



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Copingstrategien und
das Erleben von Hoffnung
bei Erwachsenen mit einer Krebserkrankung**

Eine systematische Literaturarbeit

Verfasserin

Julia Morgenbesser

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Februar 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 / 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Maya Shaha

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit erklärt, wie Hoffnung durch verschiedene Interventionen gestärkt wird. Man versucht der Krankheit einen Sinn zu verleihen und das Bewusstsein der persönlichen Würde und das Selbstwertgefühl zu erhöhen damit KrebspatientInnen der Zukunft optimistisch entgegensehen können. Hoffnung kann somit als eine Bewältigungsstrategie gesehen werden. Daher wird der Bewältigungsprozess von Richard S. Lazarus` als theoretischer Rahmen in die Überlegungen miteinbezogen.

In internationalen Datenbanken werden Studien zu Bewältigungsstrategien bei Krebs und Pflegeinterventionen zur Aufrechterhaltung von Hoffnung gefunden.

Diese Studien werden in 3 Gruppen eingeteilt. Gruppe 1 beschäftigt sich mit der Erklärung des Hoffnungslevels. Die zweite Gruppe fasst Copingstrategien zusammen und die dritte Gruppe gibt einen Überblick über die Strategien und Pflegeinterventionen.

Die Resultate zeigen auf, dass die soziale Unterstützung der Familie, Spiritualität und die Miteinbeziehung der Pflegekräfte die wichtigsten Rollen im Hoffnungserleben der KrebspatientInnen spielen.

Weiterer Forschungsbedarf ist jedoch dringend nötig, um verschiedene Interventionen zu testen, welche dann entsprechend für verschiedene Krankheitsstadien, Populationen und Kulturen verwendet werden können.

Abstract

This paper describes how hope can be strengthened through different psychological interventions. By attempting to give the sickness a purpose and to increase the patient's awareness of their personal worth and self-confidence, the patients should gain a more optimistic perspective. To encourage hope can be seen as a strategy of accomplishment. That is why Richard S. Lazarus' theory between accomplishments and a patient's hope is included in the reflections. Coping strategies used in cancer and intervention treatment to encourage hope are found in international databases. These studies are divided into three groups.

Group 1 is concerned with the reason for hope. The second group summarizes coping strategies. And the third group gives an overview of the strategies and interventions. These results show that the family's social support, spirituality and involving the caregivers play the most important part for encouraging cancer patients.

More research is necessary to be done to get profound knowledge about different phases of sickness, populations and cultures by testing different interventions.

Vorwort

Allen voran möchte ich meinen Eltern herzlich danken, welche mir ein Studium ermöglichten und mich auch in allen Belangen unterstützt haben.

Weiterer Dank gilt Frau Dr. Maya Shaha, die mir die Möglichkeit gab, die vorliegende Diplomarbeit zu verfassen. Mein weiterer Dank gilt ihrer Mitarbeiterin Mag. Helga Zellhofer, welche mir ebenfalls mit Rat und Tat jederzeit zur Seite stand.

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne Hilfe Dritter angefertigt habe und nur die in der Arbeit ausgewiesenen Hilfsmittel und Quellen verwendet worden sind. Diese Arbeit lag in gleicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vor.

Wien, Februar 2010

Julia Morgenbesser

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhalt.....	11
2. Einleitung.....	15
2.1. Eingrenzung der Arbeit	16
2.2. Ziel und Zweck.....	17
2.3. Ausblick auf die Resultate.....	17
3. Literatur / Background	19
3.1. Problemstellung	19
3.2. Hoffnung.....	19
3.2.1. Definitionen von Hoffnung	19
3.2.2. Hoffnung als individuelles Erleben	20
3.2.3. Hoffnung und Krebs.....	20
3.2.4. Hoffnung und Verzweiflung.....	21
3.2.5. Hertscher Hoffnungsindex	22
3.2.6. Medizinische Perspektive des Konzepts Hoffnung	23
3.3. Bewältigung	23
3.3.1. Definitionen von Bewältigung.....	23
3.3.2. Bewältigung vs. Coping	24
3.3.3. problembezogenes Coping	25
3.3.4. emotionsbezogenes Coping	25
4. Theoretischer Rahmen.....	27
4.1. Der Bewältigungsprozess nach Richard S.Lazarus (Abbildung 1).....	28
4.2. Die Beschreibung des Bewältigungsprozesses	29
5. Methodologie.....	31
5.1. Design.....	31

5.2.	Suchstrategie	32
5.3.	Datenbanken	32
5.3.1.	Medline	32
5.3.2.	Cinahl	32
5.3.3.	Bibliothek Rudolfinerhaus	33
5.4.	Auflistung der Suchstrings	34
5.4.1.	Abbildung 2.....	35
5.4.2.	Abbildung 3.....	36
5.5.	Analyse / Bewertung / Evidenzlevel.....	37
5.5.1.	Abbildung 4.....	38
5.5.2.	Level 1	39
5.5.3.	Level 2	39
5.5.4.	Level 3	39
5.6.	Analyse der Messinstrumente	39
5.6.1.	Messinstrumente	40
6.	Resultate	41
6.1.	Teil 1: Tabellen (im Anhang)	41
6.2.	Teil 2: Vorstellen der Resultate	41
6.2.1.	Gruppe 1: Erklärung des Hoffnungslevels bei..... KrebspatientInnen.....	42
6.2.2.	Gruppe 2: Copingstrategien bei KrebspatientInnen	45
6.2.3.	Gruppe 3: Strategien und Pflegeinterventionen um Hoffnung..... aufrechtzuerhalten und Bewältigung zu fördern	49
6.3.	Analyse	51
6.3.1.	Analyse anhand der Krebsformen	51
6.3.2.	Analyse anhand der Resultate	51
7.	Diskussion.....	53
7.1.	Bedeutung für die Praxis	53
7.2.	Weiterführende Forschung.....	53

7.3. Beantwortung der Forschungsfragen	53
7.3.1. Wie wird "Hoffnung bei Krebs" in der Literatur beschrieben?	54
7.3.2. Welche Pflegeinterventionen und Copingstrategien wurden.....	
in der Literaturrecherche gefunden?	55
7.3.3. Welche Pflegeinterventionen und Copingstrategien können in.....	
in die Pflegepraxis eingegliedert werden?	56
 8. Schlussfolgerungen.....	 57
9. Quellenverzeichnis	67
10. Anhang	55

2. Einleitung

Jährlich erkranken in Österreich etwa 36.000 Menschen an Krebs. Krebs ist nach den Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Diese Zunahme der Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken ist auf das steigende Lebensalter zurückzuführen (Statistik Austria, 2009)

Die Bedeutung der Krebserkrankungen, deren Folgen und Auswirkungen auf den einzelnen Menschen und die Gesellschaft werden daher auch in Zukunft bei der Planung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung weiter zunehmen.

Bei rund einem Drittel der österreichischen KrebspatientInnen kann der Tumor lokalisiert werden, bei einem Viertel ist die Organgrenze durchbrochen. Bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten kann das Tumorstadium nicht festgestellt werden.

Die kurativen Behandlungsmethoden bei Krebs haben sich durch die Medizin in den letzten drei Jahrzehnten durch intensive Forschung weiterentwickelt. Das hat zu einer höheren Überlebensrate geführt.

Im Falle der Diagnose Krebs sehen sich Menschen nicht nur mit dem Umstand konfrontiert, mit der Krankheit umzugehen, sondern müssen auch viele elementare Bereiche des Lebens möglicherweise neu überdenken oder neu ordnen.

Ein Schlüsselkonzept für die Pflegepraxis ist Coping, denn jeder kranke Mensch gibt – sei es im Gespräch oder durch sein Verhalten – den Pflegenden Informationen darüber, wie er mit seinem Krankheitsgeschehen umgeht (vgl. Baldegger, 2000).

Trotz des häufigen Vorkommens und der großen Bedeutung dieses Konzepts kann Coping als eine Art „Kunstabgriif“ bezeichnet werden. Coping ist häufig nicht direkt erkennbar oder ableitbar, sondern muss durch Interpretation der Situation und der Person, durch Rückschlüsse und Folgerungen der Pflegenden erkannt und zugeordnet werden (Baldegger, 2000).

Die Literatur zum Thema Coping ist immens, und viele Aussagen in der Literatur sind widersprüchlich.

Häufig wird in der Literatur angesprochen, dass Pflegekräfte eine wichtige Rolle für die betroffenen Menschen spielen. Sie sind unmittelbar mit den PatientInnen

konfrontiert und haben Einblick in die Lebenssituation und das persönliche Umfeld der Patientinnen und Patienten. Von Pflegepersonen wird erwartet, dass sie die KrebspatientInnen darin unterstützen, sie in ihrer Hoffnung zu bestärken, und ihnen die beste Möglichkeit der Bewältigung aufzeigen. Bewältigungsmuster sind von Mensch zu Mensch und in den einzelnen Krankheitsphasen unterschiedlich. (Baldegger, 2000).

Die vorliegende Arbeit erklärt und beschreibt Copingstrategien und die Anwendung dieser bei KrebspatientInnen, und gibt weiters einen systematischen Überblick über Pflegeinterventionen zur Aufrechterhaltung und Förderung von Hoffnung bei KrebspatientInnen.

2.1. Eingrenzung der Forschungsarbeit

Die Formulierung der Forschungsfrage behandelt eine Reihe unterschiedlicher Aspekte der Sozialforschung. Themengebiete wie Bewältigung, Bewältigungsstrategien, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit sind hier enthalten. Diese einzelnen Faktoren werden in dieser Abhandlung unterschiedlich genau beleuchtet. In vielen dieser Themengebieten - so sind sich die ForscherInnen einig – ist noch zu wenig Studienmaterial vorhanden. Um diese Lücke zu schließen muss die Pflege weitere Anstrengungen unternehmen und steht somit vor einer großen Herausforderung.

Diese systematische Literaturübersicht beschäftigt sich daher mit der folgenden Frage:

Welche Copingstrategien geben bei Erwachsenen mit einer Krebserkrankung Hoffnung?

Weitere Unterfragen sind:

- Wie wird „Hoffnung bei Krebs“ in der Literatur beschrieben?

- Welche Pflegeinterventionen und Copingstrategien wurden in der Literaturrecherche gefunden?
- Welche Pflegeinterventionen und Copingstrategien können in die Pflegepraxis eingegliedert werden?

2.2. Ziel und Zweck

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über Copingstrategien bei erwachsenen KrebspatientInnen zu geben und diese dann durch eine systematische Literaturrecherche zu erfassen und darzustellen. Ein weiteres Ziel ist es, die pflegerische Seite näher zu beleuchten, da die Pflegepraxis beinahe in jedem Bereich sehr viel mit KrebspatientInnen zu tun hat. Im Zuge dessen können Standards und Richtlinien für die Pflegepraxis entwickelt werden und in weiterer Folge wird man erkennen können, wo noch Forschungsbedarf besteht.

2.3. Ausblick auf die Resultate

Zunächst werden Forschungsarbeiten zum Thema „Copingstrategien bei KrebspatientInnen“ betrachtet. Dabei wird klar, dass Hoffnung ein komplexes Phänomen ist, welches individuell erlebt wird. Der theoretische Rahmen, welcher in dieser Arbeit der Bewältigungsprozess von Richard S. Lazarus ist, wird auch in die Überlegungen miteinbezogen.

Der Hauptteil dieser Arbeit besteht in der Recherche und in der Auswertung der gefundenen Daten zu Interventionen von Hoffnung und steht weiters unter dem Aspekt, dass Hoffnung eine Bewältigungsstrategie ist.

Die Daten werden strukturiert dargestellt und diskutiert. Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden Rückschlüsse gezogen, eine Definition von Hoffnung soll gefunden und Implikationen für die Praxis sollen gegeben werden.

