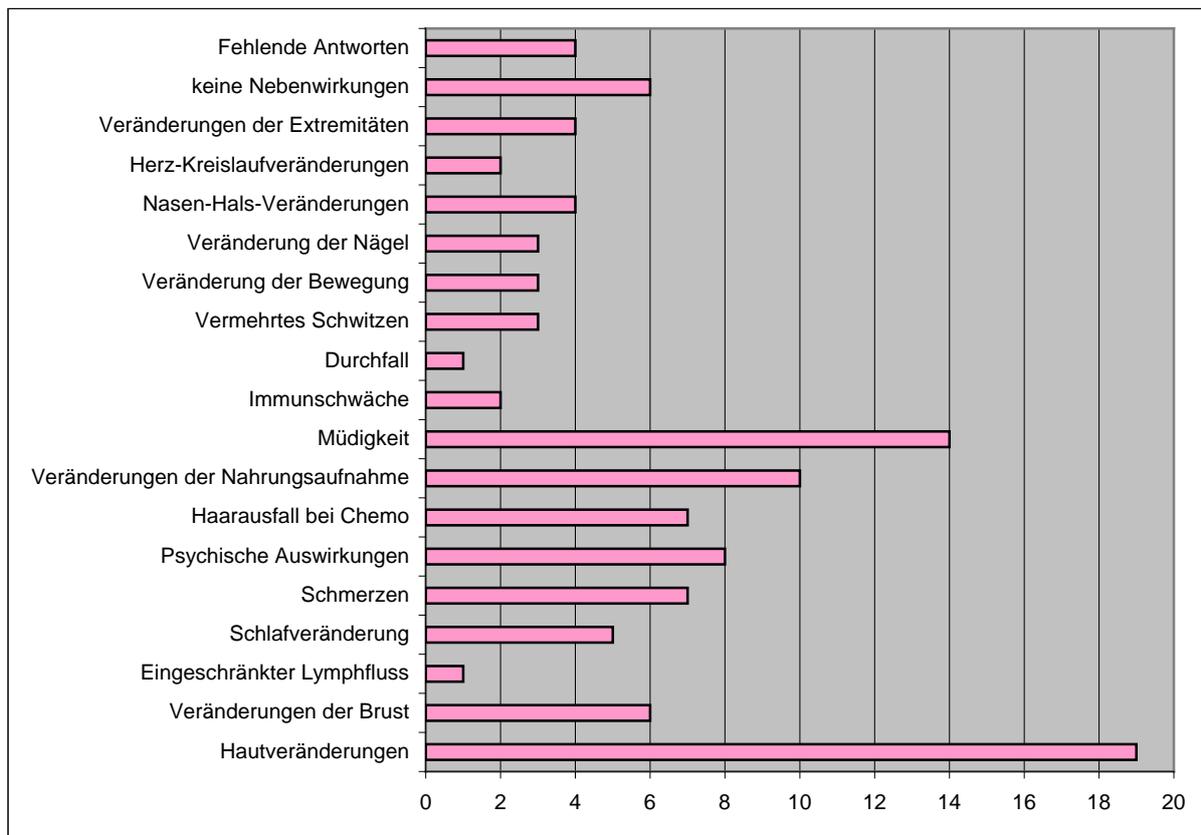


Abbildung 34: Antwortkategorien der 10. qualitativen Frage

Bei der Frage nach den Nebenwirkungen aufgrund der medizinischen Behandlung ist von den Patientinnen uneinheitlich geantwortet worden. Manche haben offensichtlich nur die Strahlentherapie als medizinische Behandlung gesehen, andere wiederum haben alle bisherigen medizinischen Therapien miteinbezogen, also auch die Chemotherapie oder Hormontherapie. Die Autorin der Studie versuchte eine Abgrenzung zwischen den verschiedenen Therapien zu finden, jedoch sind die Grenzen zwischen den Nebenwirkungen oft fließend. Zuerst werden jedoch die Antworten, die klar als Nebenwirkungen der Strahlentherapie gesehen werden, zusammengefasst.

Die häufigst genannte Nebenwirkungen und klar auf die Strahlentherapie bezogene sind unter der Kategorie *Hautveränderungen* zusammengefasst. Insgesamt nannten 19 Patientinnen diese Beschwerde und darunter sind verbrannte, offene Stellen, Verbrennungen, Verfärbungen, Trockenheit der Haut, Hautrötungen und Hautausschläge zu zählen. Die zweithäufigste Antwort, mit 14 Erwähnungen, war die *Müdigkeit*, welche sich zur Strahlen- und Chemotherapie zuordnen lässt. Eine weitere, klar bei der Strahlentherapie vorkommende Nebenwirkung ist die *Veränderung der Brust*. Darunter versteht man eine Schwellung, Spannungsgefühl, Juckreiz oder eine Empfindlichkeit der Brust.

Alle anderen Nebenwirkungen lassen sich nicht eindeutig der strahlentherapeutischen Behandlung zuweisen und werden nun nach der Häufigkeit geordnet. Zehn Personen meinten, dass die medizinische Behandlung eine *veränderte Nahrungsaufnahme* bei ihnen verursachte. Dies reicht von einer Appetitlosigkeit über Gewichtsverlust, Übelkeit bis hin zu Heißhunger und Gewichtszunahme. Die nächst häufigere Antwort mit 8 Nennungen waren *psychische Auswirkungen*, wie Ängste, Stimmungsschwankungen, Abgeschlagenheit, Lustlosigkeit, Energiemangel und Antriebslosigkeit. Je 7 Patientinnen hatten *Schmerzen* in unterschiedlichen Körperteilen (Brust, Bauch, Bein, Leber, Niere) und *Haarausfall* aufgrund der Chemotherapie. Fünf Personen hatten mit *Schlafveränderungen* während der medizinischen Therapie zu kämpfen, worunter Schlaflosigkeit und Schlafstörungen fallen. *Veränderungen an Nasen und Hals*, wie Schluckbeschwerden, Schleim im Hals oder veränderter Geruchssinn, und *Veränderungen der Extremitäten*, wie heiße Fußsohlen oder Kribbeln in den Armen und Beinen, beschrieben je 4 befragte Frauen als medizinische Nebenwirkung. Drei Patientinnen nannten *Veränderungen der Nägel* durch Verformung oder Ablösung und 3 *vermehrtes Schwitzen* als Begleiterscheinung der Therapien. Weitere 3 meinten, dass es zu einer *Veränderung ihrer Bewegung* durch schwache Muskeln, körperliche Einschränkung oder Schmerzen kam. Je zwei befragte Brustkrebspatientinnen meinten, dass sie durch die medizinische Therapie eine *Immunschwäche* oder *Herz-Kreislaufveränderungen* mit Kreislaufbelastungen und Herzbeschwerden bekommen haben. *Durchfall* und *eingeschränkter Lymphfluss* nannte je eine Person als Nebenwirkung. Insgesamt 4 Patientinnen beantworteten die Frage nach den medizinischen Nebenwirkungen nicht und 6 meinten, dass sie *keine Nebenwirkungen* durch die medizinischen Therapien haben.

11. Frage: Gabe es außerhalb des Krankenhauses aus noch andere Hilfen/Unterstützungen für Sie?

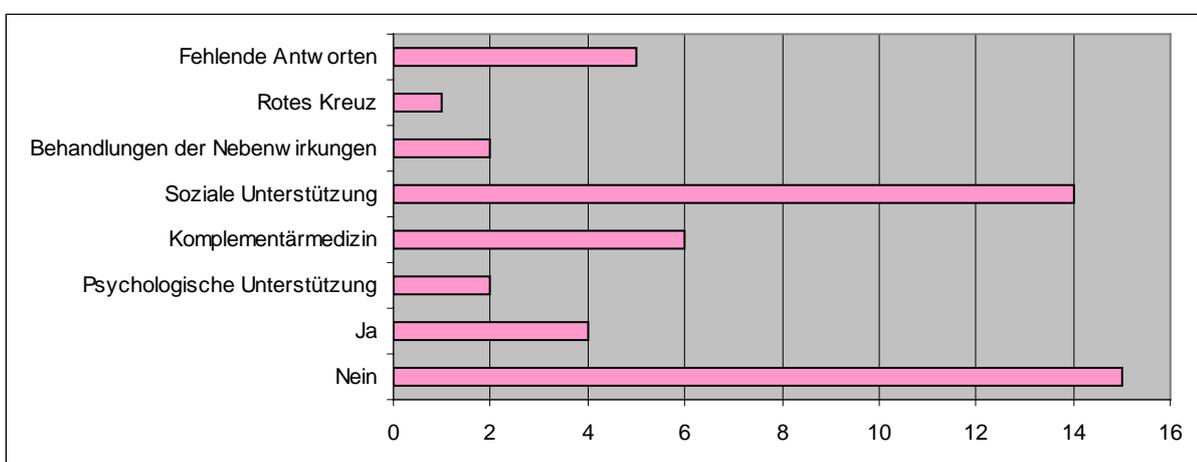


Abbildung 35: Antwortkategorien der 11. qualitativen Frage

Auf die Frage nach einer weiteren Unterstützung außerhalb des Krankenhauses antworteten 5 von insgesamt 46 befragten Patientinnen nicht. Fünfzehn meinten, dass sie keine anderen Hilfen außerhalb des Krankenhauses bekommen und 4 bejahten die Frage nach der externen Hilfe. Insgesamt 14 Personen nannten *Soziale Unterstützung* durch den Partner, Familie, Freundinnen oder Selbsthilfegruppe bei dieser Frage. Weitere 6 Patientinnen nahmen Angebote der *Komplementärmedizin*, wie Homöopathie, Klangschalentherapie oder Kinesiologie, als externe Unterstützung in Anspruch und 2 *Psychologische Unterstützung*, wie Coaching. Bei 2 Patientinnen kam es zu einer *Behandlung der Nebenwirkungen* ihrer Erkrankung außerhalb des Krankenhauses, nämlich zu einer Lymphdrainagemassagen oder Bewegungstherapie für den Arm. Eine Person nannte das *Rote Kreuz* durch den Taxidienst zur Strahlentherapie als Hilfe außerhalb des Krankenhauses.

## **8. Interpretation und Diskussion**

### **8.1. Reliabilitätsanalyse**

Die Reliabilitätswerte des ELQs sind größtenteils über 0.8, dies lässt auf einen reliablen, also zuverlässigen Test schließen (Bortz & Döring, 2002). Nur das Cronbach Alpha bei den Faktoren *Vertrauen*, *Depressivität* und *Existenzielle Leere* ist beim 1. Erhebungszeitpunkt unter 0.8. Doch laut Mummendey und Grau (2008) sind Werte über 0.7 auch noch akzeptabel und diese konnten bei allen Faktoren berechnet werden.

Auch die meisten Werte des Cronbach Alphas beim SIRO sind über 0.8. Nur die Skalen *Partnerschaftliche Probleme* und *Strahlentherapeutische Belastung* sind zum 1. Befragungszeitpunkt unter diesem Wert, jedoch sind sie alle über 0.7 und somit laut Mummendey und Grau (2008) akzeptabel. Die hier berechneten Cronbach Alpha-Werte stimmen größtenteils mit denen von Sehlen, Fahmüller et al. (2003) überein bzw. sind teilweise sogar höher, somit ist der Test bei der vorliegenden Stichprobe zuverlässiger.

### **8.2. Vergleich zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zum 1. Erhebungszeitpunkt**

Die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse stimmen teilweise mit den Ergebnissen von DeVries et al. (1998) überein. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe im Faktor *Depressivität* gefunden werden, wobei Patientinnen, die eine psychologische Betreuung in Anspruch nehmen wollten, signifikant schlechtere Depressivitätswerte aufwiesen. Unter *Depressivität* versteht die Existenzanalyse ein fehlendes Lebensgefühl, was oft mit körperlichen Beschwerden, Druckgefühl und Gefühlen von Schuld und Belastung einhergeht (Görtz, 2007). Auch DeVries et al. (1998) fanden erhöhte Bedrücktheit bei Patientinnen mit psychotherapeutischem Betreuungswunsch oder mit Wunsch nach einer Sozialberatung. Gründe für den signifikanten Unterschied könnten sein, dass sich die belasteteren Patientinnen eine zusätzliche Unterstützung wünschen, wie die Klinische Psychologie darstellt. Faller, Ohlshausen und Flentje (2003) konnten im Gegensatz zu der hier vorliegenden Studie keine signifikanten Unterschiede in den Depressivitätswerten feststellen, jedoch ist zu beachten, dass es sich bei ihrer Erhebung um ein standardisiertes Verfahren zur Depressivitätsmessung, den HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), handelt und dass vielleicht auch deshalb die unterschiedlichen Ergebnisse zustande gekommen sind.

Auch im Faktor *Soziales Scheitern* unterschieden sich die Patientinnen mit psychologischer Betreuung zum Studienbeginn signifikant von denen ohne Betreuung, wobei wieder die Versuchsgruppe signifikant geringere, also schlechtere Werte aufwies. *Soziales Scheitern* wird als negatives Erleben von Beziehungen und somit Beziehungsverlusten und Zurückweisungen beschrieben (Görtz, 2007). DeVries et al. (1998) stellten signifikant unterschiedliche Werte bei Personen mit und ohne Wunsch nach einer psychologischen Betreuung in Bezug auf Kommunikation mit Angehörigen fest. Patientinnen, die zusätzliche Unterstützung wollten, wiesen dabei signifikant höhere und somit schlechtere Werte auf. Durch die schlechtere Kommunikation mit Angehörigen kann es auch zu einem schlechteren Erleben von Beziehungen und somit zu Zurückweisungen kommen. Die Ergebnisse von Sehlen, Hollenhorst et al. (2001) sprechen auch von signifikant erhöhten Belastungswerten in der Partnerschaft, wenn ein Betreuungswunsch bestand. Auch eine belastete Partnerschaft kann zu niedrigeren Werten im Faktor *Soziales Scheitern* führen, da die Beziehung als negativ beurteilt werden kann und es somit zu Zurückweisungen vom Partner kommen kann.

Wie auch Pouget-Schors (2009; siehe Kapitel 5.2.) beschrieb, ist bei erhöhter Angst, erhöhter Depressivität und Konflikten im familiären oder sozialen Umfeld eine psychoonkologische Intervention indiziert. Diese konnten in der vorliegenden Studie durch signifikant erhöhte Werte in den Faktoren *Depressivität* und *Soziales Scheitern* bestätigt werden. Hilfreich, um solche belasteten Patientinnen besser zu erkennen, wäre ein kurzer Screening-Fragebogen. Somit könnten die Patientinnen, bei denen ein Betreuungsbedarf vorliegt, schneller eine psychologische Intervention erhalten.

Eine mögliche Erklärung, warum Patientinnen mit höheren *Depressivitäts-* und *Soziales Scheitern*-Werten eher die psychologische Betreuung in Anspruch nehmen, ist, dass sich diese Patientinnen bei Selbstwahrnehmung von Belastungen gerade in der klinischen Psychologie Unterstützung für diese belasteten Bereiche und somit Erleichterung erhoffen.

### **8.3. Vergleich zwischen Brustkrebspatientinnen, die die Studie beendet haben und solchen, die sie nicht beendet haben**

Bei der Überprüfung, ob sich die Brustkrebspatientinnen, die die Studie vollendet haben, von denen unterscheiden, die sie nicht beendet haben, zeigten sich in keinem Faktor, weder beim ELQ noch beim SIRO, signifikante Unterschiede.

In der Studie von Johnsson et al. (2008) wurden signifikante Unterschiede zwischen der Krebskranken­gruppe, die die Studie abgeschlossen hat, und jener, die sie nicht beendet hat, entdeckt. Jene Krebspatientinnen, die die Befragungen und psychologische Betreuung nicht abgeschlossen haben, hatte signifikant niedrigere Werte in den Bereichen globaler Gesundheitsstatus, körperliche Funktion, Rollenfunktion, soziale Funktion und in einer Depressivitätssubskala. Auch die Studie von Arving (2007) hat signifikant niedrigere Werte bei Brustkrebspatientinnen, die diese Studie nicht beendet haben, im Bereich kognitive Funktion als bei Patientinnen, die die Studie abgeschlossen haben, gefunden. Im Gegensatz zu den erwähnten Studien konnten bei der vorliegenden Diplomarbeit keine signifikanten Unterschiede zwischen Patientinnen, die die Befragung beendet haben, und denen, die dies nicht gemacht haben, berechnet werden. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Frauen, die diese Studie nicht beendeten, den 2. Erhebungszeitpunkt nicht aufgrund einer schlechteren Lebensqualität nicht wahrnahmen, sondern beispielsweise wegen Zeitmangels oder Desinteresse.

#### **8.4. Haupthypothese: Die existentielle Lebensqualität verbessert sich signifikant durch die psychologische Betreuung im Vergleich zu keiner Betreuung**

Es zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen der existentiellen Lebensqualität bei der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Es konnte nur eine signifikante Verbesserung der *Existentiellen Leere* über die Zeit, also zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt, herausgefunden werden, jedoch keine signifikanten Interaktionen zwischen den beiden Gruppen.

Die Haupthypothese, dass sich die existentielle Lebensqualität durch eine psychologische Betreuung während der Strahlentherapie signifikant verbessert im Vergleich zu keiner Betreuung, kann somit nicht bestätigt werden. Jedoch konnten mittels Berechnungen von Cohen's d einige Effekte zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe festgestellt werden.

Ein Grund für die Nichtbestätigung der Haupthypothese könnte die teilweise geringe Anzahl an psychologischen Gesprächen sein, jedoch wie Powell et al. (2008) zeigten, können auch nach nur einem psychologischen Gespräch positive Effekte auftreten. Ein anderer Erklärungsansatz ist, dass die Gruppen zu klein waren, um eventuell geringe Effekte signifikant berechnen zu können oder dass der Fragebogen die Veränderungen nicht gut genug erheben und so nicht sensibel genug für die Brustkrebspopulation ist. Eine andere Möglichkeit für die Nicht-Bestätigung der Haupthypothese ist, dass die psychologische Betreuung nicht strukturiert durchgeführt wurde und deshalb bei einzelnen Patientinnen keine signifikanten Veränderungen sichtbar werden. Möglicherweise haben die einzelnen Patientinnen ganz unterschiedliche Themen mit der

betreuenden Psychologin besprochen und so lassen sich in den einzelnen Faktoren keine signifikanten Effekte berechnen, da jede Patientin in einem anderen Bereich Hilfe erfahren hat. Jedoch wollte die Autorin der Studie dieses individuelle psychologische Vorgehen, wie es im klinischen Alltag meist durchgeführt wird, überprüfen.