3. Literatur / Background

3.1. Problemstellung

Pro Jahr sterben rund 7.4 Millionen weltweit an Krebs. Das sind 13% aller Sterbefälle weltweit (WHO, 2009). In Österreich erkranken jährlich 37.000 Menschen an Krebs. Damit sind Krebserkrankungen für etwa ein Viertel der jährlichen Todesfälle verantwortlich. (Statistik Austria, 2009). Bei Feststellung der Diagnose entstehen für den Betroffenen natürlich eine Vielzahl an Emotionen wie Angst, Wut, Hilflosigkeit, Trauer, Ärger und andere. Trotz all dieser eher negativ besetzten Gefühlsregungen kommt auch das Gefühl der Hoffnung auf.

3.2. Hoffnung

3.2.1. Definitionen von Hoffnung

Nach Houldin (2003) ist Hoffnung ein schwer fassbares, komplexes Konzept, das aus definitorischen Gründen in Aspekte des inneren Erlebens und auf das nach außen gerichtete Erwarten bzw. auf Objekte der Hoffnung zerlegt werden kann; doch in der Praxis ist der Begriff Hoffnung im Wesentlichen durch seinen Sinn für ein bestimmtes Individuum in einer gegebenen Situation definiert.

In der Fachliteratur findet sich die Definition, dass Hoffnung ein vielschichtiges Konstrukt ist, das in den Gefahren des Lebens und bei persönlichen Herausforderungen Trost spendet (Hinds, 1984).

Wenn man den Versuch einer Definition des Begriffs Hoffnung unternimmt, gibt die Fachliteratur vorwiegend zur Antwort, dass Hoffnung eine auf das Erreichen wichtiger Ziele gerichtete Erwartungshaltung ist (Stoner, 1983).

Nach Dufault und Martocchio (1985) muss man zwischen generalisierter Hoffnung, also dem inneren Erleben des Hoffens, und partikularisierter Hoffnung, die auf ein bestimmtes Ziel oder Resultat gerichtet ist, unterscheiden. Hoffnung ist also nach Dufault und Martocchio (1985) eine vielschichtige, dynamische Lebenskraft, die durch die vertrauensvolle, aber ungewisse Erwartung gekennzeichnet ist, ein

zukünftiges Ziel zu erreichen, das der hoffende Mensch für realistisch erreichbar hält und das für ihn persönlich bedeutsam ist.

3.2.2. Hoffnung als individuelles Erleben

Wie bereits angeführt, wird Hoffnung individuell definiert. Theoretisch gesehen scheinen viele Faktoren auf die Entstehung und das Erleben von Hoffnung einzuwirken. Manche Autoren halten die Kontrolle für einen wesentlichen Faktor, um Hoffnung aufrechterhalten zu können. Andere Autoren (Weiner, 1985) sehen einen wichtigen Faktor darin, dass man den Geschehnissen einen Sinn zuschreiben kann. Das heißt, dass das zentrale Moment für den Prozess des Hoffens darin besteht, dem gegenwärtigen Erleben mit seinen Implikationen für die Zukunft einen Sinn geben zu können. Weiters wird der soziale Rückhalt, den ein Mensch spürt, als ein wesentlicher Aspekt bei der Definition des Begriffs Hoffnung gesehen. Das bedeutet, dass die Pflege der Beziehungen und Verbundenheit mit anderen Menschen eine wichtige Voraussetzung ist, um Hoffnung bewahren zu können (Herth, 1990; Raleigh, 1992).

3.2.3. Hoffnung und Krebs

Es wird allgemein bestätigt, dass Hoffnung bei einer Krebserkrankung und insbesondere, die dem Patienten innewohnenden Quellen der Hoffnung, die meistens unabhängig von der Krankheit bestehen, etwas Wertvolles und Notwendiges sind. (vgl. Herth, 1990; Ersek, 1992).

Zum Thema Hoffnung bei KrebspatientInnen gibt es individuelle Unterschiede in der Definition von Hoffnung.

Herth (1990) definiert Hoffnung als eine innere Kraft, die auf eine Bereicherung des Seins ausgerichtet ist. Ballard (1997) stellt fest, dass Patienten mit einer frisch diagnostizierten Krebserkrankung und Patienten mit einer rezidivierenden

Krebserkrankung sich nicht im Grad der Hoffnung voneinander unterscheiden, sondern in der Art der Hoffnung.

Damit lässt sich sagen, dass Patienten mit einer rezidivierenden Krebserkrankung tendenziell im Glauben eine Quelle der Hoffnung sehen, während sich die Hoffnung der Patienten mit einer frisch diagnostizierten Krebserkrankung auf die professionellen Helfer konzentriert. Andere Autoren wie z.B. Mahon (1990) fanden heraus, dass PatientInnen mit einer rezidivierenden Krebserkrankung weniger optimistisch sind.

Auf jeden Fall spricht vieles dafür, dass Hoffnung die Anpassung an die Krankheit erhöht (vgl. Christman, 1990; Ersek, 1992) und zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen kann (vgl. Rustoen, 1995). Weitere Autoren geben zu bedenken, dass Hoffnung in manchen Fällen die Anpassung an die Krankheit gefährden könnte. (vgl. Tomke, 1985; Omer / Rosenbaum, 1997).

Die genannten Autoren beobachten, dass die Erfahrung krankheitsbedingter Trauer und Verzweiflung für viele Patienten ein wichtiger erster Schritt im Prozess des Hoffens ist. Wenn also Patienten in ihrem Prozess der Trauerarbeit um verlorene Erwartungen respektiert und darin unterstützt werden, neue Objekte der Hoffnung zu konstruieren, kann das für die Entwicklung eines realistischen und beständigen Optimismus tatsächlich sehr wichtig sein.

3.2.4. Hoffnung und Verzweiflung

Generell werden in der Fachliteratur zahlreiche, dem Menschen innewohnende und von außen kommende Dimensionen des Konzepts Hoffnung beschrieben. Diese Dimensionen sind individuell sehr verschieden und größtenteils von persönlichen Wertvorstellungen und Zielen geprägt. Besonders für Menschen mit einer körperlichen Krankheit scheint die innere Erfahrung des Hoffens – d.h. trotz unerfüllter Erwartungen für sich persönlich einen Sinn zu finden – wichtig zu sein, um Hoffnung auf die Dauer erhalten zu können. Jedoch schließt die Existenz von Hoffnung die Erfahrung von Verzweiflung nicht aus, denn Hoffnung und

Verzweiflung können nebeneinander bestehen und manche Autoren meinen, dass beide Konzepte nebeneinander bestehen müssten, um einen Sinn zu haben. (vgl. Houldin, 2003).

Spencer, Davidson, und White (1997) halten es für wichtig, die Grenzen der Hoffnung zu erkennen, die mit der Verzweiflung und der Trauer verbundenen Emotionen zu verstehen und sich über die Entdeckung neuer Zukunftsmöglichkeiten zu freuen.

Eine permanente Herausforderung an die Ärzte und die Pflegenden in der Onkologie ist die Suche nach der Übereinstimmung von wahrheitsgetreuer Information und Wahrung der Hoffnung mit den Bedürfnissen des Patienten. Wie Nekolaichuk und Bruera (1998) feststellen, ist grundlose Verzweiflung genauso destruktiv wie grundlose Hoffnung.

Die ganze Wahrheit über den medizinischen Befund ist für manche Patienten vielleicht weder wünschenswert noch hilfreich, für andere Patienten dagegen durchaus von großer Bedeutung (Houldin, 2003).

3.2.5. Herthscher Hoffnungsindex (HHI)

Der Hoffnungswert der PatientInnen kann anhand des Herthschen Hoffnungsindexes gemessen werden. Dieses Messinstrument wurde konstruiert, um einerseits der Multidimensionalität von Hoffnung gerecht zu werden, und um andererseits Untersuchungen an akut, chronisch oder todkranken Erwachsenen im klinischen Bereich zu ermöglichen. Der HHI besteht aus 12 Items mit jeweils einer vierstufigen Likertskala. Die erzielten Werte können zwischen 12 und 48 liegen. Je höher die Punktezahl, desto größer ist die Hoffnung (vgl. Rittweger, 2007).

3.2.6. Medizinische Perspektive des Konzepts Hoffnung

Nach Kleeberg (1998) besteht ein Vier-Phasen-Zyklus von Hoffnung, den die meisten unheilbaren Krebskranken durchleben:

1. Hoffnung auf Heilung
2. Hoffnung auf Lebensverlängerung
3. Hoffnung auf Besserung
4. Hoffnung auf Geborgenheit, Trost und Begleitung.

In jeder Phase ist die Hoffnung mit dem subjektiven Belastungsempfinden verbunden, sodass die gelungene Hoffnungsanpassung sich in einem geringeren subjektiven Belastungsempfinden ausdrücken kann. Somit könnte Hoffnung eine Copingstrategie der krebserkrankten Personen in der jeweiligen Erkrankungsphase sein, welche von der Forschung bisher vernachlässigt wurde. Schon Weismann war als Erster davon überzeugt: „Hoping is coping“. Jedoch wird in der deutschsprachigen Literatur Hoffnung überwiegend als Erfahrungsprozess in der Auseinandersetzung mit krankheitsbedingten Belastungen beschrieben. (vgl. Kleeberg, 1998).

3.3. Bewältigung

3.3.1. Definitionen von Bewältigung

Wie bereits erwähnt, ist Hoffnung eine Voraussetzung für gute Bewältigung und weiters eine Bewältigungsstrategie. (vgl. Weismann, 1979). Somit ist es sinnvoll, sich mit dem Konzept der Bewältigung auseinanderzusetzen.

Baldegger konzentriert sich in der Erklärung des Bewältigungskonzepts auf die Aussagen von Filipp (1995), die das Konzept der Bewältigung mit dem Konzept der kritischen Lebensereignisse in Zusammenhang bringt. Ein Definitionsmerkmal eines kritischen Lebensereignisses wäre etwa die Unterbrechung gewohnter Handlungsabläufe, welche die Veränderung oder den Abbau bisheriger Verhaltensmuster erfordern. Diese Unterbrechungen gelten als stressreich, unabhängig davon, ob sie positiv/erwünscht oder negativ/unerwünscht sind (Filipp, 1995).

In der Beschreibung des Konzepts der Bewältigung geht Baldegger (2000) im nächsten Schritt auf die Krankheitsbewältigung ein, welche als Prototyp von kritischen Lebensereignissen gilt.

Laut Baldegger (2000) gilt Krankheit und ihre Bewältigung als Prototyp von kritischen Lebensereignissen. Bewältigung wird im Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsarten, Krankheitssituationen/-phasen und Krankheitsverläufen untersucht.

3.3.2. Bewältigung vs. Coping

Die Begriffe Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitung werden in der Literatur weitgehend synonym verwendet, wobei der englischsprachige Ausdruck „Coping“ die Bewältigung belastender Ereignisse allgemein bezeichnet. (Weis, 1998).

Im deutschsprachigen Raum hat sich Bewältigung als Übersetzung von Coping durchgesetzt. Genauer kann man den Begriff mit „Auseinandersetzung“, „Krankheitsverarbeitung“ oder „Umgang mit Krankheit“ definieren.

Coping bezeichnet ausschließlich die aktive Auseinandersetzung mit dem Geschehen. In der Regel wird jedoch darauf verzichtet, zusätzlich sprachlich darauf hinzuweisen, ob man etwas gut oder schlecht bewältigt hat.

Bei der Bezeichnung „Bewältigung“ schwingt jedoch in der Bedeutung des Wortes ein erfolgreicher Abschluss der Maßnahme mit. Diese zusätzlich positive Bedeutung macht die Betroffenen andererseits einen unnötigen Druck einen Vorgang positiv abschließen zu müssen (vgl. Baldegger, 2000).

In dieser Arbeit ist Bewältigung und Coping gleichzusetzen.

Coping kann in zwei Funktionen zugeordnet werden: Emotionsbezogenes Coping und problembezogenes Coping.

3.3.3. Problembezogenes Coping

Laut Buddeberg und Brähler (2004) ist die Bewältigung dann problembezogen, wenn sich die Person direkt mit den Bedingungen befasst, von denen eine Schädigung, Bedrohungen oder Herausforderung ausgehen.

Die problembezogene Bewältigung bezieht sich auf Anstrengungen des Individuums, die eigentliche Ursache des psychologischen Stresszustands, die mangelnde Übereinstimmung mit der Umwelt, zu beseitigen (Pfaff, 1989). Folgende Möglichkeiten gehören in diese Kategorie: Anpassung der Umwelt an das Individuum, Anpassung an die Umwelt, Rückzug aus der Umwelt. Die Anpassung der Umgebung an die eigene Person beinhaltet in Bezug auf die Arbeitswelt jene Versuche, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass sie den persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen entgegenkommen. Die Anpassung an die Umwelt beinhaltet die Verbesserung der persönlichen Ressourcen und Qualifikationen (vgl. Pfaff, 1989). Bei der Strategie des Rückzugs wird dem Problem aus dem Weg gegangen, indem man sich auf lohnenswertere Bereiche, wie Freizeit, Familie etc. konzentriert (vgl. Pfaff, 1989).

3.3.4. Emotionsbezogenes Coping

Lazarus und Folkman (1984) verstehen unter emotionsbezogenem Coping jene Anstrengungen, die primär auf die Emotionsregulierung gerichtet sind. Eine erfolgreiche Bewältigung des Stressors wird dadurch emotional positiv erlebt. Eine missglückte Bewältigung drückt sich emotional als Angst oder Depression aus und wird Distress genannt (vgl. Buddeberg / Brähler, 2004). Distress bedeutet für die Person eine Belastung und fordert zur Neubewertung – dem „reframing“ auf, welches die erneute Einschätzung der Belastung, der Ressourcen sowie der

individuellen Ziele beinhaltet. Diese Ebene ist insbesondere bei dem Auftreten einer chronischen Krankheit von besonderer Bedeutung.

Die Verwendung von emotionsbezogenem Coping schließt immer Gefühle mit ein. Dies kann sich mittels Optimismus, Resignation oder Wut zeigen (vgl. Buddeberg / Brähler, 2004).

Es wird versucht die Stressreaktionen zu regulieren. Kognitive und emotionale Reaktionen, welche am Selbstbild ansetzen und darauf abzielen die belastungsbedingten Beeinträchtigungen zu beheben, um dadurch das Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten bzw. wiederherzustellen, sind hier einzuordnen (Pfaff, 1989).

4. Theoretischer Rahmen

Bei der Auseinandersetzung und Bewältigung von kritischen Lebensereignissen handelt es sich um einen Prozess mit unterschiedlicher zeitlicher Erstreckung. Phasenmodelle, wie eines z.B. Kübler-Ross (1969) entwickelt hat, haben sich nicht bestätigt (vgl. Muthny, 1990).

Lazarus (1984) entwickelte ein Modell des Bewältigungsprozesses, in dem er der Einschätzung des Geschehens sowie der Beurteilung der eigenen Bewältigungsressourcen eine zentrale Rolle gibt. Dieses Modell erweist sich angesichts der Gewichtung des Subjektiven als wertvoller Hinweis für die Erfassung vom Bewältigungsverhalten in der Pflegepraxis und bildet den theoretischen Rahmen dieser Arbeit (Filipp, 1995).

4.1. Der Bewältigungsprozess nach Richard S. Lazarus

(übernommen von Baldegger, 2000, da das Original nicht verfügbar ist)

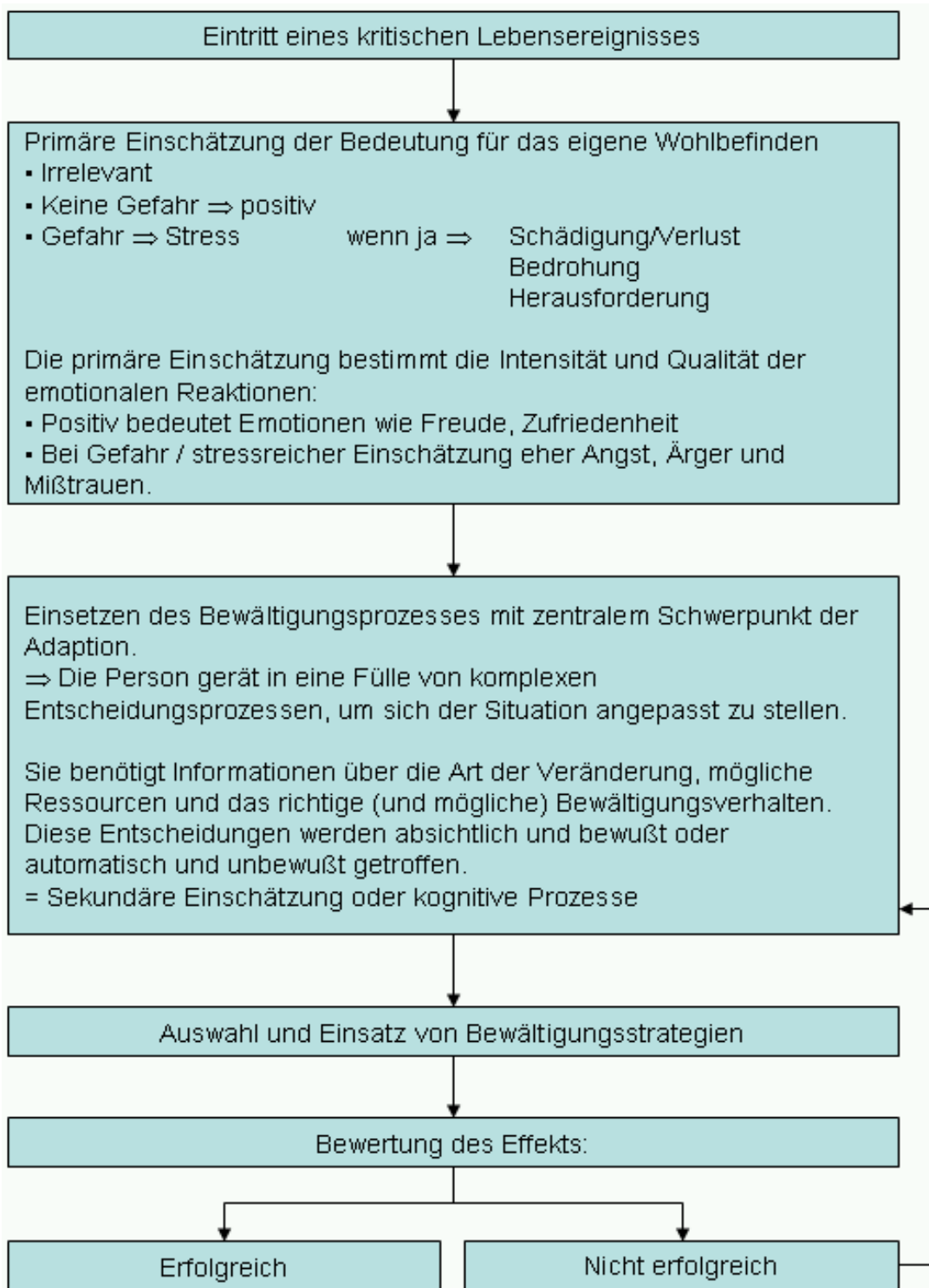


Abbildung 1: Der Bewältigungsprozess nach Richard S. Lazarus, in Baldegger, 2000

S.137

4.2. Die Beschreibung des Bewältigungsprozesses nach Richard S. Lazarus

Die primäre Einschätzung umschreibt den Vorgang innerhalb dessen die Bedeutung einer Transaktion mit der Umwelt für das eigene Wohlbefinden eingeschätzt wird. Solche Einschätzungen treten in drei Formen auf, indem diese entweder irrelevant, positiv oder stressreich bewertet werden. Innerhalb der Einschätzung lassen sich drei Subtypen unterscheiden, nämlich Schädigung / Verlust, Bedrohung oder Herausforderung. (Lazarus, 1984).

Die Primäre Einschätzung bezogen auf die Bedeutung einer Transaktion für das subjektive Wohlbefinden ist eine Frage der Art: „Liegt irgendetwas an?“ Ist die Antwort darauf „ich bin in Gefahr“, dann beginnt ein zentraler adaptiver Prozess, nämlich der der Bewältigung. Die betroffene Person muss absichtlich und bewusst oder unbewusst und automatisch eine Entscheidung treffen, was zu tun ist. Dazu braucht die Person Informationen über ihre persönlichen und sozialen Ressourcen, auf die sie zurückgreifen kann. Dies alles erfordert eine Fülle komplexer Einschätzungsprozesse, die sich auf die Entscheidung für ein bestimmtes Bewältigungsverhalten beziehen. Diese kognitiven Prozesse werden „sekundäre Einschätzungen“ genannt (Lazarus, 1984).

5. Methodologie / Methode

5.1. Design

Die Basis für eine systematische Literaturübersicht ist die Literaturrecherche und daraus folgend die Bearbeitung der gefundenen Artikel zu diesem Thema.

Das heißt, man versucht möglichst alle Informationen zu der gewählten Forschungsfrage kritisch zu interpretieren und zusammenzufassen.

Mayer (2007) beschreibt systematische Reviews als Zusammenfassungen des aktuellen Forschungsstandes zu einem bestimmten Thema. Systematische Literaturarbeiten unterscheiden sich von „gewöhnlichen“ Literaturübersichten oder – Zusammenfassungen, indem sie die dargestellten Ergebnisse nach klar definierten Kriterien auswählen und bewerten.

Das Ziel „systematischer Literaturarbeiten“ ist das Ausfindigmachen, Bewerten und Zusammenfassen wissenschaftlicher Studien, um informative, empirisch zu belegende Antworten auf spezifisch wissenschaftliche Fragen zur Verfügung zu stellen. (Dickson, 1999). Hierzu sollen bestimmte Schlüsselwörter gefunden werden, welche für das weitere Vorgehen von Bedeutung sind. In der kontinuierlichen Auseinandersetzung wird das Thema eingengt und so können Ausschlusskriterien festgelegt werden, welche sich nach der Fragestellung ergeben. (Mayer, 2007).

In meinem Fall heißt diese *„Welche Copingstrategien geben bei Erwachsenen mit einer Krebserkrankung Hoffnung?“*

Der theoretische Rahmen bildet die für die eigene Arbeit zugrunde gelegte Theorie ab.

Im nächsten Schritt wird systematisch entwickelt, wie viel Datenmaterial gefunden wird und welche Daten davon für die eigene Forschung zurückbehalten werden können. Die Studien werden gelesen, in der Folge Gruppen gebildet, die sich entweder nach den Inhalten, den PatientInnengruppen, dem Studiendesign oder an den Resultaten orientieren.

Die einzelnen Gruppen werden in Tabellen aufgelistet, bewertet, verglichen und interpretiert. Weiteres werden die Ergebnisse diskutiert, der theoretische Rahmen

wird beschrieben, Stärken und Schwächen identifiziert und Anregungen für die weitere Praxis und das Management gegeben.

5.2. Suchstrategie

Die Literaturrecherche wurde von April 2009 bis August 2009 durchgeführt und hat sich auf die Datenbanken Cinahl und Medline beschränkt. Im deutschsprachigen Raum hat sich nur wenig pflegewissenschaftliche Literatur finden lassen. Aufgrund dessen habe ich meine Literaturrecherche in diesem Rahmen ausschließlich auf englischsprachige Studien gestützt.

Ein weiterer Teil der Literaturrecherchen wurde in den Universitätsbibliotheken an der Universität Wien und an der Medizinischen Universität Wien sowie in der Fachbibliothek im Rudolfinerhaus in Wien vorgenommen.