Im Weiteren wird das signifikante Ergebnis der beiden Gruppen im Faktor *Existentielle Leere* interpretiert, danach wird auf alle 9 ELQ-Faktoren eingegangen und es werden die berechneten Effektstärken interpretiert.

Der Faktor *Existentielle Leere* wird der 4. Grundmotivation nach Längle (2008) zugeordnet und stellt eine akute Krisenerfahrung, wie sie die Krebserkrankung sicherlich ist, dar. Darunter fallen Gefühle wie Ohnmacht, Verzweiflung oder Verlust des Bodens (Görtz, 2007). Die Werte der *Existentiellen Leere* haben sich bei den Erhebungen vom 1. zum 2. Erhebungszeitpunkt signifikant verbessert. Auch bei Berechnung der Effektstärke konnte fast ein großer Effekt zwischen Beginn und Ende der Strahlentherapie festgestellt werden. Dieser Effekt untermauert auch das signifikante Ergebnis der statistischen Berechnung und dürfte damit zusammenhängen, dass der Schock der Strahlentherapie überwunden wurde und das Beenden dieser Therapie meist auch mit dem Ende der gesamten Krebsbehandlung zusammenfällt. Es ist deshalb möglich, dass Gefühle wie Ohnmacht und Verzweiflung zu diesem Zeitpunkt nicht mehr so stark vorhanden sind, wie zu Beginn dieser Therapie. Die 4. Grundmotivation zielt auf das sinnvolle Wollen ab. Möglicherweise haben die Brustkrebspatientinnen am Ende der Strahlentherapie auch wieder konkretere Pläne und Wünsche für ihre Zukunft und somit werden Gefühle wie Bodenlosigkeit in den Hintergrund gedrängt. Jedoch konnte bei der *Existentiellen Erfüllung*, also der positiven Skala des existentiellen Wohlbefindens, keine signifikante Verbesserung festgestellt werden. Es konnten aber durch Cohen's d Effekte berechnet werden. Diese werden weiter unten erläutert.

Nun werden die einzelnen Faktoren des ELQs zwischen den beiden Gruppen beschrieben und Effektgrößen, Interpretationsvorschläge und mögliche Trends aufgezeigt.

Beim Faktor *Vertrauen* lässt sich kein Trend zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe finden. Beide Gruppen weisen in diesem Faktor ähnliche Werte zum 1. und 2. Erhebungszeitpunkt auf. Auch bei der Berechnung der Effektstärken zeigten sich bei diesem Faktor keine Effekte. Unter *Vertrauen* werden im ELQ die beiden Gegenpole Angst und Vertrauen verstanden (Görtz, 2007). Die Werte befinden sich in beiden Gruppen über die Zeit im mittleren Bereich und somit kann auch keine Verschlechterung der Ängstlichkeit, wie in anderen Studien (Sehlen, Hollenhorst et al., 2003) festgestellt werden. Mögliche Gründe für keine

Verschlechterung gibt es viele, beispielsweise könnte es sein, dass in dieser Studie durch die medizinische und strahlentherapeutische Behandlung das Vertrauen nicht erschüttert und auch die Ängstlichkeit nicht vergrößert wird. Zum Faktor *Vertrauen* wird auch die Frage 60 (die Angst, ernsthaft krank zu sein) gezählt. Hinsichtlich des statistischen Vergleichs zwischen den Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede entdeckt werden. Beim statistischen Vergleich vom Unterschied zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt konnte eine Signifikanz herausgefunden werden. Das bedeutet, dass die Patientinnen zu Beginn der Strahlentherapie signifikant öfter Angst bzw. das Gefühl hatten, ernsthaft krank zu sein, als am Ende. Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass am Ende der Strahlentherapie meist auch die gesamte Krebsbehandlung abgeschlossen ist und sich so die Patientinnen gesünder fühlen und damit weniger Angst vor dem ernsthaften Kranksein haben. Beim Vergleich zwischen den Mittelwerten bei allen Items ist zu erkennen, dass im Mittel diese Frage am niedrigsten, also mit den schlechtesten Werten, beantwortet wurde. Sicher ist dies bei einer so schweren Krankheit wie Brustkrebs zu erwarten.

Der zweite Faktor *Positives Lebensgefühl*, kurz Lebensgefühl, zeigt auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und während der Bestrahlungszeit. Jedoch gibt es bei der Ansicht der Effekte in diesem Faktor kleine bis fast mittlere Effekte über die Zeit und zwischen den Gruppen. Die Werte der Versuchsgruppe bleiben über die Zeit fast gleich, die der Kontrollgruppe verschlechtern sich, wobei die Kontrollgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkte bessere Werte aufweist. Unter *Lebensgefühl* wird das Leben-Mögen, also die 2. Grundmotivation verstanden. Voraussetzungen dafür sind Beziehungen, Zeit und Nähe (Längle, 2008). Möglicherweise gibt es einen kleinen bis fast mittleren Effekt zwischen den beiden Gruppen, weil Patientinnen der Versuchsgruppe durch das psychologische Gespräch Beziehung, Zeit und Nähe erleben können und sich so angenommen fühlen. Jedoch haben die Patientinnen der Kontrollgruppe einen höheren Mittelwert beim *Lebensgefühl*, was wieder darauf schließen lässt, dass sich die Patientinnen zu Beginn der Strahlentherapie in ihrem Grundwert weniger belastet fühlten und vielleicht gerade deshalb keine psychologische Betreuung in Anspruch nahmen. Dass es einen kleinen bis mittleren Effekt über die Strahlentherapiezeit gibt, ist nicht weiter verwunderlich. Die Mittelwerte fallen über die Zeit ab und verschlechtern sich somit. Dies spiegelt einen Wandel während der strahlentherapeutischen Behandlung wider. Zu Beginn der Radiotherapie sind meist schon einige Therapiearten, wie Chemotherapien und Operation, durchgeführt worden. Die Strahlentherapie stellt die Vollendung der therapeutischen Maßnahmen dar. Möglicherweise ist am Anfang die Euphorie und somit die Beziehung zu sich selbst und die Liebe zum Leben nach den anderen Therapien wieder vorhanden, da es sich um

die letzte Therapiemaßnahme vor einer möglichen Genesung handelt. Jedoch kann es sein, dass zwischen Beginn und Ende der Strahlentherapie diese Nähe zu sich selbst durch die anstrengende und kräfteaubende Behandlung verloren geht und somit auch das *positive Lebensgefühl*. Außerdem kommt es durch die täglichen Fahrten zur Bestrahlung auch zu einem erhöhten Zeitaufwand und somit ist es auch möglich, dass die Zeit für die Patientin selbst auf der Strecke bleibt und durch die möglichen Nebenwirkungen der Strahlentherapie, wie Müdigkeit, auch die Vitalität verloren geht. Dies zeigt sich dann eben durch den kleinen bis mittleren Effekt über die Zeit der Strahlentherapie im Faktor *positives Lebensgefühl*. Bei diesem Faktor wird auch eine Frage näher beleuchtet, nämlich Frage 18 – das Gefühl Frau zu sein. Hier konnten bei statistischen Berechnungen weder Unterschiede zwischen den Gruppen noch über die Zeit erkannt werden. Im Weiteren wurde die Frage bei allen Patientinnen im mittleren Wertebereich beantwortet. Diese Frage hätte jedoch in Bezug auf die weibliche Identität negative Auswirkungen aufzeigen können. Gerade bei einer Brustkrebskrankung könnte das Gefühl des Frauseins durch Operationen an der Brust und durch die Erkrankung selbst verändert werden, jedoch ist dies durch die Beantwortung für diese Studie nicht erkennbar.

Auch beim Faktor *Depressivität*, also beim Druckgefühl und den Gefühlen von Schuld und Belastung (Görtz, 2007), konnten keine signifikanten Verbesserungen in der Versuchsgruppe festgestellt werden. Jedoch konnten signifikante Unterschiede zu Beginn der Strahlentherapie zwischen den Gruppen herausgefunden werden. Die Mittelwerte der beiden Gruppen bleiben bei diesem Faktor relativ konstant und auch die Effektstärken gehen von keinen Effekten über die Zeit und zwischen den beiden Gruppen aus. Auch Schou et al. (2008) konnten keine signifikante Verbesserung bei den Depressivitätswerten bei Brustkrebspatientinnen nach einer psychosozialen Intervention feststellen. Hingegen Marchioro et al. (1996) konnten durch eine kognitive Einzeltherapie mit einer Psychologin signifikante Verbesserungen der Depressivität feststellen, jedoch wurden hier wöchentliche Sitzungen mit Analyse der Depressivität und mit möglicher Hilfe bei erhöhten Depressivitätswerten durchgeführt. Zusätzlich hatten die Patientinnen auch die Möglichkeit für eine familiäre Beratung. Bei der hier vorliegenden Diplomarbeit war die Studienzeit zu kurz, um eine so ausführliche psychologische Betreuung anzubieten. Möglicherweise ist dies auch ein Grund für keine sichtbare Besserung und für keine Effekte der Depressivitätswerte im ELQ. Gründe könnten einerseits die niedrigen Frequenz der Gespräche sein und andererseits, dass sich die Effekte vielleicht erst zu einem späteren Zeitpunkt zeigen und nicht gleich am Ende der Strahlentherapie, also zwischen 3 und 6 Wochen nach dem 1. Erhebungszeitpunkt. Außerdem könnte es sein, dass bei der psychologischen Behandlung das

Thema ‚Depressivität‘ zu wenig im Fokus stand, auch aufgrund der wenigen Betreuungseinheiten, und so konnten sich keine Verbesserungen in diesem Bereich ergeben.

Der Faktor *Beziehungserleben* zeigt auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen und über die Zeit. Jedoch können bei den Effektstärken über die Zeit und zwischen den Gruppen kleine bis fast mittlere Effekte festgestellt werden. *Beziehungserleben* findet durch Identitätsfindung in Beziehungen statt (Görtz, 2007). Der kleine bis fast mittlere Effekt im *Beziehungserleben* zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt zeigt einen Abfall und somit eine Verschlechterung während der Therapiezeit. Auch hier kann es durch die kräfteaubende und zeitaufwendige Therapie zu einem verschlechterten Erleben von Beziehungen kommen und somit können sich die Patientinnen in Beziehung selbst schlechter erleben. Zwischen den Gruppen konnte mittels Cohen's d ein kleiner Effekt festgestellt werden, wobei die Versuchsgruppe schlechtere Werte als die Kontrollgruppe zu Beginn aufweisen. Jedoch bleibt das *Beziehungserleben* bei der Versuchsgruppe annähernd gleich, bei der Kontrollgruppe nimmt es ab. Möglicherweise kommt dieser kleine Effekt durch die Unterstützung aufgrund der klinischen Psychologie zustande, da Patientinnen in der psychologischen Intervention eine positive Beziehung zur Psychologin erleben. So können sie sich selbst in dieser Interaktion spüren und ihre Identität finden. Die Kontrollgruppe hingegen findet in dieser Strahlentherapiezeit vielleicht keine so positiven Beziehungen wie die Versuchsgruppe in dem Patientin-Psychologin-Kontakt. Wobei zu beachten ist, dass die Versuchsgruppe zu beiden Zeitpunkten ein besseres *Beziehungserleben* aufweist und sich somit von Anfang an besser in Beziehungen finden kann und so die eigene Identität erleben kann. Möglicherweise wollte diese Gruppe genau deshalb keine klinisch-psychologische Betreuung in Anspruch nehmen.

Beim *Sozialen Scheitern*, also dem negativen Faktor des Beziehungserlebens, konnte auch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe während der Strahlentherapie festgestellt werden, jedoch ein signifikanter Unterschied zu Beginn der Strahlentherapie. Interpretiert wurde dieses Ergebnis bereits unter Punkt 8.2. Bei den Effektstärken konnte zwischen den beiden Gruppen ein geringer mittlerer Effekt erkannt werden. Die Versuchsgruppe hatte zu Beginn einen signifikant niedrigeren Wert, jedoch bei Betrachtung der Mittelwerte verbesserte sich dieser über die Zeit – bei der Kontrollgruppe blieb der Faktor über die Zeit relativ stabil, aber dennoch auf einem besseren Niveau. Unter *Sozialem Scheitern* werden Zurückweisungen, Beziehungsverluste und damit entstandene Enttäuschungen verstanden (Görtz, 2008). Möglicherweise kommt es durch die psychologische Betreuung zu einem positiven Beziehungserleben und somit zu weniger Enttäuschungen in zwischenmenschlichen Beziehungen und dadurch zu einem kleinen Effekt zwischen den

Gruppen. Auch durch die psychologische Betreuung kommt es zu weniger Zurückweisungen, da die Psychologinnen empathisch und verständnisvoll mit den Patientinnen arbeiten und sie nicht mit ihren Anliegen alleine lassen. Somit kann der kleine Effekt im Faktor *Soziales Scheitern* auf das mögliche Fehlen von negativen Beziehungen bei der Versuchsgruppe zurückgeführt werden.

Unter *Personaler Aktivität* wird verstanden, dass der Mensch sein Leben und seine Zukunft selbst gestaltet und Schwierigkeiten aktiv bewältigt (Görtz, 2007). Auch in diesem Faktor konnten keine signifikanten Unterschiede von Beginn bis zum Ende der Strahlentherapie festgestellt werden und auch nicht zwischen den Gruppen. Jedoch konnte ein kleiner bis fast mittlerer Effekt mittels Cohen's d in diesem Faktor zwischen den Gruppen festgestellt werden. Mögliche Ursachen für den kleinen Effekt sind, dass die Patientinnen mit psychologischer Betreuung zu einer aktiven Gestaltung ihres Lebens und ihrer Zukunft angeleitet und ermutigt werden. Bei der Versuchsgruppe steigt der Wert im Faktor *Personale Aktivität* an und im Gegensatz dazu fällt dieser in der Kontrollgruppe, wobei die Werte der Kontrollgruppe zu beiden Zeitpunkten höher und somit besser sind. Dieser kleine Effekt zwischen den Gruppen kann durch die aktive Bewältigung der Krankheit mit Hilfe der Psychologinnen zustande gekommen sein, weil eventuell genau dieser Aspekt bei der psychologischen Betreuung im Mittelpunkt steht. Möglicherweise können die Patientinnen ohne externe, psychologische Unterstützung die Schwierigkeiten der Krankheit nicht so gut bewältigen und verspüren über die Therapiezeit zunehmend weniger Gefühle von Freude, Zuversicht und Optimismus.

Auch in *Personaler Passivität* konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, jedoch lässt sich bei der Effektstärkenbetrachtung ein kleiner Effekt über die Zeit feststellen. Das Erleben von Sinnlosigkeit und Leere, was laut Görtz (2007) unter *Personale Passivität* verstanden wird, kann sich durch das Ende der Behandlung ein klein wenig verbessert haben. Möglicherweise ist durch das Beenden der Therapie das ziellose Suchen nach Zuversicht und Optimismus vorbei und somit verspüren die Patientinnen nicht mehr so viel Einsamkeit und Leere in ihrem Leben. Außerdem können sie durch das Ende der therapeutischen Maßnahmen auch das Gefühl der Sinnlosigkeit in ihrem Leben positiv verändern und somit die aktive Gestaltung der Zukunft beginnen.

Bei der *Existentiellen Erfüllung*, was durch seltene Glücksmomente beschrieben wird (Görtz, 2007), konnten auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen während der Strahlentherapie festgestellt werden. Bei Betrachtung der Effektstärken lassen sich zwischen den Gruppen kleine Effekte erkennen. Bei den Mittelwerten kann man relativ stabile Werte zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt bei der Versuchsgruppe erkennen, bei der Kontrollgruppe

hingegen sinken diese von Beginn bis zum Ende der Strahlentherapie, wobei sich die Werte der Kontrollgruppe denen der Versuchsgruppe anpassen. Die Personen der Versuchsgruppen können vielleicht durch die psychologische Intervention mehr Leichtigkeit verspüren und sich besser als Ganzes erleben. Außerdem können sie durch die Psychologie einen Wert und einen Sinn in ihrem Leben neu erfahren. Möglicherweise sinken die Werte der Kontrollgruppe, da sie Erfahrungen der Leichtigkeit und des Ganzheitserlebens (Görtz, 2008) während der Strahlentherapie missen. Der kleine Effekt über die Zeit ist eine Verschlechterung der *Existentiellen Erfüllung* von Beginn bis zum Ende der Strahlentherapie. Möglicherweise ist wieder das Fehlen von Momenten der Leichtigkeit während der strahlentherapeutischen Behandlung für dieses Absinken verantwortlich.

Die Interpretation zum Faktor *Existentielle Leere* wurde bereits zu Beginn dieses Abschnitts durchgeführt.

Beim *ersten Globalfaktor* des ELQs, also der allgemeinen Frage nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, konnte zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe ein kleiner Effekt festgestellt werden. Auch beim *zweiten Globalfaktor* konnte ein kleiner bis fast mittlerer Effekt zwischen Patientinnen mit und ohne psychologische Betreuung berechnet werden. Dieser zweite Globalfaktor erhebt das Glückliche im Leben. Bei beiden Globalfaktoren verbessern sich die Werte der Versuchsgruppe vom Beginn bis zum Ende der Strahlentherapie, bei der Kontrollgruppe verschlechtern sich diese, wobei sie trotzdem noch auf einem höheren Niveau liegen. Möglicherweise verbessern sich die Zufriedenheits- und Glücklicheinswerte bei den Patientinnen mit psychologischer Unterstützung durch die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit und den damit verbundenen Schwierigkeiten. Patientinnen mit einer klinisch-psychologischen Betreuung können vielleicht auch besser ihr zukünftiges Leben planen und sehen so auch alternative Perspektiven in Bezug auf ihre Situation besser, wie auch in der qualitativen Befragung von einigen Patientinnen betont wurde. Im *dritten Globalfaktor*, dem persönlichen Wohlbefinden, konnten weder über die Zeit, noch zwischen den Gruppen Effekte festgestellt werden.

#### **8.6. Nebenhypothese: Die krankheitsspezifische Lebensqualität verbessert sich signifikant durch die psychologische Betreuung im Vergleich zu keiner Betreuung**

Die Nebenhypothese, nämlich dass es eine signifikante Verbesserung der krankheitsspezifischen Lebensqualität durch die psychologische Betreuung gibt, muss auch verworfen werden. Es kommt wieder zu keiner signifikanten Verbesserung innerhalb der Versuchsgruppe. Jedoch gibt

es im Faktor *Informationsdefizit* einen kleinen bis mittleren Effekt zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe.

Im Weiteren werden die signifikanten Ergebnisse des SIROs interpretiert und anschließend mögliche Trends zwischen den beiden Gruppen aufgestellt und erklärt und der Effekt aufgrund der Berechnung von Cohen's *d* interpretiert.