5.3. Datenbanken

5.3.1. Medline

MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) enthält Nachweise der internationalen Literatur aus der Medizin einschließlich der Zahn- und Veterinärmedizin, Psychologie und des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Datenbank entspricht dem gedruckten Index Medicus und einigen anderen gedruckten Bibliografien. Quellen sind ca. 4.800 internationale Zeitschriften. Suchbar sind bibliografische Angaben, Deskriptoren und Abstracts.
(<http://www.dimdi.de>)

5.3.2. Cinahl

CINAHL ist eine englischsprachig fachbibliographische Datenbank für den Bereich Krankenpflege und Allied Health Medicine. Ausgewertet und indexiert werden über

1800 Zeitschriften. Weiters werden auch Monographien, Dissertationen, audiovisuelle Medien, ausgewählte Kongressberichte Standards und Lernunterlagen nachgewiesen. Der Datenbestand umfasst über 1.300.000 Einträge
(ub.univie.ac.at)

5.3.3. Pflegebibliothek Rudolfinerhaus

Die Pflegebibliothek Im Rudolfinerhaus enthält über 2000 Bücher und ca. 15 verschiedene Zeitschriftenabonnements aus dem Pflegebereich.

Seit 1994 werden Fachartikel aus der Pflegebibliothek des Rudolfinerhaus durch eine Datenbank mit bibliographischen Daten aufgeschlossen.

Die bibliographischen Daten (wie AutorIn, Titel, Untertitel, Quelle) stammen in erster Linie von Fachartikeln aus Zeitschriften der Bibliothek und werden laufend ergänzt. Es werden Titel aufgenommen, die für Praxis, Aus- und Fortbildung in der Pflege relevant erscheinen. Der Aufsatz-Katalog enthält Titel

- aus Praxis und Theorie
- aus der allgemeinen Pflege
- vereinzelt aus Spezialgebieten
- aus der Wissenschaft
- aus der Erfahrung

(<http://www.rudolfinerhaus.at>)

In diesem Zeitschriftenkatalog stellte ich eine Literaturliste von neun passenden Zeitschriftenartikeln zusammen, wobei letztendlich drei Artikel in meine Diplomarbeit aufgenommen wurden.

1. Patterns of „balancing between hope and despair“ in the diagnostic phase. A grounded theory study of patients on the gastroenterology ward“, Giske, T. In. Journal Of Advanced Nursing, 2008; 22-31

2. Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of qualitative research, Wiles, R. In: Journal Of Advanced Nursing; 2008, 564-573
3. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer, Herth K., In: Journal Of Advanced Nursing; 2000, 1431-1441

5.4. Auflistung der Suchstrings

Bei der Suche nach passenden Studien wurden - wie anhand der Tabellen (Abbildung 2 und Abbildung 3) sichtbar - folgende Suchbegriffe verwendet:

5.4.1. Abbildung 2: Auflistung der Suchstrings in Cinahl

SUCHSTRINGS CINAHL bis 05.08.2009				
Keywords		How many		relevant
Cancer		2291041		-
Cancer	Coping strategies	66		8
Cancer	Coping strategies	1	Adults	-
Cancer	Coping strategies	3	Adults Hope	2
Cancer	Coping strategies	1	Adults Hopelessness	0
Cancer	Coping strategies	26	Adults Intervention	3
Cancer	Coping strategies	33	Adults Treatment	-
Cancer	Coping strategies	28	Adults Therapy	2
Cancer	Coping strategies	31	Adults Patients	-
Cancer	Coping strategies	13	Adults Tumor	2
Cancer	Hope	76	Adults	4
				21

5.4.2. Abbildung 3: Auflistung der Suchstrings in Medline

SUCHSTRINGS MEDLINE bis 05.08.2009				
Keywords			How many	relevant
Cancer			2291041	-
Cancer	Coping strategies		865	-
Cancer	Coping strategies	Adults	562	20
Cancer	Coping strategies	Adults	39	19
Cancer	Coping strategies	Adults	5	-
Cancer	Coping strategies	Adults	77	-
Cancer	Coping strategies	Adults	423	2
Cancer	Coping strategies	Adults	375	5
Cancer	Coping strategies	Adults	389	10
Cancer	Coping strategies	Adults	509	4
Cancer	Hope	Adults	50	8
				68

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, wurden in der Datenbank MEDLINE 68 Studien und in der Datenbank CINAHL 21 Studien gefunden, wovon jedoch einige aufgrund ihres Evidenzniveaus oder anderer Ausschlusskriterien nicht in die Arbeit mit aufgenommen wurden

5.5. Analyse / Bewertung/ Evidenzlevel

Die Datenanalyse und Beurteilung der Daten ist nach dem Raster „Einschätzung der Forschungsevidenz“ des John Hopkins Hospital erfolgt, welche durch Frau Dr. Maya Shaha übersetzt wurde. (siehe Abbildung 4)

5.5.1. Abbildung 4: Einschätzung der Forschungsevidenz des John Hopkins Hospital

JHNEBP: Einschätzung der Forschungsevidenz

Evidenzniveau: _____

TITEL DES ARTIKELS:				NUMMER:	
AUTOR(EN):				DATUM:	
JOURNAL:					
SETTING:				PROBANDENGRUPPE (ZUSAMMENSETZUNG/GRÖSSE)	
☐ Experimentell	☐ Meta-Analyse	☐ Quasi-experimentell	☐ Nicht experimentell	☐ Qualitativ	☐ Meta-Synthese
Kann diese Studie auf meine PatientInnen angewendet werden?				☐ Ja	☐ Nein
Wenn die Antwort Nein ist, dann STOPP (ausser es gibt irgendwelche ähnlichen Charakteristiken).					
Stärke des Studiendesigns					
• War die Probandengrösse adäquat und angemessen? • Wurden die Teilnehmenden randomisiert zugeteilt? • Gab es eine Intervention? • Gab es eine Kontrollgruppe? • Falls es mehr als eine Gruppe hatte, wurden die Gruppen gleich behandelt abgesehen von der Intervention? • Wurden die Datensammlungsmethoden adäquat beschrieben?				☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja	☐ Nein ☐ Nein ☐ Nein ☐ Nein ☐ Nein ☐ Nein
Studienresultate					
• Wurden die Resultate klar präsentiert? • Wurde eine Analyse/Interpretation geboten?				☐ Ja ☐ Ja	☐ Nein ☐ Nein
Schlussfolgerungen der Studie					
• Waren die Schlussfolgerungen auf die präsentierten Resultate basiert? • Wurden die Studienlimitationen identifiziert und diskutiert?				☐ Ja ☐ Ja	☐ Nein ☐ Nein
RELEVANTE STUDIENRESULTATE UND EMPFEHLUNGEN					
Werden die Resultate mir helfen, meine PatientInnen besser zu pflegen?				☐ Ja	☐ Nein

Evidenz Einschätzung (Skala nachfolgend)

Stärke der Evidenzeinschätzung			
Qualität der Einschätzung	☐ Hoch (A)	☐ Gut (B)	☐ Niedrig/grössere Mängel(C)

Übersetzung: M. Shaha

© Copyright pending JHH

Nach diesem Einschätzungsinstrument werden die Evidenzstärken in drei Evidenzlevels eingeteilt:

5.5.2. Level 1

Evidenzlevel 1 ist das höchste Evidenzlevel, in dessen Bereich experimentelle Studien, randomisiert-kontrollierte Untersuchungen und Metaanalysen eingeordnet werden.

5.5.3. Level 2

Evidenzlevel 2 bezeichnet quasi – experimentelle Studien, deren primäres Merkmal ist, dass die abhängige Variable immer manipuliert wird und es keine Kontrollgruppe oder randomisierte Zuteilung gibt.

5.5.3. Level 3

Im Evidenzlevel 3 lassen sich nicht-experimentelle Studien, qualitative Studien und Meta – Synthesen finden.

5.6. Analyse der Messinstrumente

Für die Erfassung der Daten wurde mit sehr unterschiedlichen Messinstrumenten gearbeitet. Bei der Erklärung des Hoffnungslevels wurde meistens der HHI (Herth Hope Index) beziehungsweise die HHS (Herth Hope Scale) zur Auswertung herangezogen wie bei Herth (2000), Sanatani, Schreier und Sitt (2007) und auch Felder (2004) erkennbar ist.

Li und Lambert (2007) verwendeten zur Erfassung von Copingstrategien drei verschiedene Instrumente (BCP, CI, PGWB). Stanton, Danoff-Burg, und Huggins (2002) verwendeten die Hope Scale und COPE.

Felder (2004) verwendete zwei Instrumente (HHS, JCS).

Dropkin testete anhand vier verschiedener Messinstrumente (STAI, WCQ, CBS, D/D). Kuo und Ma (2002) untersuchten ihre PatientInnen anhand der Symptom Distress Skala und der Coping Strategie Skala.

Wonghongkul, Moore, Musil, Schneider und Deimling (2000) verwendeten vier verschiedene Messinstrumente: MUIS, WCQ, HHI, VAS.

Ben Zur (2001) testete die BrustkrebspatientInnen anhand von BSI, PSA und Coping Scale.

Buckley und Herth (2004) benützten die BDF und den HHI sowie semi – strukturierte Interviews zur Erfassung der Daten.

Northouse, Mood, Schafenacker, Montie, Sandler, Forman, Hussain, Pienta, Smith und Kershaw (2007) testeten anhand sieben verschiedener Messinstrumente (MOS, FACT, BCO, SES, OSQ, EPIC).

Moadel, Morgen, Fatone, Grennan, Carter, Laruffa, Skummy, Dutcher (1999) untersuchten mittels eines selbsteinschätzenden Instruments, welches 34 Items und vier Kategorien beinhaltete.

Lin, Tsai, Chiou, Lai, Kao, und Tsou (2003) arbeiteten mit einer adaptierten Version des HHI und in einer weiterführenden Studie noch zusätzlich POMS, BPI und KPS.

Rustoen und Wiklund (2000) zogen für ihre Untersuchung die NHS als Messinstrument heran wie auch Vellone, Rega, Galletti und Cohen.(2006). Weiters wurde bei Vellone et al. zusätzlich die RSCL, HADS, PAF, HRVQ, HHI, KPS und PMCPI als Messinstrumente herangezogen.

5.6.1. Messinstrumente

BCI: Brief Cope Inventory; BCO: Brief Coping Orientation; BSI: Brief Symptom Inventory; CBS: Coping Behaviors Score; CS: Coping Scale; D/D: Disfigurement/Dysfunction Scale; EPIC: Expanded Prostate Cancer Index Composite; FACT: Functional Assessment of Cancer Treatment; Appraisal of Illness oder Appraisel of Caregiving Scales; HADS: Hospital Anxiety and/or Depression Scale; HHI: Herth Hope Index; HHS: Herth Hope Scale; HRVQ: Hope Related Variable Questionnaire; JCS: Jalowlec Coping Scale; KPS: Karnofsky Performance Scale; MUIS: Mishel Uncertainty in Illness Scale; MOS: Medical Outcomes Study; NHS: Nowotny Hope Scale; OSQ: Omega Screening Questionnaire; RSCL: Rotterdam Symptom Checklist; PAF: Pain Assessment Form; PGWB: Psychological Genereal Well-Being Index; PMCPI: Perceived Meaning of Cancer Pain Inventory; PSA: Psychosocial Adjustment; STAI: State Trait Anxiety Inventory; VAS: Visiual analog Scale; WCQ: Ways of Coping Questionnaire;

6. Resultate

6.1. Teil 1: Tabellen (im Anhang)

Die Ergebnisse, welche ich gefunden und zurückbehalten habe, sind in Tabellen nach Gruppen geordnet und aufgelistet worden. Darin wurden Angaben über AutorInnen, Jahr, Stichprobe, Evidenzlevels, Messinstrument und die Resultate gemacht.