Durch einen parameterfreien Test konnte eine signifikante Verschlechterung der *Partnerschaftlichen Probleme* zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt berechnet werden. Diese signifikante Verschlechterung geht teilweise konform mit der Literatur und auch bei der Effektstärke sieht man einen sehr großen negativen Effekt über die Zeit. Unter *Partnerschaftlichen Problemen* sind beim SIRO zwei Fragen zum Thema Sexualität zusammengefasst. Barin und Mondin (1997) haben beispielsweise herausgefunden, dass 6% der Brustkrebspatientinnen nach der Strahlentherapie unter sexuellen Dysfunktionen leiden. Auch viele Partner, wie Henson (2002) beschrieb, nehmen sich in ihren sexuellen Wünschen zurück. Dies führt möglicherweise zu einer Verschlechterung der partnerschaftlichen Beziehung. Andere mögliche Gründe, warum sich während der Strahlentherapie diese Situation verschlechtert, können, wie Barni und Mondin (1997) berichteten, die Sorge der Patientinnen um die eigene Gesundheit sein oder auch mit der täglichen Therapie und somit den täglichen Krankenhausbesuchen einhergehen. Auch eine nicht zufrieden stellende Kommunikation zwischen den Partnern während der Behandlungszeit könnte zu einer Verschlechterung der Beziehung führen. Zwischen den Gruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede und auch keine Effekte. Rowland et al. (2009) konnten hingegen in ihrer Studie mit Brustkrebspatientinnen Besserungen der Partnerbeziehung und Kommunikation mit dem Partner und auch eine Steigerung der sexuellen Zufriedenheit feststellen, jedoch konnten auch die Ergebnisse nicht statistisch bestätigt werden. Hier wurde aber eine 6-wöchige psychoedukative Gruppenintervention mit speziellem Augenmerk auf Intimität und Partnerkommunikation durchgeführt. Möglicherweise wäre es für ein psychologische Intervention wichtig diese Themen direkt anzusprechen, jedoch konnten auch Rowland et al. (2009) bei dieser spezifischen Intervention keine statistisch signifikanten Verbesserungen feststellen.

Dass sich der *SIRO-Globalfaktor* während der Strahlentherapie signifikant verschlechtert und sich somit die gesamte krankheitsspezifische Lebensqualität bei beiden Gruppen verschlechtert hat, geht mit der Studie von Sehlen et al. (2003) konform. Auch bei dieser verschlechtern sich einige Werte über die Zeit der Strahlentherapie signifikant. Dieses signifikante Ergebnis wird auch durch die Effektstärke im Globalfaktor über die Zeit bestätigt. Diese befindet sich im oberen

mittleren Bereich. Unter den *SIRO-Globalfaktor* fallen alle Skalen des SIROs, also partnerschaftliche Probleme, psychophysische Belastungen, Informationsdefizit und strahlentherapeutische Belastungen. Mögliche Ursachen für die Verschlechterung könnten die Nebenwirkungen der Therapie, wie Energiemangel, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, welche bei der qualitativen Erhebung genannt wurden, sein und auch die Belastungen, die durch die täglichen Fahrten ins Krankenhaus auf die Patientinnen zukommen. Ein Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe konnte weder mittels Signifikanztest noch mittels Effektstärkenberechnung festgestellt werden.

Bei den *Psychophysischen Belastungen* konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe über die Zeit berechnet werden. Bei der Betrachtung der Mittelwerte fällt jedoch auf, dass die *Psychophysischen Belastungswerte* die höchsten Scores aller SIRO-Skalen bilden und somit die höchste Belastung für die Patientinnen während der Strahlentherapie darstellen. Diese relativ hohen Werte sind auch in anderen Studien (Sehlen et al., 2003) zu finden. Unter die *Psychophysischen Belastungsskalen* fallen Bereiche wie Ängstlichkeit, Angespanntheit, Niedergeschlagenheit, depressive Verstimmung oder geringere Leistungsfähigkeit als vor der Erkrankung. Bei den Effektstärken kann man über die Zeit einen fast mittleren Effekt erkennen. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, weil sich verständlicherweise durch die Therapie Gefühle von Angespanntheit und Niedergeschlagenheit vermehren und sich die Leistungsfähigkeit verschlechtert. Die möglichen Nebenwirkungen der Strahlentherapie spiegeln sich in diesem Faktor wider. Diese Veränderungen während der Strahlentherapie gehen auch mit der Studie von Sehlen et al. (2003) konform. Durch die tägliche Therapie, die mögliche Anstrengung dabei und die strahlentherapeutischen Nebenwirkungen können zu einer Steigerung der depressiven Verstimmung, Ängstlichkeit und Angespanntheit führen. Jedoch konnten keine signifikanten Unterschiede und auch keine Effekte zwischen den Gruppen festgestellt werden. Möglicherweise lindert die psychologische Betreuung die Nebenwirkungen der Strahlentherapie nicht oder nimmt vielleicht zu wenig Bezug auf diese bzw. werden die Nebenwirkungen nicht direkt angesprochen. Ein weiterer Grund für keinen Effekt zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe ist, dass auch einige Patientinnen der Versuchsgruppe nur wenige psychologische Gespräche oder nur ein einziges in Anspruch genommen haben. In den wenigen Kontakten ist vielleicht auch noch kein direktes Arbeiten an den strahlentherapeutischen Nebenwirkungen möglich gewesen. Hierfür würde es mehrere Gespräche brauchen. Jedoch wäre es sicher auch vorteilhaft, wenn bei der Betreuung genau auf diese Aspekte mehr Acht gegeben werden würde. Ein Entspannungstraining könnte zur Besserung von Stressfaktoren während der Therapie beitragen. Diese Art von Betreuung wird

von der Klinischen Psychologie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwester bereits angeboten, jedoch haben nur wenige Patientinnen diese Möglichkeit bei der vorliegenden Studie in Anspruch genommen. Möglicherweise wäre eine bessere Informationsgabe über das Entspannungstrainingsangebot von Vorteil.

Auch beim Faktor *Strahlentherapeutische Belastungen* gab es keine signifikante Veränderung über die Zeit oder zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis ist verwunderlich, da von einer geringeren *Strahlentherapeutischen Belastung* am Ende der Therapie ausgegangen werden kann. Auch bei den Effektstärken lassen sich keine Effekte feststellen. Mose et al. (1999) fanden beispielsweise in ihrer Studie heraus, dass 77% der von ihnen Befragten nur zu Beginn der Strahlentherapie bzw. nie Angst vor dieser Therapie hatten. Dieses konnte durch die vorliegende Studie nicht bestätigt werden.

Bei dem Faktor *Informationsdefizit* gab es weder über die Zeit noch zwischen den Gruppen signifikante Veränderungen. Bei Mose et al. (1999) fühlte sich die Mehrheit der Patienten gut über die Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen aufgeklärt. Auch bei der vorliegenden Studie fühlten sich die Patientinnen am wenigsten durch *Informationsdefizite* belastet. Das lässt auf eine gute Aufklärung über die Strahlentherapie, ihre Nebenwirkungen und über Unterstützungsmöglichkeiten während dieser Behandlung schließen. Außerdem führt eine gute Informationsgabe, laut Mills und Sullivan (1999), zu einem besseren Kontrollgewinn, zu einer Angstreduktion und zu einer Complianceverbesserung. Diese Faktoren sind für die betroffenen Patientinnen natürlich wünschenswert. Mehnert und Koch (2008) konnten jedoch in ihrer Studie feststellen, dass sich 56% der Befragten über mögliche Unterstützungsangebote zu wenig informiert fühlen. Sehlen, Hollenhorst et al. (2003) fanden auch heraus, dass sich über die Radiotherapiezeit das Informationsdefizit erhöht. Auch bei Betrachtung der Effektstärken lassen sich diese Ergebnisse bestätigen, da es über die Zeit und zwischen den Gruppen zu negativen, kleinen bis fast mittleren Effekten kommt. Der Effekt über die Zeit ist fast im mittleren Bereich, somit fühlen sich die Patientinnen am Ende der Strahlentherapie durch das *Informationsdefizit* mehr belastet als zu Beginn. Möglicherweise vermissen manche Patientinnen am Ende der Strahlentherapie die Betreuungsmöglichkeiten und die Informationen über die Behandlung und deshalb kommt es zu einer Verschlechterung im Faktor *Informationsdefizit*. Weiters konnte zwischen den Gruppen ein kleiner Effekt festgestellt werden, wobei sich die Kontrollgruppe zu Beginn der Radiotherapie weniger durch das *Informationsdefizit* belastet fühlte. Diese Werte verschlechtern sich jedoch über die Behandlungszeit und passen sich so denen der Versuchsgruppe an. Die Belastung der Versuchsgruppe durch das *Informationsdefizit* bleibt relativ konstant. Erklärungen, warum sich die Kontrollgruppe verschlechtert, könnten sein, dass

sie sich weniger gut über die Betreuungsmöglichkeiten informiert fühlen, weil sie zusätzliche Betreuung missen, und andererseits die Versuchsgruppe sich allgemein durch die psychologische Betreuung besser informiert über die Krankheit, Behandlung und Unterstützungsmöglichkeiten vorkommt, weil sie mehr Ansprechpartner im Krankenhaus hat als die Kontrollgruppe.

## **8.7. Qualitative Befragung**

Die Interpretation und Diskussion der qualitativen Erhebung wird getrennt nach den Fragen im folgenden Kapitel dargestellt.

### 8.7.1. Frage 1: Worauf können Sie in Ihrem Leben bauen? Was gibt Ihnen Halt?

Wie bereits unter 7.3.3. erwähnt, zielt die erste Frage auf die 1. Grundmotivation nach Längle (2008) ab. Bei dieser Grundmotivation geht es um Halt, Schutz und Raum, damit die eigenen Fähigkeiten erkannt und wahrgenommen werden können und so ein eigenes Dasein möglich ist (Längle, 2008). Die meisten Patientinnen nannten bei dieser Frage nach dem Halt in ihrem Leben ihre Familien, ihren Partner und ihre Kinder, aber auch das soziale Netzwerk außerhalb der Familie stellt für viele Frauen mit Brustkrebs einen wichtigen „Boden“ ihrer Existenz dar. Für die Patientinnen sind also in der erschütternden Situation ihrer Erkrankung Beziehungen zu anderen Menschen das, worauf sie bauen können und das, was ihnen in dieser Situation Halt gibt. Ihr Dasein funktioniert für sie durch Menschen, die sie umgeben und begleiten und bei denen sie sich geborgen fühlen. Die nächst häufigen Antworten betreffen den inneren Halt und die Hoffnung sowie auch den Glauben. Durch den inneren Halt und die Hoffnung z.B. noch einige Jahre zu leben, können die Patientinnen die ihnen umgebende Umwelt annehmen und auch aushalten. Aber auch der Glaube an Gott oder eine andere überirdische Macht lässt für einige die unabänderliche Situation der Brustkrebserkrankung ertragen und so zu einer Zustimmung trotz der vorhandenen Umstände kommen.

### 8.7.2. Frage 2: Was ist Ihnen jetzt im Leben wichtig? Worauf kommt es jetzt in Ihrem Leben an?

Diese Frage bezieht sich auf das Leben-Mögen und somit auf die 2. Grundmotivation nach Längle (2008). Es geht dabei vor allem darum, welche Werte im Leben einer Person eine Rolle spielen. Voraussetzungen, um das Leben zu mögen, sind einerseits Beziehungen und andererseits Nähe und Zeit (Längle, 2008). Die häufigste und so erwartete Antwort war Gesundheit. Natürlich ist während einer so schweren und lebensbedrohlichen Krankheit, wie sie Brustkrebs darstellt, der Wert der Gesundheit ein ganz zentraler. Da für viele Frauen ihre Gesundheit

sowieso ein bedeutender Wert ist, nehmen sie Stellung zu ihrer Krankheitssituation und können sich so ihrer Krankheit und ihres Lebens bewusster werden. Auch Beziehungen zu anderen Menschen, wie Partner, Familie und Freundinnen, sind bei dieser 2. Frage wesentliche Bereiche, auf die es den Patientinnen in ihrem jetzigen Leben ankommt. Voraussetzungen, um das Leben zu mögen, sind laut Längle (2008) Beziehungen und Nähe zu anderen Menschen. Die hier gegebenen Antworten spiegeln diese Voraussetzungen wider. Deshalb können die Betroffenen ihre Krankheit besser bewältigen und mit Gefühlen von Belastungen, Sehnsüchten und Depressionen besser umgehen. Weitere häufige Antworten betreffen die Nähe zu sich selbst und die Zeit für sich selbst. Dies kann durch die Kategorien positives Lebensgefühl, gute Beziehungen zu sich selbst, Schutz vor Belastungen und bewusst zu leben beschrieben werden. Es ist also nicht nur nötig gute Beziehungen zu anderen zu haben, um das Leben zu mögen, sondern auch eine gute Beziehung zu sich selbst. Erst wenn eine Person sie selbst sein kann und sich um die eigenen Bedürfnisse kümmert, kann sie sich mit Gefühlen wie Leid, Schmerz und Schwere des Lebens (Görtz, 2007) auseinandersetzen und so ihr Leben lieben.

### 8.7.3. Frage 3: Wie gehen Sie in der Situation der Brustkrebserkrankung mit sich selbst um? Wie zufrieden sind Sie mit sich?

Die 3. Frage betrifft die 3. Grundmotivation nach Längle (2008) und somit das Selbstsein-Dürfen. Hiermit wird bezweckt, dass die Patientinnen ihre Beziehung zu sich selbst beschreiben und zu ihren Bewältigungsstrategien Stellung beziehen (Görtz, 2007). Die meisten Patientinnen schreiben, dass sie mit sich in der Situation der Brustkrebserkrankung zufrieden sind. Durch die Annahme und Akzeptanz ihrer Krankheit haben sie zu ihrer Situation Stellung bezogen und sie als gegebenes Faktum in ihrem Leben angenommen. So ist es diesen Patientinnen möglich mit sich zufrieden zu sein und auch so zu sein, wie sie sein wollen. Des Weiteren werden einige Bewältigungsstrategien der Patientinnen aufgezählt. Einige schützen sich vor weiteren Belastungen, damit sie ihre Position im Leben finden und nicht durch zusätzliche Belastungen den eigenen Wert vermindern. Andere bewältigen ihre Krankheitssituation geistig, indem sie das Beste aus der Situation machen und nach Veränderungen suchen. Auch diese Beschäftigung mit dem eigenen Selbstsein führt zu einer eigenen Positionsfindung und somit zu einem zufriedeneren Leben. Weitere Möglichkeiten zur Bewältigung, die die Patientinnen anführten, sind gegen die Krankheit anzukämpfen, bewusster zu leben und mit Gelassenheit der Krankheit gegenüberzustehen. Auch bei diesen Antworten kommt es zu einem Erleben von sich selbst und somit möglicherweise zu einem erhöhten Selbstwert. Für einige Patientinnen ist jedoch diese Grundmotivation nicht erschließbar und so das Selbstsein-Dürfen nicht möglich, da sie nur an

ihre Funktionsfähigkeit denken oder die Krankheit verleugnen und somit möglicherweise unzufriedener mit ihrem Leben sind. Sie finden dann ihre eigene, authentische Position nicht und so kann es zu Gefühlen von Einsamkeit, Ruhelosigkeit und Verletzbarkeit kommen (Längle, 2008).

#### 8.7.4. Frage 4: Welche Bedeutung hat Ihre Brustkrebserkrankung auf Ihr gesamtes Leben gesehen? Wie wollen Sie Ihr Leben weiterhin gestalten?

Diese Frage zielt auf die 4. Grundmotivation nach Längle (2008) ab und möchte den Sinn des Lebens erfassen. Weiters soll die eigene Existenz in einen größeren Sinnzusammenhang eingeordnet werden, damit soll beschrieben werden, wie die Patientinnen ihre Krankheit in ihr eigenes Leben integrieren und allgemein ihr weiteres Leben ausrichten wollen. Die meisten Patientinnen möchten ihr Leben so gestalten wie bisher. Diese Antwort kann bedeuten, dass diese Patientinnen ihren Lebenssinn auch vor der Krankheit bereits gefunden hatten, oder dass sie während ihrer Krankheitssituation keinen Lebenssinn finden können und so eine innere Leere verspüren. Die nächst häufigere Antwort ist, dass die Patientinnen ihre Krankheit als Neubeginn und somit als Chance für Neues sehen. Hierbei erleben die Patientinnen einen Sinn in ihrer Krankheit und können ihr weiteres Leben als Chance für Veränderungen und für einen neuen Lebenssinn sehen. Sie können ihre Krankheit in ihr bisheriges Leben integrieren und positiv in die Zukunft schauen. Viele weitere Antworten beziehen sich auf Veränderungen, die die Patientinnen in Zukunft durchführen wollen. Beispielsweise wollen sich einige selbst Gutes tun, Belastungen abbauen, Prioritäten setzen oder positiver denken. Diese Lebensveränderungen, die das eigene Selbst betreffen, führen zu einer Integration der Krankheit ins Leben und damit zu einem sinnvollen Wollen der bevorstehenden Lebenszeit. Einige Patientinnen geben an, dass die Krankheit keine Bedeutung für ihr Leben hat bzw. dass sie die Krankheit ausschließlich als Bedrohung erleben. Das Verleugnen einer Bedeutung kann aus der übergroßen Bedrohung verstanden werden, welche die Frauen lähmt und somit eine geistig-personale Auseinandersetzung verhindert. Offenbar befinden sich diese Personen in einem Zustand der subjektiv erlebten Ausweglosigkeit, die jeglichen Blick auf die Zukunft verstellt, sodass sich auch keine sinnvollen Lebensperspektiven finden lassen.

#### 8.7.5. Frage 5 & 6: Hat Ihnen die psychologische Betreuung geholfen und was Ihnen geholfen hat?

Die meisten Patientinnen meinten, dass ihnen die psychologische Betreuung geholfen hat, auch 4 Patientinnen mit nur einem klinisch-psychologischen Gespräch. Folgende Aspekte haben die

Patientinnen bei der psychologischen Intervention als hilfreich empfunden: z.B. andere Sichtweisen über die Krankheit bekommen, hatte für viele Patientinnen eine positive Wirkung. Dies ist auch ein Ziel der psychoonkologischen Betreuung, wie in Kapitel 5.3. erwähnt, nämlich dass die Einstellung zur Krebserkrankung verändert wird. Auch neuen Mut und neue Hoffnung bekommen, zählt zu den Zielen der Betreuung und dies erwähnten die befragten Patientinnen als hilfreich. Durch eine kognitive Strukturierung durch Stellen von gezielten Fragen kann es zur Förderung der Behandlungcompliance kommen, was auch als mögliches Ziel der psychoonkologischen Betreuung gesehen wird. Die anderen erwähnten Bereiche, nämlich Empathie und das Gespräch an sich, sind Teile die, wie allgemein bewiesen ist, bei psychotherapeutischen und psychologischen Betreuungen als hilfreich empfunden werden (Eckert et al., 2006, zitiert nach Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008). Marci et al. (2007, zitiert nach Lux, 2008) meinten, dass das Fehlen der Empathie der größte Risikofaktor für einen ausbleibenden Erfolg einer Psychotherapie und somit auch psychologischen Betreuung ist.