Der Grund für die Erstellung von Tabellen ist darin zu sehen, um Ähnlichkeiten hinsichtlich des Studiendesigns, des Evidenzlevels, der Inhalte und Ergebnisse herausfiltern zu können.

6.2. Teil 2: Vorstellen der Resultate

32 Studien haben den Suchkriterien entsprochen und wurden in die systematische Literaturarbeit aufgenommen.

Diese wurden gelesen und nach dem jeweiligen Evidenzniveau bewertet.

Davon waren zwei Studien im Evidenzlevel von 1, eine Studie hatte einen Evidenzlevel 2, und alle anderen wurden als Evidenzlevel 3 Studien eingeschätzt. Das heißt, 28 Studien haben die niedrigste Evidenz gemessen

Weiters wurden AutorInnen, Studiendesign, Stichprobe, Messinstrumente und die Resultate in eine Tabelle eingefügt.

Danach wurden die Studien verglichen. Im Zuge der Analyse kristallisierten sich drei Gruppen heraus, welche folgendermaßen konzipiert wurden:

Gruppe 1

Erklärung des Hoffnungslevels bei KrebspatientInnen

Gruppe 2

Copingstrategien bei KrebspatientInnen

Gruppe 3

Strategien und Pflegeinterventionen um Hoffnung aufrechtzuerhalten und Bewältigung zu fördern

6.2.1. Gruppe 1

Erklärung des Hoffnungslevels bei KrebspatientInnen

Die Gruppe 1 beinhaltet elf Forschungsartikeln, welche sich mit dem Hoffnungslevel von KrebspatientInnen befasst haben:

Moadel et al. (1999) führten eine Studie mit 248 KrebspatientInnen durch. 41 % der TeilnehmerInnen suchten Hilfestellungen im Erleben von Hoffnung. Das war der zweithöchste Wert in der Bedarfsanalyse der PatientInnen. Der höchste Wert war das Bedürfnis Ängste zu beseitigen (51%). Die Studie gab Einblicke in die Natur, Prävalenz und soziodemografischen Korrelationen; es konnte jedoch kein vollständiger Zusammenhang in der Messung und der Interpretation von Bedürfnissen gefunden werden.

In einer Studie von 131 KrebspatientInnen, welche kürzlich ihre Diagnosen erhalten haben, kamen die Autoren, Rustoen und Wiklund (2000) zu dem Ergebnis, dass die meisten TeilnehmerInnen hoffnungsvoll bis mäßig hoffnungsvoll waren.

Jüngere KrebspatientInnen, welche alleine lebten, waren weniger hoffnungsvoll.

Alter, Bildungsstatus und Krebsart waren Faktoren, die den Hoffnungslevel aufrechterhalten haben.

Die wichtigste Aussage dieser Studie stützte sich darauf, ob die Betroffenen alleine leben oder in einer Partnerschaft.

Lin, (2003) erforschten 124 taiwanesischen KrebspatientInnen, um die Beziehungen zwischen der Bekanntgabe der Diagnose, der Hoffnung und der Zeitdauer während der Diagnose auszudrücken.

79% der PatientInnen, welche über ihre Diagnosen Bescheid wussten, neigten zu höheren Hoffnungslevels. Insgesamt betrug der mittlere HHI 35.56 +/- 7.74.

Weiters untersuchten Lin, Lai und Ward (2003) 233 taiwanesischen KrebspatientInnen, und kamen zu den Ergebnissen, dass KrebspatientInnen mit Schmerzen niedrigere Hoffnungslevels aufweisen, hingegen höhere bei Gemütsstörungen. Ängste, Depressionen, Schwäche, Verwirrung und Zorn bei KrebspatientInnen mit Schmerzen waren signifikant höher. In dieser Studie wurde kein Mittelwert angegeben.

Chen (2003) erforschte 226 PatientInnen mit unterschiedlichen Krebsdiagnosen und kam zu den Resultaten, dass das Krankheitsstadium keinen Einfluss auf den Hoffnungslevel der PatientInnen hat. Weiters konnten keine Unterschiede im

Hoffnungslevel bei PatientInnen mit Schmerz und bei PatientInnen ohne Schmerz festgestellt werden. Der HHI – Mittelwert bei SchmerzpatientInnen betrug 37.04 und bei PatientInnen ohne Schmerz 37.44, womit man sagen kann, dass er nahe beieinander gelegen ist. Diese Ergebnisse sind konträr zu anderen Studienergebnissen, in denen die Schmerzintensität doch einen signifikanten Zusammenhang mit dem Hoffnungslevel der PatientInnen hat.

Vellone et al. untersuchten 2006 den Hoffnungslevel von italienischen KrebspatientInnen. Der Hoffnungslevel war mit 90% bei PatientInnen, die im Krankenhaus waren und 80 % bei PatientInnen, die zuhause betreut worden, generell sehr hoch.

26 Forschungsartikeln von 1982 bis 2005 bildeten die Kriterien für das Review „The role of hope in patients with cancer“ (Chu-Hui-Lin, Chi, 2007). Darin wird zum Ausdruck gebracht, dass Hoffnung eine Bewältigungsstrategie für KrebspatientInnen darstellt (Ebright, Lyon, 2002; Herth, 1987) und aufgrund der mehrdeutigen Erscheinungsform schwierig zu erforschen ist. Der Hoffnungslevel war signifikant auf den Copinglevel bezogen. Weiteres war Religiosität eine hohe Wirkungsvariable.

Die Autorin ist weiters zu dem Fazit gekommen, dass das Konzept der Hoffnung systematisch weiterentwickelt werden muss, um Wissen zu erweitern und ein logisches Forschungsprogramm basierend auf vorherigen Studien zu bauen.

Elliott und Olver (2007) beschäftigten sich mit der Bedeutung von Hoffnung. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass jeder der 28 TeilnehmerInnen in der Studie eine unterschiedliche Bedeutung von Hoffnung entwickelte.

Sanatani et al. (2007) untersuchten 28 PalliativpatientInnen und 14 geheilte PatientInnen.

In der Palliativgruppe war kein signifikanter Unterschied im Hoffnungslevel erkennbar. SchmerzpatientInnen hatten einen HHI - Mittelwert von 40.1, in der heilenden Gruppe war ein HHI - Mittelwert von 36.7 zu finden.

Nach 4 Monaten war der Hoffnungslevel in der auf Heilung - gezielten Gruppe höher. Generell war der Hoffnungslevel bei PatientInnen mit Heilungsaussicht höher als bei PalliativpatientInnen.

Hoffnung wurde z.B. auf eine positiv gerichtete Zukunft gesehen, Hoffnung als subjektiver Besitz der PatientInnen oder Hoffnung als objektives Merkmal von Lebensumständen.

Berterö, Vanhanen und Appelin (2008) untersuchten KrebspatientInnen mit inoperablem Lungenkrebs. Es wurden sieben zentrale Themen identifiziert:

- Netzwerke als Unterstützung
- Erfahrung von Hoffnung:
- Erfahrung von Unsicherheit:
- Gefühl von Scham und Schuld:
- Reaktionen der Angehörigen:
- „Normales“ Leben führen
- Gedanken zum Tod

Hammer, Mogensen und Hall (2009) kamen in ihrer Studie „Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer“ zu den Ergebnissen, dass die Gegenwärtigkeit von Hoffnung für die Frauen in der Zeit der Diagnose essentiell war.

Das Schaffen einer positiven Atmosphäre erzeugte bei den PatientInnen Hoffnung sowie auch die Stärke, die Willenskraft und der Glaube an Gott. Oft kam es bei den PatientInnen zu einem Wechsel von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Zusammenfassend kann man aus der Studie festhalten, dass Hoffnung als Grundlage für das Leben gesehen wurde.

6.2.2. Gruppe 2

Copingstrategien bei KrebspatientInnen

Die zweite Gruppe beinhaltete 15 Studien, die sich mit Copingstrategien bei KrebspatientInnen auseinandersetzten.

Thomas und Retsas führten 1999 eine Studie mittels der Grounded Theory durch, worin die spirituellen Dimensionen bei KrebspatientInnen behandelt wurden. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass ein breitgefächertes Netzwerk von Familie, Freunden und weiteren unterstützenden Systemen positiv auf die Betroffenen wirken, Akzeptanz und Aufmunterung schaffen und auch ein Gefühl von Hoffnung und Liebe entwickeln.

„Being Connected“ wurde als eine Copingstrategie gesehen und die PatientInnen hatten Unlust sich in Kleinigkeiten im alltäglichen Leben zu verstricken. Sie wollten mehr vom Leben. Spiritualität beinhaltete auch die Frage nach dem Leben nach dem Tod wie auch die Verbundenheit mit anderen nach dem Sterben.

KrebspatientInnen, welche sich als nicht gläubig bekannten, definierten den Tod als „Zeit der Abrechnung“ bzw. als „Zeit der Endgültigkeit“.

In einer Studie von Johnston und Abraham im Jahr 2000 war Hoffnung mit der Erwartung von Heilung gleichgesetzt. Die KrebspatientInnen versuchten auch bei lebensbedrohenden Prognosen ein Gefühl der Hoffnung auszudrücken.

Wonghongkul et al. (2000) führten - basierend auf Lazarus` und Folkman`s Stress und Bewältigungsmodell wie auch auf Herth`s Hoffnungsperspektiven - eine Querschnittsstudie durch, in der sie den Einfluss der Unsicherheit bei BrustkrebspatientInnen untersuchten. Die Teilnehmerinnen waren Mitglieder sogenannter „support groups“ der „American Cancer Society“. Planvolles Problemlösen wurde von den BrustkrebspatientInnen als die häufigst verwendete Copingstrategie beschrieben.

Ben Zur, Gilbar u. Lev befassten sich 2001 mit dem Copingverhalten bei Brustkrebspatientinnen und deren Ehegatten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patientinnen eher problemfokussiertes Coping anwendeten als ihre EhepartnerInnen.

Ein höherer Bildungsgrad wurde auch als Ressource in der Förderung von Coping gesehen.

Benzeln, Norberg und Savemann (2001) erklärten die Bedeutung vom Hoffnungserleben bei 11 KrebspatientInnen, welche Palliativpflege zu Hause in Anspruch nahmen.

Die Autoren waren der Meinung, dass Hoffnung eine dynamische Erfahrung ist, welche bedeutend für ein sinnvolles Leben sowie ein würdevolles Sterben ist. Die PatientInnen versuchten Hoffnung als so normal wie nur möglich zu sehen, um ihre Philosophie von Leben und Sterben abstimmen zu können.

Dropkin (2001) führte mit 75 KrebspatientInnen eine prospektive Studie durch. Es gab keinen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen präoperativen Copingstrategien und postoperativer Selbstpflege sowie sozialer Wiedereingliederung. Man kann aus der Studie festhalten, dass Selbstpflege zur Reduktion von Angst führt.

Coping und Hoffnung sind Einflussfaktoren für die Anpassung an die Krankheit im ersten Jahr nach der Brustkrebsdiagnose (Stanton et al., 2002). Coping durch religiösen Glauben war bei Frauen, die oft hoffnungslos waren, effektiver. Copingstrategien wirkten in der Studie auch signifikant mit Hoffnung, indem sie z.B. eine Anpassung an die Zeit prognostizierten.

Kuo und Ma befassten sich 2002 ebenfalls mit dem Copingverhalten bei PatientInnen mit Lungenkrebs. Dabei wurde festgestellt, dass emotionsfokussiertes Coping durch Akzeptanz der Realität, Glauben an das Schicksal und die Vorbereitung auf den „worst case“ erklärt werden kann.

Henderson, Gore, Davis, Condon (2003) führten mit 66 afro-amerikanischen Brustkrebspatientinnen Interviews. Glaube spielte bei den Teilnehmerinnen die Hauptrolle in der Förderung von Coping. Weitere Copingstrategien waren die Vermeidung des Umgangs mit negativ denkenden Menschen, eine positive Einstellung, die Erhaltung des Lebenswillen und das Erfahren von sozialer Unterstützung.