#### 8.7.6. Frage 8: Welche Nebenwirkungen haben Sie aufgrund der medizinischen Betreuung?

Die Frage zu den Nebenwirkungen wird nicht interpretiert, da es sich dabei um eine Aufzählung dieser handelt.

#### 8.7.7. Frage 9: Gab es außerhalb des Krankenhauses auch noch andere Unterstützungen für Sie?

Die Frage zu den externen Hilfen und Unterstützungen wurde von den Patientinnen unterschiedlich aufgefasst. Einige bezogen in dieser Frage auch ihr soziales Umfeld mit ein, andere nur externe, wie komplementärmedizinische oder psychologische Institutionen.

### **8.8. Zusammenfassende Interpretation**

Die beiden Hypothesen nämlich, dass die klinisch-psychologische Betreuung eine signifikante Verbesserung auf die existentielle und krankheitsspezifische Lebensqualität während der Strahlentherapie hat, konnten nicht bestätigt werden. Jedoch konnten aufgrund der Effektstärkenberechnungen kleine bis mittlere Effekte zwischen den Gruppen in den Faktoren *Positives Lebensgefühl, Beziehungserleben, Soziales Scheitern, Personale Aktivität, Existentielle Erfüllung, Globalfaktor 1, Globalfaktor 2* und *Informationsdefizit* gezeigt werden.

Im Weiteren werden die quantitativen Ergebnisse und die qualitative Befragung mit Hilfe des Forschungsmodells von Dolbeault et al. (1999; im Kapitel 4.4.) in Bezug auf den möglichen Einfluss von psychologischer Betreuung zusammengefügt. Das Modell geht von verschiedenen

Mediating-Variablen aus, die einerseits durch Interventionen, wie die klinisch-psychologische Betreuung eine davon ist, beeinflusst werden können, andererseits sind die Variablen aber auch von der Persönlichkeit und den soziodemografischen Daten abhängig und sie wirken auf die Lebensqualität der erkrankten Person ein.

Ein vermittelnder Bereich in Bezug auf die Lebensqualität ist der persönliche. Darunter fallen beispielsweise die soziodemografischen Gegebenheiten, die durch keine Intervention verändert werden können, jedoch in der vorliegenden Diplomarbeit miteingehoben wurden. Die nächsten die Lebensqualität beeinflussenden Aspekte sind die Persönlichkeit und der Copingstil. Gerade der Copingstil kann durch psychologische Interventionen beeinflusst werden, was sich auch in der qualitativen Befragung widerspiegelt. Die Bewältigungsstrategien konnten einerseits bei der 3. Frage zur 3. Grundmotivation erhoben werden und andererseits konnten die Veränderungen durch die klinisch-psychologische Betreuung mittels der Fragen 5 und 6 gezeigt werden. Zusammenfassend haben die Patientinnen folgende Bewältigungsstrategien genannt: sich vor weiteren Belastungen zu schützen, die Krankheit geistig zu bewältigen, gegen den Brustkrebs anzukämpfen und bewusster leben zu lernen. Die Personen mit psychologischer Betreuung nannten als positive Effekte der Intervention das Erlernen von verschiedenen Bewältigungsmöglichkeiten, wie eine andere Sichtweise über die Krankheit zu bekommen oder eine kognitive Strukturierung durch gezieltes Fragen. Diese Veränderungen der Krankheitsbewältigung können zu einer besseren Lebensqualität führen, jedoch konnte dies bei der vorliegenden Diplomarbeit durch die quantitative Fragebogenerhebung nicht mittels Signifikanztests statistisch bestätigt werden. Jedoch zeigt sich im Faktor *Personale Aktivität*, der Auswirkungen der Bewältigungsstrategien beinhaltet, dass es einen kleinen bis fast mittleren Effekt zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe gibt. Somit untermauert dieses Ergebnis, dass Patientinnen mit psychologischer Betreuung ihr Leben und ihre Zukunft besser aktiv gestalten können. Dies könnte ein Effekt der psychologischen Betreuung sein, da Patientinnen im psychologischen Setting zu einer aktiven Bewältigung der Krankheit angeleitet werden und somit ihre Krankheit besser verarbeiten können. Außerdem konnte sich die Hoffnungslosigkeit der Patientinnen durch die psychologische Intervention vermindern, da sie laut qualitativer Antworten neuen Lebensmut und neue Kraft für ihr weiteres Leben erhalten haben. Durch die psychologische Betreuung konnte jedoch keine Verringerung der Depressivität und Ängstlichkeit festgestellt werden. Mögliche Interventionsmaßnahmen zur Verminderung der Ängstlichkeit und Depressivität könnten laut Tschuschke (2007) ein Entspannungstraining, eine geleitete Imagination, die Psychoedukation oder verschiedene Problemlösetechniken sein. Möglicherweise sind diese Interventionsmaßnahmen von den Psychologinnen des Krankenhauses

der Barmherzigen Schwester eingesetzt worden, jedoch durch die geringe Anzahl der psychologischen Gespräche haben diese keine Wirkung gezeigt. Es wäre auch möglich, dass auf die Bereiche Angst und Depressivität in der psychologischen Betreuung zu wenig geachtet wurde und sich deshalb keine signifikanten Effekte ergeben. Der nächste persönliche Bereich betrifft die Voreinstellungen. Diese können ebenfalls aufgrund der niedrigen psychologischen Gesprächsfrequenz nur wenig beeinflusst werden. In der vorliegenden Studie wurden keine signifikanten Veränderungen solcher Einstellungen erhoben. Auf die spirituellen und religiösen Überzeugungen wird in der vorliegenden Diplomarbeit kein Bezug genommen, wobei 6 Patientinnen bei der qualitativen Befragung meinten, dass der Glaube für sie haltgebend sei.

Als nächstes werden die medizinischen Mediating-Variablen zusammengefasst behandelt. Die globale krankheitsspezifische Lebensqualität, die Teile der medizinischen vermittelnden Variablen abbildet, verschlechtert sich während der Strahlentherapie signifikant. Es konnte also in der vorliegenden Diplomarbeit keine Verbesserung im medizinischen Bereich, wie im krankheitsbezogenen Verhalten oder Behandlungsumfeld, durch die psychologische Betreuung festgestellt werden. Möglicherweise wäre ein Effekt auch erst nach mehreren psychologischen Gesprächen feststellbar, aber viele Patientinnen nahmen bei dieser Studie nur ein Gespräch in Anspruch. Auch bei den Effektstärken und bei der Reduktion der krankheitsbedingten Symptome konnten keine Verbesserung durch die klinisch-psychologische Betreuung festgestellt werden. Auch hierfür war möglicherweise die Anzahl der psychologischen Gespräche zu gering. Vielleicht sollte auch während der psychologischen Betreuung vermehrt Augenmerk auf den Bereich der krankheitsbedingten Symptome gelegt werden. Es wäre also sinnvoll, über die Nebenerscheinungen der Krankheit und Therapie mit den Patientinnen zu sprechen und mit ihnen bessere Umgangsmöglichkeiten zu erarbeiten. Eine Möglichkeit dazu wäre, ein Entspannungstraining oder eine systematische Desensibilisierung (Tschuschke, 2007) anzubieten. Jedoch wurde in der vorliegenden Diplomarbeit nicht erhoben, ob bei den Patientinnen diese Betreuungsmaßnahmen eingesetzt wurden.

Die sozialen und unterstützenden Aspekte, die auf die Lebensqualität laut Modell von Dolbeault et al. (1999) Einfluss nehmen können, lassen sich in Familie/Freunde, soziale Ressourcen, spirituelle und religiöse Gemeinschaften und kulturelle Zugehörigkeit zusammenfassen. Im Bereich „Familie“, in den auch eine Partnerschaft fällt, konnte eine signifikante Verschlechterung der Beziehung während der Strahlentherapie festgestellt werden, jedoch gab es hier wieder keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Bei Betrachtung der Effektstärken lässt sich feststellen, dass es beim Faktor *Beziehungserleben* einen kleinen Effekt zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe gibt, wobei sich das Erleben von Beziehungen bei der

Versuchsgruppe verbessert. Dieser Effekt zeigt, dass eine psychologische Betreuung einen Einfluss auf das Wahrnehmen einer positiven zwischenmenschlichen Interaktion hat und sich somit auch auf die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen positiv auswirkt. Auch das Gefühl der negativen Beziehungen wird bei der Versuchsgruppe verbessert. Dies zeigt sich durch den kleinen bis fast mittleren Effekt im Faktor *Soziales Scheitern*. Die psychologische Intervention kann als soziale Stütze und Ressource wahrgenommen werden, dadurch kann es zu weniger Enttäuschungen und Zurückweisungen kommen. Die Patientinnen erfahren in der psychologischen Betreuung ein Angenommensein und ein Verständnis für ihre Erkrankungssituation. Genau diese Aspekte führen die Patientinnen auch bei der qualitativen Befragung an. Sie führen somit zu einem positiven Effekt der Lebensqualität durch die unterstützende Mediating-Variable. Bei der qualitativen Befragung wird auch sichtbar, dass für sehr viele Patientinnen Familie, Freundinnen und das soziale Umfeld wichtige, haltgebende Bereiche in ihrem derzeitigen Leben darstellen. Somit kann auch von einem Einfluss der familiären und freundschaftlichen Situation auf die Lebensqualität ausgegangen werden. Zum Thema „Beziehungen“ wird die Skala *Partnerschaftliche Probleme* gezählt, die sexuelle Probleme der Patientinnen erhebt. Hier konnte über die Zeit der Strahlentherapie eine signifikante Verschlechterung festgestellt werden. Dies lässt darauf schließen, dass sich die sexuellen Probleme während der Therapiezeit vergrößern, aber durch die psychologische Betreuung in dieser Studie keine Verbesserungen sichtbar waren. Genau deshalb ist es wichtig mit den Patientinnen über den für sie belastenden Bereich der Sexualität offen und sensibel zu reden und möglicherweise auch den Partner in die psychologische Betreuung mit einzubeziehen. Auf spirituelle und religiöse Gemeinschaften und kulturelle Zugehörigkeit haben psychologische Interventionen keinen Einfluss und somit wurden diese Aspekte auch nicht erhoben.

Auch auf den letzten großen vermittelnden Variablen-Komplex, den Lebensstress, worunter weitere Erkrankungen, Verluste oder anderer Stress fallen, hat die psychologische Betreuung keinen signifikanten Einfluss. Der kleine Effekt bei dem Faktor *Existenzielle Erfüllung* aber lässt darauf schließen, dass die Patientinnen der Kontrollgruppe im Gegensatz zu denen der Versuchsgruppe weniger Gefühle von Leichtigkeit erlebten. Das kann zu einem vermehrten Stresserleben führen, wie auch beim kleinen Effekt im Faktor *Personale Aktivität* zu sehen ist. Dieser lässt auf eine Stressreduktion der Patientinnen mit psychologischer Betreuung schließen, da sie ihr Leben und ihre Zukunft selbst aktiver gestalten und sich so möglicherweise vor neuen Stressfaktoren besser schützen können. Auch bei der qualitativen Befragung haben einige Patientinnen gemeint, dass sie weiteren Stress von sich abwenden und gewisse Bereiche in ihrem

Leben nicht mehr so nahe an sich herankommen lassen wollen. Dies kann einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Brustkrebspatientinnen haben.

Zusammenfassend kann durch diese Studie der mögliche, positive Einfluss der klinisch-psychologische Intervention auf die Lebensqualität statistisch signifikant nicht berechnet werden. Jedoch konnten durch die Effektstärken und qualitative Befragung einige hilfreiche Aspekte einer psychologischen Betreuung erhoben werden. Die Effektstärken zeigen in den Faktoren *Positives Lebensgefühl*, *Beziehungserleben*, *Soziales Scheitern*, *Personale Aktivität*, *Existentielle Erfüllung*, *Globalfaktor 1*, *Globalfaktor 2* und *Informationsdefizit* kleine bis mittlere Effekte der psychologischen Intervention. Somit lässt sich festhalten, dass die klinisch-psychologische Betreuung einen positiven Einfluss auf die Brustkrebspatientinnen in dieser Studie hat, auch wenn sich diese Ergebnisse mittels Signifikanztests nicht beweisen lassen. Wie das Forschungsmodell von Dolbeault et al. (1999) zeigt, nimmt eine psychologische Betreuung auf die verschiedensten Bereiche der Lebensqualität Einfluss und kann durch Berechnung der Effektstärken bewiesen werden. Mögliche Ursachen für keine statistische Signifikanz sind eine zu geringe Betreuungsfrequenz und ein zu kurzes Intervall zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt. Weitere Kritikpunkte an der vorliegenden Studie werden im nächsten Kapitel (9.) ausführlich beleuchtet.

## **9. Kritik und Ausblick**

In diesem Kapitel wird zuerst Kritik an der für diese Diplomarbeit durchgeführte Studie geübt und die dadurch resultierenden Grenzen aufgezeigt. Danach kommt es zu einer Konklusion der Diplomarbeit und zu einem Ausblick für weitere Forschungsarbeiten.

### **9.1. Kritik und Grenzen der Studie**

Watson (1987, zitiert nach Schaffner, 1994) stellte eine Art Anforderungskatalog für zukünftige Arbeiten zum Thema psychosoziale Interventionen bei onkologischen Patientinnen zusammen. Folgendes muss beachtet werden: die Notwendigkeit einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe, die Evaluation nach objektiven psychologischen Kriterien, eine voneinander unabhängige Durchführung von Interventionen und Evaluation, eine strukturierte Durchführung der Intervention und eine genaue Beschreibung der verwendeten statistischen Verfahren.

Die erste Grenze der vorliegenden Diplomarbeit ist, dass es bei dieser Arbeit zwar eine Kontrollgruppe gibt, die Patientinnen jedoch nicht randomisiert zu der Versuchs- und Kontrollgruppe zugeteilt werden konnten. Es handelt sich also um ein quasi-experimentelles Vorgehen. Eine Randomisierung der Patientinnen zu Versuchs- und Kontrollgruppe wäre aufgrund der ethischen Bedenken nicht möglich gewesen. Es hätte keiner Patientin, die eine psychologische Unterstützung wünscht, diese verwehrt werden dürfen. Im Gegensatz dazu hätte eine Patientin, die keine Unterstützung seitens der Psychologie wünscht, dieser möglicherweise wenig Positives abgewinnen können. Ein Problem ist also, dass nicht gesichert ist, ob alle Patientinnen vor der psychologischen/medizinischen Betreuung die gleiche Lebensqualität hatten. Damit dem entgegengewirkt werden konnte, fand bei der vorliegenden Studie eine Prä-Post-Testung statt. Es wurde auch versucht, diese Nicht-Randomisierung durch Überprüfung der Gruppenunterschiede beim 1. Erhebungszeitpunkt auszumerzen. Es zeigten sich hier in zwei Faktoren (Depressivität, Soziales Scheitern) signifikante Unterschiede und somit ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe, die eine psychologischen Betreuung in Anspruch nahm, und der, die dies nicht wollte.

Die Durchführung und die Evaluation der Intervention sind voneinander unabhängig abgelaufen, also ist das Kriterium von Watson (1987, zitiert nach Schaffner, 1994) erfüllt, jedoch konnte eine strukturierte Durchführung der klinisch-psychologischen Intervention nicht gewährleistet werden. Die Autorin der vorliegenden Studie wollte nicht eine experimentelle Studie durchführen, weil es ihres Erachtens im Zuge einer Diplomarbeit sehr schwierig wäre. Weiters wollte die Autorin der Studie die Klinischen und Gesundheitspsychologinnen des Krankenhauses

nicht mit Mehrarbeit belasten. Durch das unstrukturierte Vorgehen konnten keine Betreuungsziele definiert und überprüft werden. Jedoch wären dadurch möglicherweise Effekte und Signifikanzen besser sichtbar gewesen und jede Patientin hätte die gleichen hilfreichen Elemente in der klinisch-psychologischen Betreuung erfahren. Von der Autorin der Studie war es jedoch ein Ziel eine individuelle, auf jede Patientin eingehende Betreuung zu überprüfen. Viele Patientinnen nahmen nur ein einziges klinisch-psychologisches Gespräch in Anspruch, auch das stellt einen Kritikpunkt dar. Mit nur einem Psychologinnenkontakt können oftmals keine Effekte erzielt werden, da es sich um ein Erstgespräch handelt, bei dem hauptsächlich Fakten gesammelt werden und es um ein gegenseitiges Kennenlernen geht. Jedoch wurde den Patientinnen freigestellt, wie oft sie die klinisch-psychologische Betreuung in Anspruch nehmen.

Eine weitere Einschränkung der vorliegenden Studie ist, dass nur Patientinnen mit Brustkrebserkrankungen befragt wurden und so keine Verallgemeinerung auf andere Krebserkrankungen möglich ist. Der Vorteil von homogeneren Gruppen, nämlich das bessere Sichtbarmachen von Veränderungen, konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden.

Weiters ist als Kritikpunkt zu erwähnen, dass mögliche Versuchsleitereffekte vorhanden waren und sozial erwünscht geantwortet wurde. Die Autorin der Studie besuchte jede Patientin im Krankenzimmer und sprach mit ihr oft nicht nur über die Studie, sondern auch über Themen, die die Patientinnen derzeit belasteten oder die sie besprechen wollten. Viele Patientinnen nahmen dieses am-Zimmer-besucht-Werden als positives Zeichen auf und nahmen möglicherweise an der Studie der Autorin zuliebe teil. So könnte es möglich sein, dass die Patientinnen die Fragen sozial erwünscht beantwortet haben. Außerdem ist auch zu kritisieren, dass die Befragung in keiner standardisierten Umgebung stattgefunden hat. Die ersten Fragebögen wurden direkt im Krankenzimmer ausgefüllt, dort herrscht oftmals keine ruhige Atmosphäre. Die zweiten Fragebögen wurden den Patientinnen mit nach Hause gegeben, was eventuelle Störungen für die Beantwortung der Fragebögen auch nicht ausschließt.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass viele Patientinnen nur 3 Wochen bestrahlt wurden und so zwischen 1. und 2. Erhebungszeitpunkt nur diese 3 Wochen lagen. Laut Vorinformation der Autorin haben nur wenige Patientinnen eine 3-wöchige Strahlentherapie, die meisten eine 6-wöchige. Jedoch hatten bei dieser Studie mehr als die Hälfte nur 3 Wochen Bestrahlungszeit. Eine signifikante Veränderung in nur 3 Wochen durch die klinisch-psychologische Betreuung zu erzielen, ist sehr unwahrscheinlich. Hier schließt sich auch gleich der nächste Kritikpunkt an, nämlich dass es sicher vorteilhaft gewesen wäre, wenn noch ein weiterer Erhebungszeitpunkt nach der Strahlentherapie stattgefunden hätte. Möglicherweise werden die signifikant positiven

Effekte einer klinisch-psychologische Betreuung erst nach vollständiger Beendigung der Tumorbehandlung für die Patientinnen sichtbar und so in ihrer Lebensqualität manifestiert. Möglicherweise ist auch die Stichprobengröße, die die eventuell kleinen signifikant positiven Effekte einer klinisch-psychologischen Betreuung sichtbar machen soll, zu gering. Wie in Kapitel 6.7. erwähnt, kommt es durch die Berechnung von mehreren statistischen Verfahren zu einer Alpha-Fehler-Kumulierung. Diesem Kritikpunkt wird durch zusätzliche Berechnung der Effektstärken entgegengewirkt.

Weiters zu hinterfragen ist auch der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität. Möglicherweise bildet er die Lebensqualität für Krebspatientinnen nicht so gut ab. Außerdem ist eine Frage beim ELQ für Krebspatientinnen zu kritisieren, nämlich die nach dem Gefühl ernsthaft krank zu sein. Einige Patientinnen gaben bei dieser Frage durch Frage- oder Rufzeichen ihren Unmut für die Fragestellung bei ihrem Krankheitsbild an. Beim SIRO ist zu kritisieren, dass die Skala Partnerschaftliche Probleme nur aus zwei Fragen zum Thema Sexualität bestehen und sich Partnerschaft aber aus mehr Bestandteilen zusammensetzt. Außerdem ist zu erwähnen, dass die Patientinnen keine existenzanalytische Betreuung im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern erhielten. Möglicherweise lassen sich auch deshalb keine signifikanten Veränderungen im ELQ zeigen und diese wäre durch eine psychologische Intervention mit existenzanalytischer Ausrichtung möglich.

## **9.2. Konklusion und Ausblick**

Bei der Hauptfragestellung zur signifikanten Verbesserung der existentiellen Lebensqualität durch eine klinisch-psychologische Betreuung konnten keine Signifikanzen berechnet werden, auch in der Nebenfragestellung zur krankheitsspezifischen Lebensqualität nicht. Jedoch konnte durch die Berechnung der Effektstärken kleine bis mittlere Effekte zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Dies lässt drauf schließen, dass die psychologische Intervention auf einzelne Bereiche der Lebensqualität (*Positives Lebensgefühl, Beziehungserleben, Soziales Scheitern, Personale Aktivität, Existentielle Erfüllung und Informationsdefizit*) kleine bis mittlere Effekt zeigt. Zum Vergleich konnten in der Forschungsliteratur in einigen Bereichen der Lebensqualität signifikante Verbesserungen einer klinisch-psychologischen Intervention erzielt werden. Es konnten aber bei der hier vorliegende Diplomarbeit kaum signifikante Verschlechterungen der Lebensqualität während der Strahlentherapie festgestellt werden. Diese Ergebnisse sind in der Literatur teils anders beschrieben. Bei einigen Studien kommt es nämlich vom Beginn bis zum Ende der Strahlentherapie zu signifikanten Verschlechterungen in mehreren Bereichen der Lebensqualität. Bei den Effektstärken konnten auch Verschlechterungen über die Zeit festgestellt werden, v.a. im Bereich *Partnerschaftliche Probleme*.

Da es kaum Studien zum Bereich der psychologischen Betreuung während der Strahlentherapie gibt, jedoch einige über die Belastungen während dieser Zeit, wäre es wichtig, weiter auf diesem Gebiet zu forschen. Bei zukünftigen Studien sollte noch ein Erhebungszeitpunkt nach der Strahlentherapie, beispielsweise weitere 6 Wochen danach, berücksichtigt werden. Möglicherweise sind einige signifikante Verbesserungen einer psychologischen Intervention erst nach Beendigung der Krebstherapien feststellbar. Weiters wäre auch eine höhere Frequenz an klinisch-psychologischen Betreuungseinheiten notwendig, um mögliche, aber vielleicht signifikant positive Effekte sichtbar zu machen. Sicherlich wäre eine größere Stichprobe für weitere Studien vorteilhaft, um signifikante Effekte oder wenigstens Trends zu erkennen. Auch ist es für weitere Studien wichtig, Effektstärken zu berechnen, damit eine verbesserte Vergleichbarkeit unter den Studien gewährleistet ist.

## 10. Abstract

### 10.1. Englische Fassung

**Background and purpose:** In literature there is no information about the influence of individual psychological interventions during radiotherapy on existential quality of life and little on health-related quality of life. Some literature, however, showed a decreasing effect from the beginning to the end of radiotherapy concerning quality of life. The purpose of this study was to investigate whether individual psychological interventions during radiotherapy increase some quality of life aspects in comparison to a control group.

**Methods:** Between July 2010 and December 2010, 46 patients with breast cancer from a clinic in Upper Austria participated in the present study. The questionnaire consisted of the relatively new "Questionnaire of existential quality of life" ("Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität", Görtz, 2005) and the radiotherapy specific "RadiationIndex Radiooncology" ("StrahlenIndex Radioonkologie", Sehlen, Fahmüller et al., 2003). The patients were divided into an individual psychological treatment group (n =23) and a control group (n =23) by choice and were asked on two occasions (at the beginning and at the end of radiotherapy). The psychological treatment consisted of an individual frequency and of an unstructured setting.

**Results:** The results show no significant difference between the individual psychological treatment group and the control group. But there were some small and medium effects between the groups in "positive attitude towards life" ("positives Lebensgefühl",  $d = 0.364$ ), "relationship experience" ("Beziehungserleben";  $d = 0.364$ ), "social failure" ("Soziales Scheitern",  $d = 0.392$ ), "personal activity" ("Personale Aktivität",  $d = 0.419$ ), "existential self-fulfillment" ("Existentielle Erfüllung",  $d = 0.327$ ), "global factor 1" ("Globalfaktor 1",  $d = 0.375$ ), "globalfactor 2" ("Globalfaktor 2",  $d = 0.468$ ) and "information deficit" ("Informationsdefizit",  $d = -0.261$ ).

**Discussion and conclusion:** In this study individual psychological treatment did not significantly affect quality of life. But the effect sizes showed some difference between breast cancer patients with and without individual psychological treatment. Reasons for the small and medium effects could be the active coping with the disease in the psychological setting and the empathy and acceptance from the psychologist. Many patients only attended one single psychological counselling session. Maybe for future research it is necessary to structure the frequency of the psychological treatment to get a significant difference.

**Keywords:** Breast cancer, Psychooncology, Radiotherapy, Existential Quality of Life

## 10.2. Deutsche Fassung

**Hintergrund und Ziel:** Über den Effekt individueller psychologischer Betreuung während der Strahlentherapie gibt es in Bezug auf die existentielle Lebensqualität bisher kaum Forschungsbefunde. Die Effekte auf die krankheitsspezifische Lebensqualität sind besser, aber auch wenig erforscht. Jedoch finden sich in Studien Beweise, dass sich manche Bereiche der Lebensqualität von Beginn bis zum Ende der Strahlentherapie signifikant verschlechtern. Das Ziel dieser Studie ist es zu erforschen, ob sich die existentielle und krankheitsspezifische Lebensqualität durch eine individuelle psychologische Betreuung während der Strahlentherapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern lässt.

**Methoden:** Zwischen Juli 2010 und Dezember 2010 wurden 46 Brustkrebspatientinnen in einem Krankenhaus in Oberösterreich für die vorliegende Studie über ihre Lebensqualität befragt. Dazu wurden der relativ neue „Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität“ (Görtz, 2005) und der strahlentherapiespezifische Fragebogen „StrahlenIndex RadioOnkologie“ (Sehlen, Fahmüller et al., 2003) verwendet. Die Patientinnen teilten sich dazu selbst in eine Versuchsgruppe (n = 23), die eine individuelle psychologische Betreuung während der Bestrahlungszeit erhalten hat, und in eine Kontrollgruppe (n = 23) ein. Jede Patientin wurde zu Beginn und am Ende der Strahlentherapie mit den beiden Fragebögen über ihre Lebensqualität befragt. Die Versuchsgruppe hat die Frequenz und die Themen der individuellen psychologischen Betreuung selbst gewählt.

**Resultate:** Es konnten keine signifikanten Verbesserungen in der existentiellen oder krankheitsspezifischen Lebensqualität der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Jedoch konnten bei der Effektstärken kleine bis mittlere Effekte zwischen den beiden Gruppen in den Faktoren „Positives Lebensgefühl“ (d = 0.364), „Beziehungserleben“ (d = 0.364), „Soziales Scheitern“ (d = 0.392), „Personale Aktivität“ (d = 0.419), „Existentielle Erfüllung“ (d = 0.327), „Globalfaktor 1“ (d = 0.375), „Globalfaktor 2“ (d = 0.468) und „Informationsdefizit“ (d = -0.261) berechnet werden.

**Diskussion und Konklusion:** In dieser Studie konnten keine signifikant positiven Effekte einer individuellen psychologischen Betreuung auf die existentielle oder krankheitsspezifische Lebensqualität festgestellt werden. Jedoch konnten durch die Effektstärken Unterschiede

zwischen Brustkrebspatientinnen mit und ohne psychologische Betreuung gezeigt werden. Gründe für die kleinen bis mittleren Effekte sind die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit im psychologischen Setting und Gefühl des Angenommenseins und Verstandenwerdens vom Psychologen. Viele Patientinnen haben in dieser Studie aber nur ein einziges psychologisches Gespräch in Anspruch genommen. Für weitere Studien wäre möglicherweise für signifikante Ergebnisse wichtig, dass die psychologischen Interventionen strukturiert werden.

**Schlagerworte:** Brustkrebs, Psychoonkologie, Strahlentherapie, existentielle Lebensqualität

## **11. Abbildungsverzeichnis**

<b>ABBILDUNG 1:</b> VERLAUF DER LEBENSQUALITÄT BEI BEEINTRÄCHTIGENDEM, ABER KURATIVEN THERAPIEANSATZ MIT VOLLSTÄNDIGER GENESUNG (DIEHL ET AL., 1990, S.151).....	19
<b>ABBILDUNG 2:</b> VERLAUF DER LEBENSQUALITÄT BEI NICHT VOLLSTÄNDIGEM ANSPRECHEN DES TUMORS AUF DIE THERAPIEVERSUCHE (DIEHL ET AL., 1990, S.152) .....	19
<b>ABBILDUNG 3:</b> VERÄNDERUNG DER INZIDENZ IN DEN LETZTEN 70 JAHREN (GRAF, 2006, S. 18) ..	23
<b>ABBILDUNG 4:</b> ALTERSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE BEI DER ERKRANKUNG VON BRUSTKREBS (GRAF, 2006, S.19) .....	24
<b>ABBILDUNG 5:</b> PSYCHOONKOLOGISCHE GESAMTVERSORGUNG (SAMONIGG & ANDRITSCH, 2007, S.40).....	37
<b>ABBILDUNG 6:</b> FORSCHUNGSMODELL IN DER PSYCHOONKOLOGIE (DOLBEAULT ET AL., 1999).....	45
<b>ABBILDUNG 7:</b> GEGENÜBERSTELLUNG VON DEN 4 GRUNDMOTIVATIONEN UND DEN 9 FAKTOREN DER EXISTENTIELLEN LEBENSQUALITÄT (GÖRTZ, 2004, S.7).....	61
<b>ABBILDUNG 8:</b> VERLAUFSDIAGRAMM DER STICHPROBE.....	70
<b>ABBILDUNG 9:</b> GRÜNDE FÜR DIE NICHT-TEILNAHME AN DER STUDIE .....	71
<b>ABBILDUNG 10:</b> ALTERSVERTEILUNG GETRENNT NACH VERSUCHS- UND KONTROLLGRUPPE .....	79
<b>ABBILDUNG 11:</b> HÖCHSTE ABGESCHLOSSENE AUSBILDUNG FÜR BEIDE GRUPPEN .....	80
<b>ABBILDUNG 12:</b> HÖCHSTE ABGESCHLOSSENE AUSBILDUNG JE NACH GRUPPE.....	80
<b>ABBILDUNG 13:</b> BERUF FÜR BEIDE GRUPPEN .....	81
<b>ABBILDUNG 14:</b> BERUF JE NACH GRUPPE .....	81
<b>ABBILDUNG 15:</b> FAMILIENSTAND FÜR BEIDE GRUPPEN .....	82
<b>ABBILDUNG 16:</b> FAMILIENSTAND JE NACH GRUPPE .....	83
<b>ABBILDUNG 17:</b> ANZAHL DER NICHTBEANTWORTETEN ITEMS ZUM 1. ERHEBUNGSZEITPUNKT ....	84
<b>ABBILDUNG 18:</b> ANZAHL DER NICHTBEANTWORTETEN ITEMS ZUM 2. ERHEBUNGSZEITPUNKT ....	85
<b>ABBILDUNG 19:</b> ANZAHL DER KLINISCH-PSYCHOLOGISCHEN GESPRÄCHE .....	86
<b>ABBILDUNG 20:</b> ANZAHL DER BESTRAHLUNGSWOCHEN NACH GRUPPE GETRENNT.....	87
<b>ABBILDUNG 21:</b> MITTELWERTSCORES DER ELQ-FAKTOREN BEIM 1. ERHEBUNGSZEITPUNKT .....	90
<b>ABBILDUNG 22:</b> MITTELWERTSCORES BEI SIRO-FAKTOREN UND SIRO-GLOBALFAKTOR ZUM 1. ERHEBUNGSZEITPUNKT.....	91
<b>ABBILDUNG 23:</b> VERGLEICH ELQ-MITTELWERTSCORES ZWISCHEN 1. UND 2. ERHEBUNGSZEITPUNKT.....	95
<b>ABBILDUNG 24:</b> VERGLEICH ELQ-MITTELWERTSCORES BEI DER VERSUCHSGRUPPE ZU BEIDEN ERHEBUNGSZEITPUNKTEN .....	96
<b>ABBILDUNG 25:</b> VERGLEICH ELQ-MITTELWERTSCORES BEI DER KONTROLLGRUPPE ZU BEIDEN ERHEBUNGSZEITPUNKTEN .....	96
<b>ABBILDUNG 26:</b> VERGLEICH SIRO-MITTELWERTSCORES ZUM 1. UND 2. ERHEBUNGSZEITPUNKT.	99
<b>ABBILDUNG 27:</b> VERGLEICH DER SIRO-MITTELWERTSCORES BEI DER VERSUCHSGRUPPEN ZU BEIDEN ERHEBUNGSZEITPUNKTEN .....	100
<b>ABBILDUNG 28:</b> VERGLEICH DER SIRO-MITTELWERTSCORES BEI DER KONTROLLGRUPPE ZU BEIDEN ERHEBUNGSZEITPUNKTEN .....	100
<b>ABBILDUNG 29:</b> ANWORTKATEGORIEN DER 1. QUALITATIVEN FRAGE.....	102
<b>ABBILDUNG 30:</b> ANWORTKATEGORIEN DER 2. QUALITATIVEN FRAGE.....	103

<b>ABBILDUNG 31:</b> ANTWORTKATEGORIEN DER 3. QUALITATIVEN FRAGE .....	104
<b>ABBILDUNG 32:</b> ANTWORTKATEGORIEN DER 4. QUALITATIVEN FRAGE .....	106
<b>ABBILDUNG 33:</b> ANTWORTKATEGORIEN DER 5. UND 6. QUALITATIVEN FRAGEN.....	107
<b>ABBILDUNG 34:</b> ANTWORTKATEGORIEN DER 10. QUALITATIVEN FRAGE .....	109
<b>ABBILDUNG 35:</b> ANTWORTKATEGORIEN DER 11. QUALITATIVEN FRAGE .....	110
<b>ABBILDUNG 36:</b> VERTEILUNGSHISTOGRAMM 1 .....	154
<b>ABBILDUNG 37:</b> VERTEILUNGSHISTOGRAMM 2 .....	155
<b>ABBILDUNG 38:</b> VERTEILUNGSHISTOGRAMM 3 .....	155

## 12. Tabellenverzeichnis

<b>TABELLE 1:</b> INDIKATIONSKRITERIEN ZUR PSYCHOONKOLOGISCHEN BETREUUNG (POUGET-SCHORS, 2009, S.180) .....	39
<b>TABELLE 2:</b> VERANSCHAULICHUNG DES STUDIENDESIGNS .....	74
<b>TABELLE 3:</b> RELIABILITÄTSANALYSE ELQ UND SIRO.....	88
<b>TABELLE 4:</b> VERGLEICH DER VERSUCHS- UND KONTROLLGRUPPE BEI ELQ-FAKTOREN UND ELQ-GLOBALFAKTOREN ZUM 1. ERHEBUNGSZEITPUNKT.....	89
<b>TABELLE 5:</b> VERGLEICH DER VERSUCHS- UND KONTROLLGRUPPE BEI SIRO-FAKTOREN UND SIRO-GLOBALFAKTOR ZUM 1. ERHEBUNGSZEITPUNKT .....	91
<b>TABELLE 6:</b> VERGLEICH ZWISCHEN BRUSTKREBSPATIENTINNEN, DIE DIE STUDIE BEENDEN HABEN UND NICHT BEENDET HABEN, BEI DEN ELQ-FAKTOREN UND GLOBALFAKTOREN.....	92
<b>TABELLE 7:</b> VERGLEICH ZWISCHEN BRUSTKREBSPATIENTINNEN, DIE DIE STUDIE BEENDEN HABEN UND NICHT BEENDET HABEN, BEI DEN SIRO-FAKTOREN UND SIRO-GLOBALFAKTOR .....	93
<b>TABELLE 8:</b> DARSTELLUNG DER HAUPTHYPOTHESE .....	94
<b>TABELLE 9:</b> DARSTELLUNG DER FRAGE 18 UND 60 DES ELQs.....	97
<b>TABELLE 10:</b> DARSTELLUNG DER NEBENHYPOTHESE .....	98

### **13. Literaturverzeichnis**

- Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Glaser, R., Emery, C., Crespín, T., Shapiro C. & Carson III, W. (2004). Psychological, Behavioral, and Immune Changes After a Psychological Intervention: A Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology* 22 (17), 3570-3580.
- Andritsch, E. (2002). Im Angesicht des Todes das Leben bergen. *Existenzanalyse 1*, 46-48.
- Angenendt, G. (2007). Kurzprogramm Psychoedukation für die Einzelberatung. In: G. Angenendt, U. Schütze-Kreilkamp & V. Tschuscke (Hrsg.), *Praxis der Psychoonkologie – Psychoedukation, Beratung und Therapie* (128-159). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Ashida, S., Palmquist, A.E.L., Basen-Engquist, K., Singletary, S.E. & Koehly, L.M. (2009). Changes in Female Support Network Systems and Adaptation After Breast Cancer Diagnosis: Difference Between Older and Younger Patients. *The Gerontologist* 49, 549-559.
- Aulbert, E. (1998). Krankheitsbewältigung als Grundlage der Lebensqualität bei chronischen Krebserkrankungen. In: H. Günther & G. Ehninger (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung und Lebensqualität – Herausforderung für Patienten, medizinische Helfer und Gesellschaft* (11-22). Regensburg: Roderer Verlag.
- Avis, N.E., Crawford, S. & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 13, 295-308.
- Arving, C. (2007). Individual psychosocial support for breast cancer patients. *Digital comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 268.
- Barni S. & Mondin R. (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology* 8, 149-153.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnston, M., Banks, P. & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine* 53, 1513-1524.
- Bortz, J. & Döring, N (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation* (3.Auflage). Heidelberg: Springer.