Die Studie von Felder (2004) mit dem Titel „Hope and coping among 183 patients with cancer“ zeigte folgende Ergebnisse: PatientInnen, welche wussten, dass sie sich im fortgeschrittenen Krebsstadium befanden und ein effektives Copingverhalten zeigten, hatten höhere Hoffungslevel. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Pflegende kontinuierlich an hoffnungsfördernden Interventionen wie auch hoffnungsanregendem Verhalten üben sollten, um somit auch hoffnungshindernde Handlungen zu vermeiden.

2005 wurde im Iran eine Querschnittstudie bei neudiagnostizierten Brustkrebspatientinnen durchgeführt. Die Autoren Talegha, Yekta und Nasraba konnten festhalten, dass die betroffenen Frauen ihr Schicksal als Gottes Wille sehen und auch als eine Art Prüfung.

Clayton, Butow, Arnold und Tattersal führten 2005 Individualinterviews mit 19 KrebspatientInnen, 24 PflegerInnen und Fachpersonen aus dem Palliativbereich in Australien durch. Aus den Ergebnissen ist zu erkennen, dass sich der Fokus von Hoffnung während der Krankheit veränderte. Somit war es wichtig, dass die Fachkräfte den PatientInnen halfen, sich an neuen Zielen zu orientieren, welche realistisch zu erreichen waren.

Li und Lambert (2007) untersuchten 100 PatientInnen mit neudiagnostiziertem Brustkrebs. Die drei meistverwendeten Copingstrategien waren die Planung, die positive Neuausrichtung und die Selbstablenkung. Berufstätig zu bleiben hatte einen großen Einfluss auf das generelle Wohlbefinden der PatientInnen.

Tan ermittelte 2007 anhand einer Querschnittstudie den sozialen Rückhalt sowie das Copingverhalten von 148 türkischen KrebspatientInnen. Man unterschied zwischen dem problemfokussierten Coping und dem emotionsfokussierten Coping. Zweiteres wurde bei den PatientInnen öfters angewendet, hingegen sich PatientInnen mit einem höheren Bildungsniveau eher auf das problemfokussierte Coping stützten. Emotionsfokussiertes Coping wurde hauptsächlich von Individuen niedrigerer Bildungsniveaus angewandt.

Sand, Olsson, und Strang (2009) führten eine Studie mit 20 schwedischen KrebspatientInnen durch, welche sich im Früh –oder Spätstadium befanden. Alle

TeilnehmerInnen definierten sich als nicht religiös. Die zentralen Elemente im Erleben von Hoffnung waren der Wunsch nicht zu vereinsamen, weiterhin zuhause wohnen zu können und schmerzfrei zu leben. Viele sprachen von der Hoffnung auf eine Wiedergeburt mit den Worten „things cannot cease to be“. Gegensätze wie Leben und Tod versuchten die TeilnehmerInnen auszublenden, obwohl sie wussten, dass der Tod unumgänglich ist. Verknüpfungen wie Isolation, Ausgrenzung oder Resignation verbanden die Betroffenen mit dem Tod, während Zusammengehörigkeit, Einbindung, Hoffnung und Beständigkeit Aspekte waren, welche die PatientInnen mit dem Leben in Verbindung brachten.

6.2.3. Gruppe 3

Strategien und Pflegeinterventionen um Hoffnung aufrechtzuerhalten und Bewältigung zu fördern

Die dritte Gruppe beinhaltete 6 Studien, welche Pflegeinterventionen und Strategien zur Aufrechterhaltung der Hoffnung untersucht haben.

Herth führte im Jahr 2000 eine quasi-experimentelle Studie durch und stellte mittels des HHI (Herth Hope Index) fest, dass KrebspatientInnen im Hoffnungsinterventionsprogramm höhere Durchschnittswerte im Hoffnungserleben hatten als die Teilnehmer in der Kontrollgruppe. Weiters war der Faktor „Lebensqualität“ in der Interventionsgruppe höher. Hoffnung wurde als eine wichtige Copingstrategie gesehen um Lebensqualität zu erhöhen.

Weiters führte Herth (2001) eine deskriptive Studie durch, wo ein Hoffnungsinterventionsprogramm mit 38 KrebspatientInnen angewandt wurde. Die Interventionen beeinflussten die Wiederherstellung und Förderung von Hoffnung bei KrebspatientInnen maßgeblich.

Buckley und Herth untersuchten 2004 die Bedeutung von Hoffnung und identifizierten Strategien, welche Patienten in ihren finalen Lebensphasen anwendeten. Daraus bildeten sich sieben hoffnungsfördernde Kategorien. Diese waren Liebe/ Beziehung zu Familie und Freunden, Spiritualität, Zielsetzung und Bewahrung der Unabhängigkeit, positive Beziehungen mit professionellen PflegerInnen, Humor, persönliche Charakteristika und anregende Erinnerungen. Weiters wurden drei hoffnungshindernde Kategorien aufgezählt: Isolation, unkontrollierbarer Schmerz und Beschwerden sowie Abwertung der Persönlichkeit.

Salehs` und Brockopps` (2001) Studie identifizierten sechs Hauptstrategien, um Hoffnung zu fördern und aufrechtzuerhalten:

1. Verbundenheit mit Gott
2. Bestärkung von Freundschaften
3. Positiv bleiben

4. die Erwartung haben zu überleben
5. Im „Jetzt“ leben
6. Förderung der Bewältigung

O´Baugh, Wilkes, Luke und George (2003) erforschten anhand einer deskriptiven Studie die Vorstellungen und Empfindungen von KrebspatientInnen und deren Pflegenden. Die KrebspatientInnen sollten versuchen, so normal wie möglich weiterzuleben, den Fokus auf das Geschehen zu richten, Meditation als eine Bewältigungsstrategie anzuwenden wie auch eine positive Einstellung durch die Familie zu bekommen. Die Pflegenden gaben an, dass ein positives Verhalten bei den PatientInnen sehr stark variierte, die Persönlichkeit der KrebspatientInnen eine große Rolle im Verhalten spielte und weiters eine Fehlanpassung zwischen Pflegenden und KrebspatientInnen öfters herrschte.

Northouse, Mood, Schafenecker, Montie, Sandler, Forman, Hussain, Pienta, Smith und Kershaw (2007) führten eine randomisierte klinische Studie mit 263 Prostatakrebspatienten und deren Ehefrauen durch. Nach dem viermonatigen Follow – Up berichtete die Interventionsgruppe über weniger Unsicherheit und weiters über eine bessere Kommunikation mit ihren Ehefrauen im Gegensatz zur Kontrollgruppe.

Die Intervention der Familie hat generell positive Ergebnisse gebracht, da die Familien den PatientInnen Informationen und Unterstützung geboten haben.

Die meisten Auswirkungen haben bis zu zwölf Monaten angehalten.

6.3. Analyse

6.3.1. Analyse anhand der Krebsformen

Obwohl in den meisten Studien keine Angaben zu den verschiedensten Krebsformen der PatientInnen gemacht wurden, lässt sich aus manchen Studien doch festhalten, um welche Krebsform es sich handelt.

Sieben von 30 Studien untersuchten die Copingstrategien von Brustkrebspatientinnen. Eine Studie untersuchte ausschließlich Patientinnen mit Eierstockkrebs (Hammer et al. 2009). Eine weitere Studie testete die Interventionen bei Prostatakrebspatienten (Northouse et al., 2007). Zwei Studien untersuchten LungenkrebspatientInnen.

Bei einer Studie wurden die Interventionen von Knochenmarkstransplantationen getestet. (Saleh et al., 2001)

Felder (2004) untersuchte PatientInnen mit Darm-, Urogenital-, Brust- oder Halskrebs, wie auch PatientInnen mit Gehirntumoren oder Leukämie.

Bei allen anderen Studien wurden keine Angaben über die Krebsform gemacht.

6.3.2. Analyse der Resultate

Um einen Gesamteindruck über die Resultate der Studien zu bekommen, wurden die Ergebnisse analysiert.

In Gruppe 1 spielte Religiosität bezogen auf den Hoffnungslevel eine große Rolle (Lin, 2007; Hammer et al. 2009). Der Hoffnungslevel war bei den KrebspatientInnen generell sehr hoch. Die TeilnehmerInnen sprachen selten von einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit (Vellone et al., 2006; Hammerson et al., 2009; Rustoen et al., 2000). Eine verbesserte (Selbst)-Kontrolle führte ebenfalls zu einer Erhöhung des Hoffnungslevels wie man in zwei Studien feststellen konnte (Berterö et al. 2008; Hammer et al., 2009).

Aus Gruppe 2 lässt sich festhalten, dass eine positive Krankheitsanpassung, soziale Unterstützung, Spiritualität und Selbstkontrolle zu den wichtigsten Copingstrategien bei

KrebspatientInnen zählen. In vielen Studien wurde vom problemfokussierten und emotionsfokussierten Coping gesprochen. (Tan, 2007; Kuo und Ma, 2002; Ben Zur et al., 2001). Generell konnten in den Studien keine Überschneidungen der beiden angeführten Copingstrategien gefunden werden und zwar aufgrund der Verwendung verschiedener Messinstrumente. Bei Ben Zur et al. (2001) wurde problemfokussiertes Coping öfters bei PatientInnen mit höherem Bildungsniveau verwendet. Emotionsfokussiertes Coping wurde hingegen mit hohem psychologischem Distress assoziiert ebenso wie die Vorbereitung auf das „worst case“ - Szenario (Kuo et al. 2002; Ben Zur et al. 2001).

Sogenannte „support groups“ spielten ebenfalls eine große Rolle im Copingverhalten der KrebspatientInnen (Wonghongkul et al. 2000; Thomas et al. 1999; Henderson et al. 2003).

In Gruppe 3 sind folgende Ergebnisse festzuhalten:

PatientInnen in Hoffnungsinterventionsprogrammen hatten höhere Durchschnittswerte als PatientInnen in den Kontrollgruppen. (Herth, 2000; Herth, 2001). Pflegekräfte spielen eine unterstützende und strategische Rolle in der Erzeugung von Hoffnung, indem sie versuchen Hoffnungslosigkeit zu unterdrücken (Herth, 2001). Oft herrscht jedoch eine Fehlanpassung zwischen Pflegekräften und PatientInnen, da die Persönlichkeit der KrebspatientInnen auch eine große Rolle im Verhalten spielt (O’Baugh et al., 2003). Bei Northouse et al. (2003) berichteten die PatientInnen in Familieninterventionsprogrammen über weniger Unsicherheit, bessere Kommunikation und eine höhere Lebensqualität als PatientInnen in der Kontrollgruppe.

7. Diskussion

7.1. Bedeutung für die Praxis

Anhand des theoretischen Rahmens von Richard S. Lazarus wurden Strategien gesucht, welche KrebspatientInnen in ihrer schwierigen Zeit helfen, diese so gut wie möglich zu bewältigen. Die Pflege ist insbesondere dazu aufgefordert Hilfestellungen zu geben, um alle Möglichkeiten der Bewältigung den PatientInnen näherzubringen.

Die Beziehung zwischen der Pflege und den KrebspatientInnen ist ein Anliegen, welches stetig verbessert werden muss, sodass positive Ergebnisse entstehen können.

Diese Literaturübersicht zeigt klar an, dass PatientInnen mit einem höheren Hoffnungslevel besser im Stande sind, schwierige Phasen im Zuge der Erkrankung zu bewältigen. Weiterführende Forschung sollte jedoch ausdrücken, ob Hoffnung und Hoffnungslevels auch anders definiert werden können und nicht „nur“ als Copingmechanismen ausgedrückt werden können.

Viele der behandelten Studien zeigen, dass Pflegeinterventionen einen positiven Einfluss auf den Hoffnungslevel bei KrebspatientInnen haben, obwohl der Forschungsstand bei Hoffnungsinterventionen und deren Ergebnissen sehr beschränkt ist. (Herth und Cutliffe, 2002).

Hier müssen noch viele Lücken geschlossen werden, indem neue Pflegeinterventionen getestet werden, welche entsprechend für verschiedene Krankheitsstadien, Populationen und kulturell unterschiedliche Gruppen verwendet werden können.

Der kulturelle Aspekt sollte näher beleuchtet werden, da es zu wenig Information über den Umgang von Bewältigung und Hoffnung in den unterschiedlichen Kulturen gibt. Hier ist ein großer Forschungsbedarf zu erkennen, da ethnisch und religiös unterschiedliche Gruppen verstärkt in unserem Gesundheitssystem involviert sind, jedoch deren spezifische Bedürfnisse zu wenig berücksichtigt werden.

Die Pflege soll dazu ermutigt werden, Interventionen zu entwickeln, welche in der Bewältigungsphase von KrebspatientInnen, Hoffnung geben können.

Solche Interventionen sind anspruchsvoll, wenn die KrebspatientInnen starke Überforderungssignale geben und auch Beratungspersonen zugezogen werden. Die Pflege sollte den PatientInnen helfen, die Folgen der Krebserkrankung in deren Leben

zu integrieren wie auch zu versuchen, die Sichtweise der PatientInnen nachzuvollziehen. Weiters ist es auch wichtig, das richtige Timing zu erfassen, um die PatientInnen in deren Bewältigungsphasen zu unterstützen.

Das Management im Pflegebereich sollte offen für Innovationen und neue Trends in der Pflege sein, um dadurch eine Verbesserung für die PatientInnen wie auch für die Pflegekräfte zu erzielen. Dadurch wird die Arbeit für die Pflege erleichtert und man erzielt eine größere Zufriedenheit für PatientInnen und Pflegende.

7.2. Weiterführende Forschung

Um dieses Datenmaterial umfassender auswerten zu können, ist es nötig weiterführende Forschung zu betreiben. Dabei sollte man insbesondere auf spezielle KrebspatientInnengruppen eingehen und auch den Gender – Aspekt verstärkt berücksichtigen.

Ein wesentlicher Beitrag sollte im Bereich der Pflegeinterventionen stattfinden. Wie können Pflegekräfte effektiv den Hoffnungslevel der KrebspatientInnen verbessern? Wann ist die adäquate Zeit, um die KrebspatientInnen in ihrer Hoffnung zu bestärken? Welche Pflegeinterventionen sind bei bestimmten KrebspatientInnengruppen angebrachter anzuwenden?

Solche Interventionen sollten eine größere Aufmerksamkeit in der Krebsforschung erhalten, da in diesem Bereich noch nicht genügend Studienmaterial vorliegt.

Bis jetzt ist primär im Bereich von Copingstrategien geforscht worden.

Ein Manko der vorliegenden Arbeit ist, Studien zu vergleichen, die mit verschiedensten Messinstrumenten erstellt wurden und man dadurch oft keine vergleichbaren Ergebnisse erzielen kann. Die Verwendung eines einheitlichen Messinstruments ist in diesem Forschungsbereich dringend nötig, um das vorhandene Datenmaterial näher zu beschreiben können.

Weiters wurden nahezu ausschließlich Studien verwendet, die der Evidenzstärke 3 - also der schwächsten Evidenzstärke - zugeordnet werden. Hier besteht großer Aufholbedarf, indem man sich auf randomisiert - kontrollierte Untersuchungen (RCT) oder Meta – Analysen von RCT's verständigt.

7.3. Beantwortung der Forschungsfragen

7.3.1. Wie wird „Hoffnung bei Krebs“ in der Literatur beschrieben?

Es gibt sehr viele Studien, insbesondere qualitative Arbeiten, welche Hoffnung bei KrebspatientInnen beschreiben. Elliott et al. (2007) beschreiben Hoffnung als das objektive Merkmal von Lebensumständen oder Hoffen auf eine positiv ausgerichtete Zukunft. Benzeln et al. (2001) sehen Hoffnung als eine dynamische Erfahrung, die wichtig für ein bedeutungsvolles Leben und ein ehrwürdiges Sterben bei KrebspatientInnen ist. Sand et al. (2009) beschreiben die Hoffnung von KrebspatientInnen als den Wunsch schmerzfrei zu leben, zuhause wohnen zu können, und nicht zu vereinsamen. Hoffnung als das Gefühl frei zu sein, Kontrolle über sich zu haben, aktiv zu bleiben, Hoffnung als ein Geben und Nehmen zu verstehen wie auch Hoffnung als Kampf gegen Hoffnungslosigkeit waren die Erkenntnisse von Hammer et al. (2009).

Der Fokus von Hoffnung verändert sich während der Krankheit, daher wurden die Ziele der PatientInnen neu orientiert (Clayton et al., 2005).

Hoffnung auf Heilung war ein weiterer wichtiger Aussagepunkt der TeilnehmerInnen (Clayton et al., 2005; Johnston et al., 2000)

7.3.2. Welche Pflegeinterventionen und Copingstrategien wurden in der Literaturrecherche gefunden?

In der Literaturrecherche fand ich nur 3 Studien, welche die Interventionen zur Erhöhung von Hoffnung untersucht haben. Herth (2001) beschreibt in ihrem Hoffnungsinterventionsprogramm die unterstützende und strategische Rolle, welche Pflegekräfte bei KrebspatientInnen haben. Pflegende sollten ihre eigenen Auffassungen über die Krankheit außer Acht lassen und versuchen die Anforderungen der PatientInnen zu bewerkstelligen (O’Baugh et al. 2003). Buckley et al. (2004) identifizierten sieben hoffnungsfördernde Kategorien,, in denen die positive Beziehung mit Pflegekräften als eine Kategorie definiert wird.

Die Messinstrumente sowie das Evidenzniveau der ausgewählten Studien sind durchwegs unterschiedlich, dadurch können nur sehr eingeschränkt Empfehlungen und Vergleiche abgegeben werden.

Die Frage nach dem Einsatz von Copingstrategien wurde anhand Kapitel 6.3.3. bereits beantwortet.

7.3.3. Welche Pflegeinterventionen und Copingstrategien können in die Pflegepraxis eingegliedert werden?

Unter den 32 behandelten Studien wurden hauptsächlich Bewältigungsmuster bei Krebspatientinnen beschrieben wie auch die Rolle der Hoffnung. Interventionen, welche in die tägliche Pflegepraxis eingegliedert werden können, wurden wenige gefunden. Dadurch ergibt sich hier ein großer Forschungsbedarf an Interventionen, die darauf gerichtet sind, die Pflegebeziehung zu verbessern und die Hoffnung der Patienten zu fördern.

Es ist wichtig, dass die KrebspatientInnen von der Pflege darin unterstützt werden, ihre Bewältigungsmuster gezielt einzusetzen. Viele PatientInnen erwähnten das Gefühl von Unsicherheit (Berterö et al., 2008) welches durch die primäre Unterstützung von Krankenschwestern- und pflegern gelindert wird. Eine weitere Intervention der Pflegekräfte bestand darin, den PatientInnen in der Neuorientierung ihrer Ziele zu helfen, um so Hoffnung aufrechtzuerhalten (Clayton et al., 2005).

In den Studien wurde nur teilweise darauf eingegangen, welche adäquate Partizipation die Pflege bei KrebspatientInnen hat.

8. Schlussfolgerungen

Im Bereich der Pflegeinterventionen und deren Wirkungen gibt es grundsätzlich noch einen erheblichen Forschungsbedarf. Um patientInnenorientiert arbeiten zu können, ist es sehr wichtig, sich weiterhin mit dem Thema auseinanderzusetzen. Das Konzept der Hoffnung bei Krankheit und deren Bedeutung in verschiedenen Gruppen, Settings, und Kulturen muss näher beleuchtet und systematisch weiterentwickelt werden, umso ein stetig wachsendes Wissen für diese PatientInnengruppen zu schaffen. Die Entwicklung von realistischen hoffnungsgebenden Interventionen ist für die Pflegepraxis notwendig und essentiell.

Krebs und dessen Bewältigung betrifft nahezu jeden Menschen – egal ob als PatientIn oder als Angehörige/r. Umso wichtiger ist es daher, dieses Thema in der Forschungslandschaft weiter zu entwickeln.

9. Quellenverzeichnis

Baldegger, E.: Bewältigung. In: Käppeli, S. : Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Hans Huber, 2000, S.125-145

Ballard, S.; Green, T.; McCaa, A.; Logsdon, C.M.: Die Hoffnung bei Krebspatienten In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Ballard, S. : Die Hoffnung bei Krebspatienten. In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber.

Benner, P./ Wrubel, J.: Pflege, Stress und Bewältigung – Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, 1997

Benzeln, E.; Norberg, A.; Sacemna, B.I.: The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care, Palliative Medicine, 15, 117-126.

Ben Zur, H.; Gilbar, O.; Lev, Sh.: Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models, Psychosomatic Medicine, 2001, 63, 32-39.

Berterö, C.; Vanhanen, M.; Appelin, G.: Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer. Patient`s perspectives of how it affects their life situation and quality of life, Acta Oncologica, 2008, 47, 862-869.

Bunston, T.: Das individuelle Erleben von Hoffnung. In: Houldin, A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Buckley, J.; Herth, K.: Fostering hope in terminally ill patients, Nursing Standard, 2004, 19 (10), 33-41.

Buddeberg, C.: Brähler, E.: Persönlichkeitspsychologie In: Buddeberg, C. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin, Springer Verlag, 3. Auflage, Berlin, 2004

Chen, M.L.: Pain and hope in patients with cancer: A role for cognition, *Cancer Nursing*, 2003, 26, 61-67.

Christman, N.J.; Ersek, M.: Die Hoffnung bei Krebspatienten In: Houldin A.D.: *Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege*. Verlag Hans Huber. 2003

Clayton, M.J.; Butow, P.N.; Arnold, R.M.; Tattersall, M.H.N.: Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers, *American Cancer Society*, 2005, 103, 1965-1975

Deutsche Gesellschaft für Psychologie: *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung*, 3. Auflage, Hogrefe, 2007

Dickson, R.: Systematische Reviews. In: Mayer, H.: *Pflegeforschung anwenden*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Facultas Universitätsverlag Wien, 2007, S.328

Dropkin, J.M.: Anxiety, coping strategies and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery, *Cancer Nursing*, 2001, 24, 143-148

Dufault, K.; Martocchio, B.C.: Hope – Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20, 379-391.

Elliott, Jaklin A.; Olver, Ian N.: Hope and hoping in the talk of dying cancer patients, *Social Science & Medicine*. 2007, 138-149.

Ersek, M.; Herth, K.: Die Hoffnung bei Krebspatienten In: Houldin A.D.: *Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege*. Verlag Hans Huber. 2003

Felder, B.E.: Hope and coping in patients with cancer diagnoses, *Cancer Nursing*, 2004, 27, 320-324.

Filipp, S.H.: Kritische Lebensereignisse. Weinheim, BELTZ Psychologie Verlagsunion, 1995

Hammer, K.; Mogensen, O.; Hall, E.O.C :Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer, European Journal of Oncology Nursing, 2009,3, 1-6.

Henderson, P.D.; Gore, Sh.V.; Davis, B.L.; Condon, E.H.: African american women coping with breast cancer. A qualitative analysis, Oncology Nursing Forum, 2003, 30, 641-647.

Herth, K.; Raleigh, E.D.: Das individuelle Erleben von Hoffnung. In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Herth, K.: Enhancing hope in people with first recurrence of cancer. Journal of Advanced Nursing, 2000, 32, 1431-1441.

Herth, K.: Development and implementation of a hope intervention program, Oncology Nursing Forum, 2001, 28, 1009-1017.