- Bullinger, M. (1991). Erhebungsmethoden. In H. Tüchler und D. Lutz (Hrsg.), *Lebensqualität und Krankheit* ( 84-96). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Bullinger, M. (1997). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (1-6). Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive* (11-21). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Chan, Y.M., Lee, P.W.H, Fong, D.Y.T., Fung, A.S.M., Wu, L.Y.F., Choi, A.Y.Y., Ng, T.Y, Ngan, H.Y.S. & Wong, L.C. (2005). Effect of Individual Psychological Intervention in Chinese Women With Gynecologic Malignancy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 23(22), 4913-4924.
- Classen, C., Kraemer, H., Blasey, C., Giesen-Davis, J., Koopman, C., Palseh, O., Atkinson, A., DiMiceli, S., Stonisch-Riggs, G., Westerndorp, J., Morrow, G. und Spiegel, D. (2008). Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology* 17, 438-447.
- Cohen, J. (1988). *Stastical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) & Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2008). *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*. München: W. Zuckschwerdt Verlag. Zugriff am 16.10.2010. Verfügbar unter: [http://www.krebsgesellschaft.de/download/interdiszipl\\_s3-ll\\_mamma\\_080211.pdf](http://www.krebsgesellschaft.de/download/interdiszipl_s3-ll_mamma_080211.pdf)
- Deuschinoff, G., Friedrich, C., Thiem, U., Voigtmann, R. & Pientka, L. (2005). Lebensqualität in der Onkologie. *Onkologie* 11, (164-172).
- DeVries, A., Söllner, W., Steixner, E., Auer, V., Schiessling, G., Stzankay, A., Iglseeder, W. & Lukas, P. (1998). Subjektiv erlebte Belastung und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten in strahlentherapeutischer Behandlung. *Strahlentherapie und Onkologie* 174 (8), 408-414.

- Diehl, V., von Kalle, A.-K., Kruse, T. & Sommer, H. (1990). „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Onkologie. In P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg), „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin (149-167). Mainz: G. Fischer.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A., Desclaux, B., Saltel, P., Gauvain-Piquard, A., Hardy, P. & Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology* 18, 647-656.
- Dolbeault, S., Szporn, A. & Holland, J.C. (1999). Psycho-oncology: Where have we been? Where are we going?. *European Journal of Cancer* 33 (11), 1554-1558.
- Dorfmueller, M. (2009). Zur Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie. In M. Dorfmueller & H. Dietzfelbinger (Hrsg.), *Psychoonkologie Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren* (11-13). München: Elsevier GmbH.
- Faller, H., Olshausen, B. & Flentje, M. (2003). Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53, 229-235.
- Fanai, C.A. (1993). *Ratgeber Brustkrebs: so handeln Sie richtig: von der Früherkennung bis zur optimalen Behandlung*. Köln: Dreisam Verlag GmbH.
- Faircloth, D.L. (2010). *Design and Analysis of Quality of life Studies in Clinical Trials*. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group.
- Fawzy, F.I. (1999). Psychosocial Interventions for Patients with Cancer: What Works and What Doesn't. *European Journal of Cancer* 35 (11), 1559-1564.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications.
- Fiorentino, L., McQuaid, J.R., Liu, L., Natarajan, L., He, F., Cornejo, M., Lawton, S., Parker, B.A., Sadler, G.R. & Ancoli-Israel, S. (2010). Individual cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: a randomized controlled crossover pilot study. *Nature and Science of Sleep* 2, 1-8.
- Followfield, L.J., Baum, M. & Maguire, G.P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal* 293, 1331-1334.

- Frick, E. & Mehl, U. (2009). Psychodrama. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 217-220). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.
- Frick, E., Tyroller, M. & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care* 16,130-136.
- Fröhlich, M. & Pieter, A. (2009). Cohen's Effektstärken als Mass der Bewertung von praktischer Relevanz – Implikationen für die Praxis. *Schweizer Zeitschrift für „Sportmedizin und Sporttraumatologie“* 57 (4), 139-142.
- Gabbert, H.E. (2010a). *Krebsbegriffe und ihre Zuordnung*. Zugriff am 15.09.2010. Verfügbar unter <http://www.krebsgesellschaft.de/krebsbegriffe,11265.html>
- Gabbert, H.E. (2010b). *Krebsentstehung – Was ist Krebs?* Zugriff am 15.09.2010. Verfügbar unter <http://www.krebsgesellschaft.de/krebsentstehung,11266.html>
- Görtz, A. (2004). *Handanweisung. Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität*. Unveröffentlichtes Exemplar.
- Görtz, A. (2005). Existentielle Lebensqualität: ein Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum* 12, 61-68.
- Görtz, A. (2007). *Existentielle Lebensqualität. Über die Messbarkeit von Glück und Wohlbefinden*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Graf, O. (2006). *Früherkennung Brustkrebs. Der beste Weg, die Krankheit zu besiegen*. Steyr: Ennsthaler Verlag.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D.R., Watson, M., Robertson, B.M., Mason, A., Rowden, L., Law, M.G. & Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal* 304, 675-680.
- Grundmann, E. (2007). *Das ist Krebs. Entwicklungen, Erkenntnisse, Erfolge*. München: M. Zuckschwerdt Verlag.

- Hackl, M. (2007). *Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich*. Statistik Austria (Hrsg.), Zugriff am 03.01.2010. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html)
- Halkett, G.K.B., Kristjanson, L.J. & Lobb, E.A. (2008). 'If we get too close to your bones they'll get brittle': women's initial fears about radiotherapy for early breast cancer. *Psycho-Oncology* 17, 877-884.
- Härtl, K. & Schreiner, M. (2009). Verhaltenstherapie. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 194-199). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.
- Hasford, J. (1991). Kriterium Lebensqualität. In H. Tüchler und D. Lutz (Hrsg.), *Lebensqualität und Krankheit* (25-32). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Heckl, U., Seuthe-Witz, S. & Weis, J. (2010). Psychoedukative Ansätze in der Psychoonkologie. *Psychotherapie im Dialog* 2 (11), 130-133.
- Hellbom, M., Brandberg, Y., Glimelius, B. & Sjöden, P.-O. (1998). Individual psychological support for cancer patients: Utilisation and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 34, 247-256.
- Henkel, H., Mauser, E. & Pröpper, M. (2009). Gestalttherapie als Beispiel eines humanistischen Therapieverfahrens. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 221-222). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.
- Henson, H.K. (2002). Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability* 20 (4), 261-275.
- Heußner, P. (2009). Organisationsmodelle. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 107-109). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.
- Heußner, P. (oJ). *Psycho-onkologie heute*. Zugriff am 16.10.2010. Verfügbar unter: [http://www.cinema-for-life.com/material/051024\\_med\\_psycho\\_onkologie.pdf](http://www.cinema-for-life.com/material/051024_med_psycho_onkologie.pdf)

- Heußner, P., Bessler, M., Dietzfelbinger, H., Fegg, M., Lang, K., Mehl, U., Pouget-Schors, D., Riedner, C. & Sellschopp, A. (2009). *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2009). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53 (1), 4-16.
- Hopko, D.R., Bell, J.L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N. & Lejuez, C.W. (2008). Cognitive-Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in a Medical Care Setting. *Behavior Therapy* 39, 126-136.
- Jansen, J. & Laatz, W. (2010). *Statistische Datenanalyse mit SPSS*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Johansson, B., Brandberg, Y., Hellborn, M., Persson, C., Petersson, L.M., Berglund, G. & Glimelius, B. (2008). Health-related quality of life and distress in cancer patients: results from a large randomised study. *British Journal of Cancer* 99 (12), 1975-1983.
- Kögler, M. & Fegg, M. (2009). Entspannungsverfahren. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 206-209). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamon, S., Angell, K. & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology* 7, 101-111.
- Kubinger, K.D. (2006). *Psychologische Diagnostik – Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizieren*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Lange, D. (2002). Medizinethische Fragestellungen – ein Überblick. In A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual-Psychoonkologie* (110-112). München: Tumorzentrum München & W. Zuckerschwerdt Verlag.
- Längle, A. (2008). Existenzanalyse. In A. Längle & A. Holzhey-Kunz (Hrsg.), *Existenzanalyse und Daseinsanalyse* (21-179). Wien: Facultas.
- Leonhart, R. (2010). *Datenanalyse mit SPSS*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Lux, M. (2008). Neurowissenschaftliche Aspekte – Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. *Klinische Sozialarbeit* 4 (4), 4-7.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., Rosetti, F., Franchin, A., Pappagallo, G.L. & Vinante, O. (1996). The Impact of a Psychological Intervention on Quality of Life in Non-metastatic Breast Cancer. *European Journal of Cancer* 9, 1612-1615.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mehl, U. (2009). Psychoedukative Gruppe. In M. Dorfmueller & H. Dietzfelbinger (Hrsg.), *Psychoonkologie Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren* (335-338). München: Elsevier GmbH.
- Menche, N., Bazlen, U. & Kommerell, T. (2001). Pflege in der Gynäkologie. In N. Menche, U. Bazlen & T. Kommerell (Hrsg.), *Pflege heute* (2. Auflage) (1181-1230). München: Urban & Fischer.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2001). Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 4, 171-182.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research* 64, 383-391.
- Mills, M.E. & Sullivan, M.E. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 8, 631-642.
- Mose, S., Rahn, A.N., Budischewski, K.M., Zander-Heinz, A.C., Adamietz, I.A., Bormeth, S., Thielmann, C. & Böttcher H.-C. (1999). Einfluss der adjuvanten Radiotherapie auf das psychische Befinden von Patientinnen mit einem brusterhaltend operierten Mammakarzinom. *Strahlentherapie und Onkologie* 175, 112-118.
- Mummendey, H.D. & Grau, I. (2008). *Die Fragebogen-Methode*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Oppenauer, C. (2005). *Vergleich zweier Instrumente zur psychosozialen Betreuungsbedürftigkeit bei onkologischen Patientinnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fakultät für Psychologie der Universität Wien.

ÖPPO (Österreichische Plattform für Psychoonkologie) (oJ). *Was Krebspatientinnen brauchen – Psychoonkologische Behandlungsleitlinien und Einrichtungen in Österreich*. Zugriff am 15. Oktober 2010. Verfügbar unter [http://www.oepo.com/images/oepo\\_vortraege/broschuere\\_letzte\\_version.pdf](http://www.oepo.com/images/oepo_vortraege/broschuere_letzte_version.pdf)

Österreichische Krebshilfe (2009a, Juli). *Brustkrebs. Diagnose – Operation – Therapie – Wiederherstellung – Nachsorge*. Zugriff am 31. März 2009. Verfügbar unter <http://www.krebshilfe.net/pdf/artikel/16412644.pdf>

Österreichische Krebshilfe (2009b, Dezember). *Strahlen gegen Krebs*. Zugriff am 31. März 2009. Verfügbar unter <http://www.krebshilfe.net/pdf/artikel/143111614.pdf>

Pouget-Schors, D. (2009). Diagnostik in der Psychoonkologie. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 171-190). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.

Pouget-Schors, D., Riedner, C., Mehl, U. & Sellschopp, A. (2009). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 200-205). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.

Powell, C.B., Kneier, A., Chen, L.-M., Rubin, M., Kronewetter, C. & Levine, E. (2008). A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. *Gynecologic Oncology* 111, 137-143.

*Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch* (2001). 259. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter GmbH.

Rechenberg-Winter, P. & Hüther, C. (2009). Systemische Familientherapie in der Psychoonkologie. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 223-226). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.

- Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 110, 9-17.
- Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Crespi, C.M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T.B. & Ganz, P.A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat* 118, 99-111.
- Samonigg, H. & Andritsch, E. (2007). Psychoonkologie. *Österreichische Ärztezeitung* 8, 38-46.
- Schaffer L. (1994). Psychosoziale Interventionen bei Krebspatienten – Eine Übersicht. In E. Heim & M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung* (170-191). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schendera, C.F.G. (2007). *Datenqualität mit SPSS*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Schou, I., Ekeberg, O., Karesen, R. & Sorensen, E. (2008). Psychosocial intervention as a component of routine breast cancer care – who participates and does it help?. *Psycho-Oncology* 17, 716-720.
- Schulz, H., Winzer, A., Stump, S. & Koch, U. (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen. *Onkologie* 7, 157-166.
- Schymura, B. & Sehlen, S. (2009). Strahlentherapie. In: P. Heußner, M. Bessler, H. Diezfelbinger, M. Fegg, K. Lang, U. Mehl, C. Riedner & A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (3. überarbeitete Auflage) (S. 138-141). München: Tumorzentrum München & W. Zuckschwerdt Verlag.
- Sehlen, S., Fahmüller, H., Herschbach, P., Aydemir, U., Lenk, M. & Dühmke, E. (2003). Psychometrische Eigenschaften des Stress Index RadioOnkologie (SIRO) – ein neuer Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Patienten unter Strahlentherapie. *Strahlentherapie und Onkologie* 4, 261-269.
- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B., Firsching, M., Aydemir, U., Herschbach, P. & Dühmke, E. (2001). Krankheitsspezifische Belastungen von Tumorpatienten zu Beginn einer Strahlentherapie. *Strahlentherapie und Onkologie* 10, 530-537.
- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B., Herschbach, P., Aydemir, U., Firsching, M. & Dühmke, E. (2003). Psychosocial Stress in Cancer Patients during and after Radiotherapy. *Strahlentherapie und Onkologie* 179 (3), 175-180.

- Sheppard L.A. & Ely, S. (2008). Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal* 14 (2), 176-181.
- Söllner, W., Maislinger, S., König, A., DeVries, A. & Lukas, P. (2004). Providing Psychosocial Support for Breast Cancer Patients based on Screening for Distress within a Consultation-Liasion Service. *Psycho-Oncology* 13, 893-897.
- Statistik Austria (2007). *Häufigste Todesursachen in Österreich*. Zugriff am 01.03.2010. Verfügbar unter [http://www.statistik.at/web\\_de/presse/031448](http://www.statistik.at/web_de/presse/031448)
- Statistik Austria (2010a). *Brust (C50) – Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr), Österreich ab 1983*. Zugriff am 30.01.2011. Verfügbar unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html)
- Statistik Austria (2010b). *Brust (C50) – Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr), Österreich ab 1983*. Zugriff am 30.01.2011. Verfügbar unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html)
- Statistik Austria (2010c). *Brust (C50) – Krebsinzidenz nach Bundesländern, Jahresdurchschnitt (2006/2008)*. Zugriff am 30.01.2011. Verfügbar unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html)
- Statistik Austria (2010d). *Krebsinzidenz im Überblick*. Zugriff am 02.03.2011. Verfügbar unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebsinzidenz\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebsinzidenz_im_ueberblick/index.html)
- Tschuschke, V. (2002). *Psychoonkologie: psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer.
- Tschuschke, V. (2007). Leitlinien-Programm für psychosoziale (psychoonkologische) Betreuung bei Brustkrebs. In: G. Angenendt, U. Schütze-Kreilkamp & V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Psychoonkologie – Psychoedukation, Beratung und Therapie* (23-38). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Unger, C. & Weis, J. (2005). *Onkologie. Unkonventionelle und supportive Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft gmbH.
- Vehling-Kaiser, U. (2008). *Hämatologie und Onkologie: Basics für medizinisches Fachpersonal*. München: Zuckschwerdt.

- Victor, A., Elsässer, A., Hommel, G. & Blettner, M. (2010). Wie bewertet man die p-Wert-Flut?. *Deutsches Ärzteblatt* 107 (4), 50-56.
- Wasner, M. (2002). Lebensqualität onkologischer Patienten. In A. Sellschopp (Hrsg.), *Manual-Psychoonkologie* (14-17). München: Tumorzentrum München & W-Zuckerschwerdt Verlag.
- WHO (World Health Organisation) (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Zugriff am 9. September 2010. Verfügbar unter [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Weis, J. (2005). Psychoonkologie – Theoretische Grundlagen und Behandlungskonzepte. In C. Unger & J. Weis (Hrsg.), *Onkologie. Unkonventionelle und supportive Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft gmbH.
- Weis, J. & Giesler, J.M. (2009). Psychoonkologie. In P. Feyer & P. Ortner (Hrsg.), *Supportivtherapie in der Onkologie* (244-255). München: Urban & Vogel GmbH.
- Weis, J. & Rüffer, J.U. (oJ). *Psychoonkologische Interventionen*. Zugriff am 16.10.2010. Verfügbar unter [http://www.pso-ag.de/menue\\_forschung5.htm](http://www.pso-ag.de/menue_forschung5.htm)
- Wulff, H.R. (2002). The Relationship Between Health, Disease And Quality Of Life. In: A. Gimmler, C. Lenk und G. Aumüller (Eds.), *Health and Quality of Life – Philosophical, Medical, and Cultural Aspects* (27-35). Münster: LIT.



## **14. Anhang**

### **14.1. Begriffsdefinitionen**

#### Onkologie

Unter Onkologie versteht man ein Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Entstehung und der Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Erkrankungen beschäftigt (Pschyrembel, 2001).

#### Brustkrebs

Brustkrebs, auch Mammakarzinom genannt, ist der häufigste maligne (bösartige) Tumor bei Frauen. Der Verlauf der Erkrankung ist abhängig vom Stadium und vom Differenzierungsgrad des Tumors (Pschyrembel, 2001).

#### Strahlentherapie

Unter Strahlentherapie (Radiotherapie) wird die Anwendung von energiereicher Strahlung bei der Behandlung von Tumoren verstanden. (Österreichische Krebshilfe, 2009b)

#### Psychoonkologie

Die Psychoonkologie ist ein Teilgebiet der Onkologie, welches sich mit den psychosozialen Faktoren der Entstehung, des Verlaufs und der Behandlung einer Krebserkrankung beschäftigt, aber auch mit den emotionalen Reaktionen der Patientinnen und Angehörigen (Dorfmueller, 2009).

#### Lebensqualität

Lebensqualität definiert Bullinger (1997) „als Maß für die Güte der Lebenssituation und Versorgung einer definierten Population“ (Bullinger, 1997, S.1).

#### Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität versteht Bullinger (1997) die „körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten, wie sie von der Person selbst geäußert werden“ (Bullinger, 1997, S.1).

## Existenzanalyse

Existenzanalyse ist eine anerkannte, psychotherapeutische Richtung, die sich mit einer Person und ihrem emotionalen und geistigen, freien Erleben, ihrer authentischen Stellungnahme und ihrem eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst und der Welt auseinandersetzt (Längle, 2008).

### **14.2. Verteilungshistogramme der nicht-normalverteilten Daten**

#### 14.2.1. Verteilungshistogramm des Faktors Informationsdefizit bei der Kontrollgruppe zum 1. Erhebungszeitpunkt

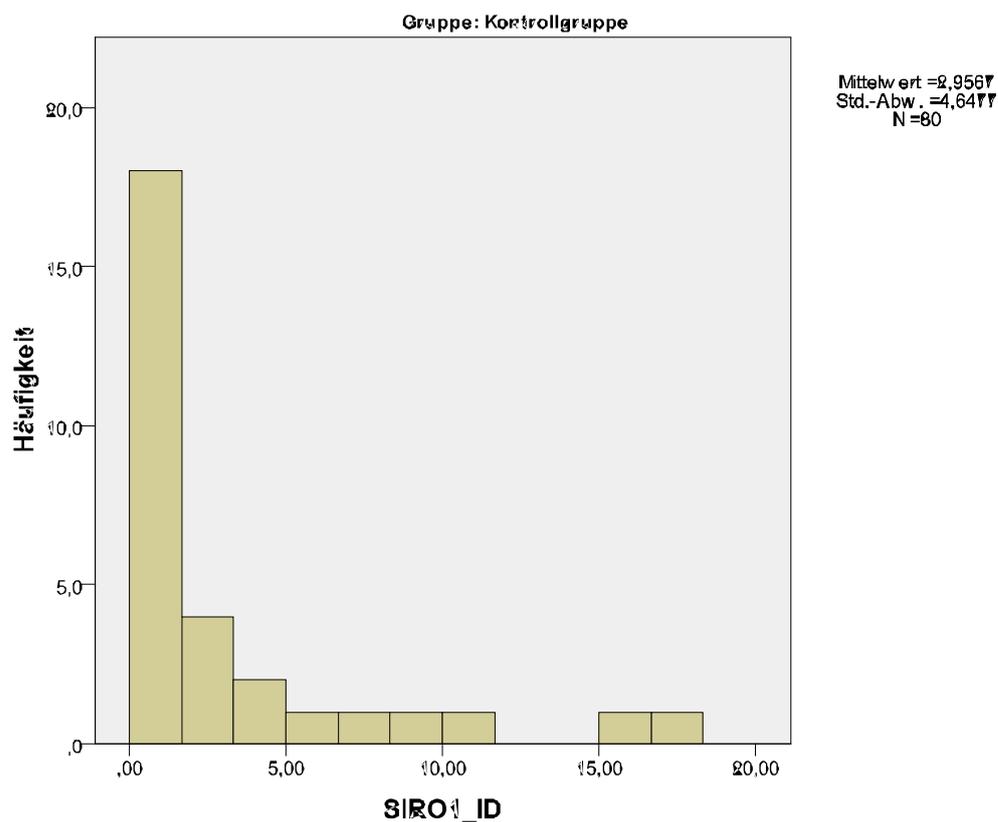


Abbildung 36: Verteilungshistogramm 1

14.2.2. Verteilungshistogramm des Faktors Informationsdefizit bei den Patientinnen, die die Studie nicht beendet haben

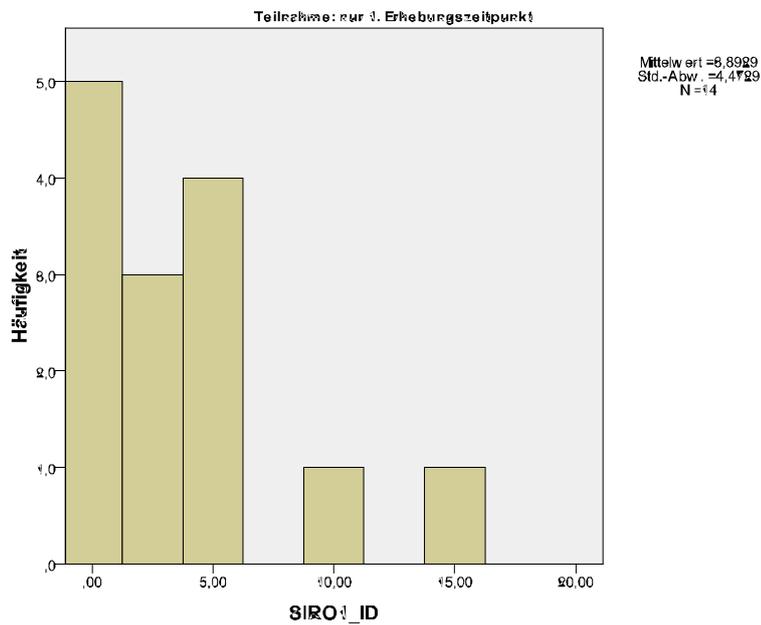


Abbildung 37: Verteilungshistogramm 2

14.2.3. Verteilungshistogramm des Faktors Partnerschaftliche Probleme bei der Kontrollgruppe zum 2. Erhebungszeitpunkt

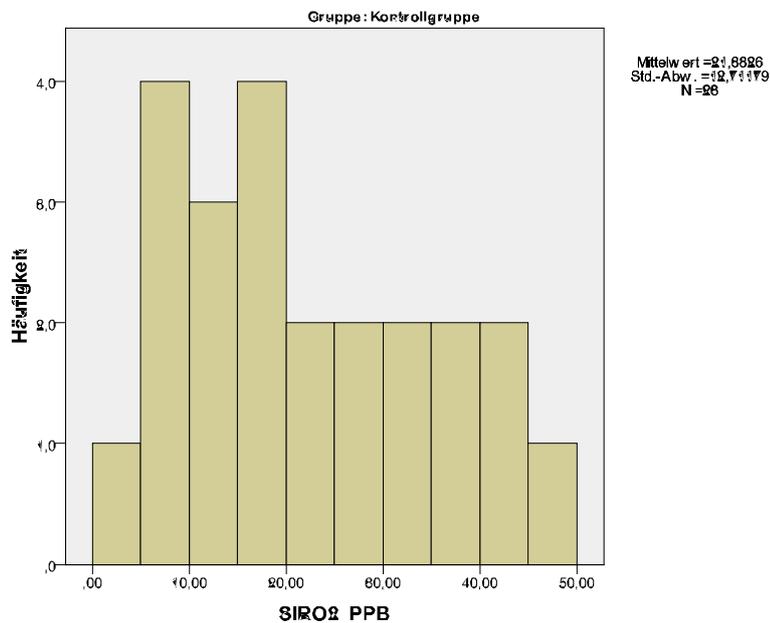


Abbildung 38: Verteilungshistogramm 3

### **14.3. Patientinneninformation und Einverständniserklärung**

## **Patientinneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinisch-psychologischen Studie**

### **Existenzielle Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie**

Sehr geehrte Teilnehmerin!

Wir laden Sie ein, an der oben genannten klinisch-psychologischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

**Ihre Teilnahme an dieser klinisch-psychologischen Prüfung erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keinerlei nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.**

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische und psychologische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinisch-psychologischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

#### **1. Was ist der Zweck der klinisch-psychologischen Studie?**

Der Zweck dieser klinisch-psychologischen Studie ist die Überprüfung der Wichtigkeit einer psychologischen Unterstützung während der Strahlentherapie bei Brustkrebspatientinnen zu erfassen und somit die Psychologie in der onkologischen Betreuung zu verankern.

## 2. Wie läuft die klinisch-psychologische Studie ab?

Diese klinisch-psychologische Studie wird im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern auf den radioonkologischen Stationen (2E und 3C) durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 60 Personen daran teilnehmen.

Ihre Teilnahme an dieser klinisch-psychologischen Studie wird die Bestrahlungsdauer umfassen.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinisch-psychologischen Studie werden Ihnen am 2. Tag der Krankenhausaufnahme und am vorletzten Bestrahlungstag die folgenden Fragebögen zum Ausfüllen gegeben: Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität und Stress Index Radioonkologie. Sie werden beim 1. Termin in Ihrem Krankenzimmer zum einem Gespräch und zur Übergabe der Fragebögen aufgesucht und beim 2. Termin bekommen Sie die Fragebögen in der Strahlenambulanz.

## 3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der klinisch-psychologischen Studie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie gesundheitlichen Nutzen ziehen werden. Jedoch kann für die nachkommenden Patientinnen der Nutzen für eine umfassendere psychologische Betreuung während der Strahlentherapie mit dieser Studie möglicherweise belegt werden. Dadurch kann es zu einem verstärkten Augenmerk auf die psychologischen Aspekte während der Bestrahlungszeit kommen.

## 4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Es kann im Rahmen dieser klinisch-psychologischen Studie zu einer intensiveren gedanklichen und gefühlsmäßigen Auseinandersetzung mit Ihrer Krebserkrankung kommen.

## 5. Was ist zu tun beim Auftreten von Symptomen und/oder Begleiterscheinungen?

Sollten im Verlauf der klinisch-psychologischen Studie irgendwelche Symptome oder Begleiterscheinungen auftreten, können Sie jederzeit bei der Klinischen Psychologie des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen. (Telefonnummer Sekretariat Klinische Psychologie: 0732/7677/7441)

## 6. Wann wird die klinisch-psychologische Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinisch-psychologischen Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische und gegebenenfalls klinisch-psychologische Betreuung entstehen.

**7. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinisch-psychologischen Studie gesammelten Daten verwendet?**

Die Daten dieser Studie werden vertraulich behandelt und der Zugang zu den Daten ist der Diplomandin Stefanie Drachler und ihren Betreuern (Prof. Dr. Germain Weber, Dr. Astrid Görtz) gestattet. Diese Personen unterliegen alle der Schweigepflicht.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinisch-psychologischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

**8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinisch-psychologischen Studie steht Ihnen die Diplomandin Stefanie Drachler gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patientin und Teilnehmerin an dieser klinisch-psychologischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Stefanie Drachler (Diplomandin)

Ständig erreichbar unter: 0680/2339575

## 9. Einwilligungserklärung

Name der Patientin in Druckbuchstaben: .....

Geb.Datum: .....

Ich erkläre mich bereit, an der klinisch-psychologischen Studie „Existenzielle Lebensqualität“ teilzunehmen.

Ich bin von Frau Stefanie Drachler ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinisch-psychologischen Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 4 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit zu überlegen, mich für die Teilnahme auszusprechen. Ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinisch-psychologischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische und gegebenenfalls klinisch-psychologische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinisch-psychologischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Bitte schreiben Sie auf alle Fragebögen folgenden Code (jedoch nicht auf diese Einverständniserklärung):

- 1. Buchstabe des Mädchennamens Ihrer Mutter
- Anzahl der Kinder
- 2. Buchstabe des eigenen Vornamens
- Geburtsmonat in Ziffern
- 1. Buchstabe des eigenen Nachnamens

.....  
(Datum und Unterschrift der Patientin)

.....  
(Datum, Name und Unterschrift der Diplomandin)

## 14.4. Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (Görtz, 2008)

### Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität (ELQ)

Der vorliegende Fragebogen enthält im ersten Teil eine Auflistung verschiedener Lebensbereiche.

Bitte geben Sie im Folgenden zu jedem dieser Bereiche an,

- wie **zufrieden** Sie in dem jeweiligen Lebensbereich sind und
- wie **wichtig** dieser Bereich in Ihrem Leben ist

Bitte setzen Sie zu diesem Zweck jeweils ein Kreuz in eines der Kästchen wie im folgenden Beispiel:

	sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden	sehr wichtig	eher wichtig	kaum wichtig	unwichtig
Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesem Beispiel ist die Person mit ihren Freizeitaktivitäten eher zufrieden und gleichzeitig ist ihr dieses Thema sehr wichtig.

	Wie zufrieden bin ich damit?						Wie bedeutend ist dieser Bereich für mich?			
	sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden	sehr wichtig	eher wichtig	kaum wichtig	unwichtig
1. Berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beziehung zum Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beziehungen zur Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beziehung zu anderen Menschen (Freunde, Bekannte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gesellschaftlich-politische Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie eigentlich - alles in allem genommen - derzeit mit Ihrem Leben?  
(Bitte setzen Sie ein Kreuz irgendwo auf die Linie - je nach Ihrer Zufriedenheit!)

sehr zufrieden sehr unzufrieden

(+) ————— (-)

Im zweiten Teil des Fragebogens werden verschiedene Empfindungen, Gefühle und Erlebnisse aufgezählt, die Menschen in ihrem Alltag verschieden stark erfahren.

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie sehr das jeweilige Gefühl bzw. Erlebnis Ihr Leben in der letzten Zeit geprägt hat bzw. vorhanden war. Es kann sein, dass ein Gefühl nur ein einziges Mal, dafür aber stark aufgetreten ist und lange nachgewirkt hat. Andererseits sind manche Gefühle in Form von Stimmungen ständig vorhanden, ohne dass sie einem besonders auffallen. Bitte geben Sie beide Arten von Gefühlen an. Die angeführten Gefühle und Stimmungen können angenehm oder unangenehm bzw. positiv oder negativ sein. Bitte achten Sie jeweils darauf, unabhängig von ihrer Qualität lediglich die Stärke bzw. Nachhaltigkeit anzugeben!

Dieses Gefühl hat mein Leben in der letzten Zeit geprägt bzw.  
war als Stimmung in letzter Zeit vorhanden

	Sehr	ziemlich	eher	wenig	kaum	garnicht
1. Ein Gefühl innerer Ausgeglichenheit.....	<input type="checkbox"/>					
2. Das Gefühl, genügend Möglichkeiten zu haben, die Dinge zu tun, die mir wichtig sind.....	<input type="checkbox"/>					
3. Das Gefühl, voller Zuversicht in die Zukunft zu schauen.....	<input type="checkbox"/>					
4. Das Gefühl, nichts berührt mich wirklich.....	<input type="checkbox"/>					
5. Ein Gefühl von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein.....	<input type="checkbox"/>					
6. Das Gefühl, unter ständigem Druck zu stehen.....	<input type="checkbox"/>					
7. Das Erlebnis, etwas für einen anderen zu tun, wo es mir selbst warm ums Herz wird.....	<input type="checkbox"/>					
8. Ein wohliges, entspanntes Körpergefühl.....	<input type="checkbox"/>					
9. Das Erleben von Einsamkeit.....	<input type="checkbox"/>					
10. Das Gefühl, dass mein Leben sinnlos ist.....	<input type="checkbox"/>					
11. Das Gefühl, mich in der Beziehung zu einem anderen Menschen 100%ig sicher und geborgen zu fühlen.....	<input type="checkbox"/>					
12. Ein Gefühl von Müdigkeit und Abgespanntheit.....	<input type="checkbox"/>					
13. Das Gefühl, etwas Wichtiges und Wertvolles zu tun.....	<input type="checkbox"/>					
14. Das Empfinden, andere Menschen können mir nichts geben.....	<input type="checkbox"/>					
15. Das Gefühl, den Erwartungen der Umwelt nicht gerecht zu werden.....	<input type="checkbox"/>					
16. Das Gefühl, voller Energie und Tatkraft zu sein.....	<input type="checkbox"/>					
17. Das Gefühl, Probleme und Zusammenhänge zu durchschauen.....	<input type="checkbox"/>					

Bitte weiterblättern!

Dieses Gefühl hat mein Leben in der letzten Zeit geprägt bzw.  
war als Stimmung in letzter Zeit vorhanden

	Sehr	ziemlich	eher	wenig	kaum	gar nicht
18. Das Gefühl der Zufriedenheit mit meinem Mannsein/Frausein.....	<input type="checkbox"/>					
19. Das Gefühl, zu funktionieren anstatt zu leben.....	<input type="checkbox"/>					
20. Das Gefühl von Gesundheit und Vitalität .....	<input type="checkbox"/>					
21. Das Gefühl, mich ganz auf eine Sache konzentrieren zu können .....	<input type="checkbox"/>					
22. Ein angenehmes sexuelles Erlebnis .....	<input type="checkbox"/>					
23. Augenblicke von Unbeschwertheit und Leichtigkeit.....	<input type="checkbox"/>					
24. Die Erfahrung, für jemand anderen bereichernd zu sein	<input type="checkbox"/>					
25. Das Gefühl, für andere Menschen offen zu sein.....	<input type="checkbox"/>					
26. Das Gefühl, sorgenvoll in die Zukunft zu blicken.....	<input type="checkbox"/>					
27. Das Gefühl, niemanden zu haben, auf den ich mich verlassen kann .....	<input type="checkbox"/>					
28. Das Gefühl, mich ganz an die Schönheit eines Kunstwerks, der Musik oder der Natur hinzugeben.....	<input type="checkbox"/>					
29. Das Gefühl, lustlos und an nichts wirklich interessiert zu sein .....	<input type="checkbox"/>					
30. Das Gefühl, mit mir selbst versöhnt zu sein .....	<input type="checkbox"/>					
31. Die Freude, in einer Tätigkeit eigene Ideen zu verwirklichen.....	<input type="checkbox"/>					
32. Die Erfahrung, mir konkrete Ziele zu setzen .....	<input type="checkbox"/>					
33. Ein Gefühl irrealer Angst und Bedrohung.....	<input type="checkbox"/>					
34. Das Empfinden eigener Unzulänglichkeit.....	<input type="checkbox"/>					
35. Das Gefühl, mich auf jemanden verlassen zu können.....	<input type="checkbox"/>					
36. Das Gefühl, mir selbst Fehler verzeihen zu können.....	<input type="checkbox"/>					
37. Das Gefühl, jemanden zu haben, mit dem ich über vieles sprechen kann.....	<input type="checkbox"/>					
38. Das Gefühl, von anderen als Mensch anerkannt und akzeptiert zu werden .....	<input type="checkbox"/>					
39. Das Gefühl, mich in einem tiefen Gespräch echt verstanden zu wissen.....	<input type="checkbox"/>					
40. Ein Gefühl innerer Leere .....	<input type="checkbox"/>					
41. Das Gefühl, zerstreut und unkonzentriert zu sein .....	<input type="checkbox"/>					

Bitte weiterblättern!

Dieses Gefühl hat mein Leben in der letzten Zeit geprägt bzw.  
war als Stimmung in letzter Zeit vorhanden

	Sehr	ziemlich	eher	wenig	kaum	gar nicht
42. Ein Gefühl des Friedens und der Harmonie .....	<input type="checkbox"/>					
43. Das Gefühl von Freiheit und Selbstbestimmung.....	<input type="checkbox"/>					
44. Das Gefühl, ich bin im Grunde in Ordnung, so wie ich bin.....	<input type="checkbox"/>					
45. Das Gefühl, ein inneres Zuhause zu haben .....	<input type="checkbox"/>					
46. Das Gefühl von Frische und Gepflegtsein.....	<input type="checkbox"/>					
47. Ein Gefühl von Unfreiheit und Abhängigkeit.....	<input type="checkbox"/>					
48. Das Gefühl, im Leben gut voranzukommen .....	<input type="checkbox"/>					
49. Das Gefühl einer intensiven Beziehung zum Partner....	<input type="checkbox"/>					
50. Das Gefühl, etwas wert zu sein.....	<input type="checkbox"/>					
51. Das Erleben starker Schuldgefühle.....	<input type="checkbox"/>					
52. Ein Gefühl von Dankbarkeit dem Leben gegenüber	<input type="checkbox"/>					
53. Das Gefühl, als wäre mir der "Boden unter den Füßen weggezogen".....	<input type="checkbox"/>					
54. Das Gefühl, neugierig und an der Welt interessiert zu sein.....	<input type="checkbox"/>					
55. Das Gefühl, eine Sache gut gemacht zu haben.....	<input type="checkbox"/>					
56. Das Gefühl, durch Kritik verstört zu sein.....	<input type="checkbox"/>					
57. Ein Erleben innerer Einheit.....	<input type="checkbox"/>					
58. Das Gefühl, niemanden zu haben, von dem ich mich verstanden fühle.....	<input type="checkbox"/>					
59. Das Gefühl, psychisch wenig belastbar zu sein .....	<input type="checkbox"/>					
60. Die Angst, ernsthaft krank zu sein.....	<input type="checkbox"/>					
61. Das Erlebnis, einem anderen Menschen in einer schwierigen Situation beistehen zu können .....	<input type="checkbox"/>					
62. Das Gefühl, ich bin dem Leben und seinen Schwierig- keiten im Großen und Ganzen gewachsen .....	<input type="checkbox"/>					
63. Das Gefühl, passiv und entschlossen zu sein .....	<input type="checkbox"/>					
64. Das Gefühl, dass mir Wärme und Zuneigung entgegengebracht wird.....	<input type="checkbox"/>					
65. Das Gefühl, die anderen Menschen sind weit weg .....	<input type="checkbox"/>					

Bitte weiterblättern!

Dieses Gefühl hat mein Leben in der letzten Zeit geprägt bzw.  
war als Stimmung in letzter Zeit vorhanden

	Sehr	ziemlich	eher	wenig	kaum	gar nicht
66. Körperliche Schmerzen.....	<input type="checkbox"/>					
67. Das Gefühl, dass alles im Leben seinen Platz und seine Bedeutung hat .....	<input type="checkbox"/>					
68. Das Gefühl von Nervosität und Anspannung .....	<input type="checkbox"/>					
69. Ein Gefühl von Ohnmacht und Verzweiflung.....	<input type="checkbox"/>					
70. Das Gefühl, dazuzugehören.....	<input type="checkbox"/>					
71. Gefühle von Wut und Aggression .....	<input type="checkbox"/>					
72. Das tiefe Vertrauen, in der Welt aufgehoben zu sein.....	<input type="checkbox"/>					

Wie glücklich schätzen Sie - alles in allem - Ihr Leben ein?

sehr glücklich sehr unglücklich  
 ⊕-----⊖

Wie hoch schätzen Sie - alles in allem - Ihr derzeitiges persönliches Wohlbefinden ein?

sehr hoch sehr niedrig  
 ⊕-----⊖

Bitte geben Sie im Folgenden einige Daten und Fakten zu Ihrer Person sowie zu Ihren derzeitigen Lebensumständen an.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. Angaben daneben hinschreiben.)

Alter: \_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:

- weiblich       männlich

Welche Schulbildung haben Sie abgeschlossen?

- Volksschule  
 Hauptschule  
 Fachschule (Handelsschule, Realschule, etc.)  
 Matura  
 Hochschule/Universität

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

- Hausfrau/Hausmann  
 angeleitete(r) Arbeiter(in)  
 Facharbeiter(in)  
 kleine(r)/mittlere(r) Angestellte(r)  
 höhere(r)/leitende(r) Angestellte(r)  
 Selbstständige(r)  
 Landwirt(in)  
 Künstler(in)  
 Sozialberuf oder pädagogischer Beruf  
 Arzt/Ärztin  
 Pensionist(in)  
 sonstiger Beruf: \_\_\_\_\_  
 arbeitslos  
 in Ausbildung, und zwar folgende:  
\_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie?

\_\_\_\_\_ Kinder

Familienstand:

- ledig  
 verheiratet/eheähnliche Lebensgemeinschaft  
 geschieden  
 verwitwet  
 gerade in Trennung befindlich

**Lebenssituation:**

- in Partnerschaft/Ehe, *mit* Kind(ern) lebend
- in Partnerschaft/Ehe, *ohne* Kind(er) lebend
- ohne Partner, mit Kind(ern) lebend
- allein lebend
- mit Eltern bzw. anderen Erziehungspersonen lebend
- betreutes Wohnen

**Wohnsituation:**

- eigene Wohnung/Mietwohnung/Sozialwohnung
- Haus mit Garten
- in einer Wohngemeinschaft mit anderen
- in einer Institution (Wohnheim, Pflegeheim, etc.)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Eigenes Einkommen:**

- ja
- nein

## **14.5. Stress Index RadioOnkologie (Sehlen, Fahmüller et al., 2003)**

## SIRO (Stress Index RadioOnkologie)

Im folgenden Fragebogen finden Sie Belastungssituationen, wie sie in Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation vorkommen können. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei „trifft nicht zu“ (= 0). Wenn ja, kreuzen Sie bitte auf der fünfstelligen Skala (von „kaum“ = 1 bis „sehr stark“ = 5) an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen.

	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum.....mittel.....sehr				
	0	1	2	3	4	5
1. Ich bin oft angespannt bzw. nervös.	0	1	2	3	4	5
2. Ich bin jetzt weniger leistungsfähig/aktiv im Haushalt bzw. Beruf als vor der Erkrankung.	0	1	2	3	4	5
3. Ich habe Angst davor, nicht mehr für die Familie da sein zu können.	0	1	2	3	4	5
4. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung,	0	1	2	3	4	5
5. Ich habe Angst davor, hilflos und abhängig zu sein.	0	1	2	3	4	5
6. Meine Familie schont mich zu sehr.	0	1	2	3	4	5
7. Ich fühle mich nicht ausreichend über meine Erkrankung/ Behandlung informiert.	0	1	2	3	4	5
8. Ich mache mir Sorgen um meinen Partner.	0	1	2	3	4	5
9. Ich habe Angst vor einem Fortschreiten/einer Ausweitung der Erkrankung.	0	1	2	3	4	5
10. Seit der Erkrankung habe ich weniger sexuellen Verkehr.	0	1	2	3	4	5
11. Ich habe zu wenig Gelegenheit, mit einem Fachmann (Arzt, Psychol., Seels. o.ä.) über seel. Belastungen zu sprechen.	0	1	2	3	4	5
12. Auf dem Bestrahlungstisch komme ich mir hilflos und verloren vor.	0	1	2	3	4	5
13. Verschiedene Ärzte haben sich unterschiedlich über meine Erkrankung geäußert.	0	1	2	3	4	5
14. Mein Partner ist in der Sexualität zurückhaltender geworden.	0	1	2	3	4	5
15. Ich muss mich jetzt bei verschiedenen Tätigkeiten häufiger ausruhen als vor der Erkrankung.	0	1	2	3	4	5
16. Ich fühle mich bedrückt bzw. niedergeschlagen.	0	1	2	3	4	5
17. Die Tatsache, dass ich bestrahlt werde, ist eine schlechte Nachricht.	0	1	2	3	4	5
18. Ich habe zu wenig Gelegenheit, seelische Probleme in einer durch einen Fachmann geleiteten Gruppe zu besprechen.	0	1	2	3	4	5
19. Ich habe Angst vor Nebenwirkungen der Strahlentherapie.	0	1	2	3	4	5
20. Ich fühle mich nicht hinreichend über soziale/finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert.	0	1	2	3	4	5
21. Ich leide häufiger unter depressiven Verstimmungen.	0	1	2	3	4	5
22. Ich fühle mich über die Wirkung der ‚Strahlen‘ nicht genügend aufgeklärt.	0	1	2	3	4	5
23. Das Bestrahlungsgerät wirkt auf mich bedrohlich.	0	1	2	3	4	5
24. Ich leide häufiger unter Schlafstörungen.	0	1	2	3	4	5

Stress Index RadioOnkologie SIRO

## 14.6. Qualitative Befragung

Nun bitte ich Sie die folgenden Fragen schriftlich zu beantworten:

1. Worauf können Sie in Ihrem Leben bauen? Was gibt Ihnen Halt im Leben?

---

---

---

---

---

---

2. Was ist Ihnen jetzt im Leben wichtig? Worauf kommt es jetzt in Ihrem Leben an?

---

---

---

---

---

---

3. Wie gehen Sie in der Situation der Brustkrebserkrankung mit sich selbst um? Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

---

---

---

---

---

---

4. Welche Bedeutung hat Ihre Brustkrebserkrankung auf Ihr ganzes Leben gesehen? Wie wollen Sie Ihr Leben weiterhin gestalten?

---

---

---

---

---

---

5. Hat Ihnen die psychologische Betreuung bei einem der vorigen Themen (Halt, Werte, Identität, Zukunft) geholfen?

---

---

---

---

---

---

6. Was war es genau, was Ihnen geholfen hat?

---

---

---

---

---

---

---

7. Welche Art von Behandlung haben Sie seit unserem ersten Gespräch im Krankenhaus in Anspruch genommen?

Chemotherapie	Wie viele Zyklen bisher? _____
Strahlentherapie:	ambulant                      stationär
Psychologische Betreuung	Wenn ja, wie oft?
Einzelgespräche	_____
Paargespräche	_____
Familiengespräche	_____
Entspannungstraining	_____
Andere Behandlungsarten	

---

---

---

8. Warum haben Sie genau diese Behandlungen in Anspruch genommen und warum die anderen nicht?

---

---

---

---

---

---

---

9. Wie hat Ihnen die medizinische Behandlung geholfen?

---

---

---

---

---

---

---

10. Welche Nebenwirkungen haben Sie aufgrund der medizinischen Behandlung?

---

---

---

---

---

---

---

---

11. Gab es außerhalb vom Krankenhaus auch noch andere Unterstützung/Hilfen für Sie?

---

---

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## **14.7. Votum Ethikkommission der Barmherzigen Schwestern Linz**

Herrn  
Prim. Univ.-Doz. Dr. Josef Hammer  
Radio-Onkologie und Strahlentherapie  
Krankenhaus der Barmh. Schwestern  
Betriebs-GmbH  
Seilerstätte 4  
4010 Linz

**Ethik-Kommission**  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Siostrzonek  
Vorsitzender  
TEL: (+43 732) 76 77-6930  
FAX: (+43 732) 76 77-7865  
E-MAIL: peter.siostrzonek@bhs.at

Linz, 2010-06-24

Blatt Nr. 1  
des Protokolls

**Auszug aus dem Protokoll über die Sitzung der Ethik-Kommission  
am Allgemeinen öffentlichen Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz  
am 14.06.2010**

**Anwesende Mitglieder laut Liste**

**Antragsteller:** Fr. Stefanie Drachsler  
**Prüfungsleiter:** Prim. Univ.-Doz. Dr. Josef Hammer

**Es besteht gegen die Durchführung der Studie Nr. 07/10 (hausinterne Studiennummer):**

**Studientitel**

Existenzielle Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit und ohne psychoonkologische Betreuung

**kein Einwand.**

**Zur Beurteilung für eingereichte Dokumente:**

- **Antrag mit Kurzfassung** vom 20. Mai 2010
- **Patienteninformation und Einwilligungserklärung** vom 20. Mai 2010
- **Studienprotokoll** vom 20. Mai 2010

1/2

Die Ethikkommission ersucht über alle schwerwiegenden und unerwarteten unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten sofort informiert zu werden. (Bitte Bewertung des jeweiligen Ereignisses hinsichtlich Schwere und Kausalzusammenhang durch den Prüfleiter sowie eine Mitteilung über eventuell eingeleitete oder geplante Maßnahmen oder Schlussfolgerungen beifügen).

Außerdem möchte die Kommission nach Abschluss der gegenständlichen Studie von deren Ergebnis informiert werden.

Die Ethikkommission des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern legt Ihren Entscheidungen die österreichische Gesetzgebung, die Deklaration von Helsinki, die ICH-GCP-Kriterien und die EU-Richtlinien über die Anwendung der GCP, in ihrer jeweils letztgültigen Fassung zu Grunde.

**Votum der Kommission:**

Von den Mitgliedern/Teilnehmern der Ethik-Kommission am 14.06.2010 und den bis dato erfolgten Änderungen besteht nun kein Einwand gegen die Durchführung der Studie.

Die Richtigkeit bestätigt:



Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Siostrzonek  
Vorsitzender Ethikkommission

Anlage: Blatt 2 des Protokolls

Herrn  
Univ.-Doz. Dr. Josef Hammer  
Radio-Onkologie und Strahlentherapie  
Krankenhaus d. Barmh. Schwestern  
Betriebs-GmbH  
Seilerstätte 4  
4010 Linz

**Ethik-Kommission**  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Siostrzonek  
Vorsitzender  
TEL: (+43 732) 76 77-6930  
FAX: (+43 732) 76 77-7865  
E-MAIL: peter.siostrzonek@bhs.at

Linz, 2011-01-30

Blatt Nr. 1  
des Protokolls

**Auszug aus dem Protokoll über die Sitzung der Ethik-Kommission  
am Allgemeinen öffentlichen Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz  
am 14.06.2010**

**Anwesende Mitglieder laut Liste**

**Antragsteller:** Fr. Stefanie Drachlser

**Prüfungsleiter:** Prim. Univ.-Doz. Dr. Josef Hammer

**Studientitel EK-07/10**

Existenzielle Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit und ohne psychoonkologische Betreuung

**Zur Beurteilung für eingereichte Dokumente:**

- **Antrag mit Kurzfassung** vom 20. Mai 2010
- **Patienteninformation und Einwilligungserklärung** vom 20. Mai 2010
- **Studienprotokoll** vom 20. Mai 2010

Die Ethikkommission des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern legt Ihren Entscheidungen die österreichische Gesetzgebung, die Deklaration von Helsinki, die ICH-GCP-Kriterien und die EU-Richtlinien über die Anwendung der GCP, in ihrer jeweils letztgültigen Fassung zu Grunde.

1/2

**Beschluss der Kommission:**

Von der Mitglieder der Ethikkommission wurden folgende Vorschläge bezüglich der Studiendurchführung erteilt:

1. Es sollte festgehalten werden, dass konsekutive Patienten mit psychoonkologischer Betreuung und ohne psychoonkologische Betreuung eingeschlossen werden. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen sollte bereits zu Studienbeginn und nicht retrospektiv am Studienende erfolgen.
2. Laut Meinung unseres Statistikers könnte und sollte auch gerichtet getestet werden, was den Alphafehler reduzieren würde.
3. Missing values sollten durch den Mittelwert ersetzt werden, nicht mehrere Optionen angeführt werden. Es sollten die beiden Hypothesen auf eine Hypothese im Sinne der Fragestellung reduziert werden.
4. Als Nebenzielgröße ist die Angabe „Alter“ zu streichen.
5. Falls eine ANOVA-Analyse nicht durchgängig möglich ist (Prüfung auf Normalverteilung) muss ein nicht parametrisches Verfahren zur Anwendung kommen.

Nach Erledigung dieser Änderungen wird ein Votum erteilt werden.

Die Richtigkeit bestätigt:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Siostrzonek  
Vorsitzender Ethikkommission

Anlage: Blatt 2 des Protokolls



## 14.8. Curriculum Vitae

### Persönliche Daten

---

Name: Stefanie Drachsler

Staatsbürgerschaft: Österreich

Religion: römisch-katholisch

Wohnort: 4020 Linz

Studienort: 1170 Wien

Familienstand: ledig

Geburtsdatum: 30. Dezember 1983

Geburtsort: Linz

Eltern: Mag. Johann Drachsler, Pensionist  
Mag. Elisabeth Drachsler, geb. Kager, Pensionistin

Geschwister: Dr. Mathias Drachsler, Notariatskandidat  
MMag. Susanne Drachsler, Journalistin

### Berufliche Bildung

---

1990 – 1994 Volksschule 9, Linz

1994 – 2002 Gymnasium Körnerstrasse, Linz

2002 – 2005 Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege  
der Barmherzigen Schwestern Linz

Ab Oktober 2005 Studentin (Diplomstudium Psychologie)

Ab Oktober 2009	Psychotherapeutische Propädeutikum beim Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)
Ab Oktober 2009	Einzelselbsterfahrung - Existenzanalyse und Logotherapie
März – Juni 2010	Gruppenselbsterfahrung - Autogenes Training (Grundstufe, Mittelstufe)

### **Praktikum**

---

Juni – Juli 2009	Barmherzige Schwestern Linz Klinische Psychologie  6-Wochen-Pflichtpraktikum
------------------	--

### **Arbeitstätigkeit**

---

April – Juni 2010	Lernassistenz bei AlphaNova
Dez. 2010 – März 2011	Lernassistenz bei AlphaNova

### **Ferialarbeiten**

---

Diverse Ferialarbeiten während meiner Gymnasialzeit:

- Raiffeisenreise Welt
- Generali's Ladys Cup
- Interio

Ferialarbeiten als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester:

Juli. – Aug. 2006	Barmherzige Schwestern Linz - 4D (2. Klasse)
Juli – Sep. 2007	Barmherzige Schwestern Linz - 3C (Radio-Onkologie, Urologie)
Juli – Aug. 2007	Barmherzige Schwestern Linz - 6F (Remobilisation)