Herth, K.; Cutcliffe, J.R.: The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing, British Journal of Nursing, 2002, 11, 977-983

Hinds, P.S.: Die Definition des Begriffs Hoffnung. In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Houldin, A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Hans Huber Verlag, 2003

Johnston, G.; Abraham, Ch.: Managing awareness: Negotiating and coping with a terminal prognosis, International Journal of Palliative Nursing, 2000, 6, 485-494.

Käppeli, S. : Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 1, Verlag Hans Huber, 1998

Kleeberg, U.R.: Das Konzept der Hoffnung in der klinischen Forschung. In: Rittweger, J.: Hoffnung als existenzielle Erfahrung. Evangelische Verlagsanstalt Leipzig, 2007

Kuo, T.T.; Ma, F. CH.: Symptom distresses and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer, Cancer Nursing, 2002, 25, 309-317.

Kübler-Ross, E.: On death and dying. New York Scribner Classics, 1969

Lazarus, R.S.; Folkman, S.: Stress, appraisal and coping. Springer, New York, 1984.

Little, M./ Sayers, E.: While there's life...hope and the experience of cancer. 2004, 1329-1337

Lin, Ch./ Lai, Y./ Ward, S. E :Effect of Cancer Pain on Performance Status, Mood States, and Level of Hope Among Taiwanese Cancer Patients, Journal of Pain and Symptom Management, 2003, 29-37

Lin, Ch.Ch.; Tsai, H.H.; Chiou, J.F.; Lai, Y.H.; Kao, Ch.Ch.; Tsou, T.Sh.: Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among taiwanese patients with cancer, 2003, Cancer Nursing, 26, 155-160.

Lin Chi, G.C.H.: The Role of hope in patients with cancer, Oncology Nursing Forum, 2007, 34, 415-424

Li, J.; Lambert, V.A.: Coping strategies and predictors of general well – being in women with breast cancer in the people's republic of china, Journal Compilation, 2007, 9, 199-204.

Mahon, S.M.; Cellam, D.F.; Donovan, M.I.: Die Hoffnung bei Krebspatienten In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Mayer, H.: Thema Pflegeforschung. Facultas Universitätsverlag Wien, 2004

Moadel, A.; Morgan, C.; Fatone, A.; Grenman, J.; Carter, J.; Laruffa, G.; Skummy, A.; Dutcher, J.: Seeking meaning and hope: self – reported spiritual and existential needs among an ethnically – diverse cancer patient population, *Psycho-Oncology*, 1999, 8, 378-385.

Muthny, F.A.: Bewältigung. In: Käppeli, S. : Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 1, Verlag Hans Huber, 1998, S.126ff.

Nekolaichuk, C.L.; Bruera, E.: Die Hoffnung bei Krebspatienten In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Northouse, L.L.; Mood, D.W.; Schafenacker, A.; Montie, J.E.; Sandler, H.M.; Forman, J.D.; Hussain, M.; Pienta, K.J.; Smith, D.C.; Kershaw, T.: Randomized clinical trial of a family intervention prostate cancer patients and their spouses, *American Cancer Society*, 2007, 110, 2809-2818.

O`Baugh, J.; Wilkes, L.M.; Luke, S.; George, A.: „Being positive“: Perceptions of patients with cancer and their nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44, 262-270.

Pfaff, J: Stressbewältigung und soziale Unterstützung – zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens, Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1989

Rittweger, J.: Hoffnung als existenzielle Erfahrung am Beispiel onkologischer Patienten in der Strahlentherapie, Evangelische Verlagsanstalt Leipzig. 2007

Rustoen, T.; Wiklund, I.: Hope in newly diagnosed patients with cancer, *Cancer Nursing*, 2000, 23, 214-219.

Saleh, U.S.; Brockopp D.Y.: Hope among patients with cancer hospitalized for bone marrow transplantation: A phenomenological study, *Cancer Nursing*, 2001, 21, 235-245.

Sand, L.; Olsson, M.; Strang, P.: Coping strategies in the presence of one`s own impending death from cancer, Journal of Pain and Symptom Management, 2009, 37, 13-22.

Sanatani, M.; Schreier, G.; Stitt, L.: Level and direction of hope in cancer patients: an explorative longitudinal study, Psycho-Oncology, 2002, 11, 93-102.

Spencer, J.; Davidson, H.; White, V.: Das individuelle Erleben von Hoffnung. In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Stanton, A.; Danoff-Burg, S.; Huggins, M.: The first year after breast cancer diagnoses: Hope and coping strategies as predictors of adjustment, Psycho-Oncology, 2002, 11, 93-102.

Statistik Austria unter www.statistik.at, 28.05.2009

Stoner, M.H.: Die Definition des Begriffs Hoffnung. In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Taleghani, F.; Yekta, Z.P.; Nasrabadi, A.N.: Coping with breast cancer in newly diagnosed iranian women, Journal of Advanced Nursing, 2006, 54, 265-273.

Tan, M.: Social support and coping in turkish patients with cancer, Cancer Nursing, 2007, 6, 498-504.

Thomas, J.; Retsas, A.: Transacting self-preservation: A grounded teory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer, International Journal of Nursing Studies, 1999, 36, 191-201.

Tomko, B.; Omer, H.; Rosenbaum, R.: Die Hoffnung bei Krebspatienten In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Vellone, E.; Rega, M.L.; Galletti, C.; Cohen, M.Z.: Hope and related variables in italian cancer patients, Cancer Nursing, 2006, 29, 356-366.

Wonghongkul, T.; Moore, S.M.; Musil, C.; Schneider, S.; Deimling, G.: The influence of uncertainty in illness, stress appraisal and hope on coping in survivors of breast cancer, Cancer Nursing, 2000, 23, 422-429.

WHO unter www.who.int, 31.05.2009

Weiner, B.: Das individuelle Erleben von Hoffnung. In: Houldin A.D.: Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Verlag Hans Huber. 2003

Weis,J. ; Koch, U.: Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung, Schattauer, Stuttgart, 1998

Weismann, A.D.: Coping with cancer. New York. 1979

Zimbardo, P.G.; Gerrig, R.J.: Psychologie.7. Auflage , Springer Verlag, 2008

Gruppe 1: Erklärung des Hoffnungslevels (11 Studien)

Autor-Innen	Titel	Stichprobe	Forschungsdesign	Evidenzlevel	Messinstrument	Resultate
Moadel, A. Morgan, C. Fatone, A. Grennan, J. Carter, J. Laruffa, G. Skumny, A. Dutcher, J. 1999	Seeking Meaning And Hope: self-Reported Spiritual And Existential Needs Among an Ethnically Diverse Cancer Patient Population	248 TeilnehmerInnen, Die Auswahl war ethnisch unterschiedlich	Quantitative Studie	3	Selbsteinschätzendes Messinstrument anhand 34 Items u. 4 Kategorien von Bedürfnissen: - unterstützend - spirituell - erziehend - praktisch	Ein Drittel der PatientInnen haben von unbefriedigten spirituellen und existenziellen Bedürfnissen gesprochen <u>Was die PatientInnen anfordern:</u> - Hilfestellungen bei überwindenden Ängsten - Gespräche über inneren Frieden - Bedeutung über Leben und Tod - Identifizierung spiritueller Bedürfnisse
Lin, Ch.Ch. Tsai, H.H. Chiou, J.F. Lai, Y.H. Kao, Ch.Ch. Tsou, T.Sh. 2003	Changes In Levels Of Hope After Diagnostic Disclosure Among Taiwanese Patients With Cancer	124 taiwanesische KrebspatientInnen	Querschnittstudie u. deskriptive Korrelationsstudie	3	Herth Hope Index, eine 12-item adaptierte Version in Mandarin Chinesisch	79% der PatientInnen, welche ihre Diagnosen wussten, neigten zu höheren Hoffnungslevels
Lin, Ch.Ch. Lai, Y.L. Ward, S. 2003	Effect Of Cancer Pain On Performance Status, Mood Status, And Level Of Hope Among Taiwanese	233 KrebspatientInnen mit Schmerz 251 KrebspatientInnen ohne Schmerz nahmen an	Interventionstudie	3	POMS (Profile Of Mood States) HHI (Herth Hope Index) BPI-C (Brief Pain Inventory-Chines version)	KrebspatientInnen mit Schmerz hatten niedrigere Level beim KPS, und höhere Levels bezogen auf ihre Gemütschwankungen- und Gemütsstörungen. Sie erfuhren auch mehr Angst, Schwäche, Depression und Verwirrung.

	Cancer Patients	der teil	Studie			KPS (Karnofsky Performance Scale)	
Elliott, J.A. Olver, I.N. 2007	Hope And Hoping In The Talk Of Dying Cancer Patients	28 PatientInnen Im 4. Krebsstadium	Qualitative Studie		3	Semi – strukturierter Interviewleitfaden Daten wurden in ein Software Paket verbucht um die Analysen zu ermöglichen. KrebspatientInnen mit Schmerzen hatten niedrigere Levels bei KPS, und höhere Levels bezogen auf ihre Gemütsstörungen KrebspatientInnen mit Schmerz erfuhren mehr Angst, Schwäche Depression, und Verwirrung.	
Lin Chi, G.C.H. H. 2007	The Role Of Hope In Patients With Cancer	26 Forschungsartikeln bildeten Kriterium für das Review	Literatur Review		1	In den Datenbanken Medline, Cinahl und Psychinfo wurde recherchiert Hoffnungslevel war signifikant bezogen of den Copinglevel Religiosität war eine hohe Wirkungsvariable für effektives Coping und positive Krankheitsanpassung. Die gebräuchlichsten Strategien waren der Glaube, jeden Tag intensiv zu leben, Gespräche mit anderen, die Verminderung von Unsicherheit, den Blick in die Zukunft richten, persönliche Stärke zeigen, Limit	

							Positive Pflegeteams Wirkung von Pflegeteams
Sanatani, M. Schreier, G. Stitt, L. 2007	Level direction hope cancer patients: explorative longitudinal study	and of in an explorative longitudinal study	42 PatientInnen , 28 geheilte PatientInnen 14 palliative PatientInnen	Längsschnitts studie	3	• HHI (Herth Hope Index) • Offene Fragen Klassifizierung von 2 Gruppen, nachher Vergleich mittels t-Test.	Hoffungslevel war bei PatientInnen mit Heilungsaussicht höher als bei PalliativpatientInnen. Nach 4 Monaten war HHI - Level in der auf Heilung - gezielten Gruppe höher In der Palliativgruppe war kein signifikanter Unterschied im HHI Level
Rustoen, T. Wiklund, I. 2000	Hope Newly Diagnosed Patients With Cancer	In	131 norwegische Patienten welche krebsdiagno stiziert wurden. Lebenserwar tung betrug 1-2 Jahre	Interventionss studie	3	NHS (Nowotny Hope Scale)	87 % der Teilnehmer füllten sich hoffnungsvoll bis gemäßigt hoffnungsvoll. Niemand erwähnte Hoffungslosigkeit
Hammer, K. Mogense, O. Hall, E. 2009	Hope experienced in newly diagnosed with	as experienced women diagnosed	27 Frauen mit neudiagnosti ziertem Krebs	Qualitative Studie	3	Semi - strukturiertes Interview mit phänomenologischem Ansatz; Frauen wurden am Tag	Gegenwärtigkeit von Hoffnung war für die Frauen in der Zeit der Diagnose essentiell. Glaube an Heilung, und Weiterführung des normalen Lebens mit den Verwandten und Freunden.

	gynaecologic al cancer				Diagnosen bekanntgabe interviewt.	- Wunsch, dass das Leben wieder so ist, wie vor der Krebsdiagnose. - Zurück zur Normalität - Hoffnung, als Wunsch vom Krebs befreit zu werden - Schaffen einer positiven Atmosphäre erzeugt bei Patientinnen Hoffnung - Zukunftspläne wurden geschmiedet, - Hoffnung wurde in täglichen Aktivitäten beschrieben (gesundes Essen, Gespräche über Heilung zu führen,..) - Hoffnung als das Gefühl, frei zu sein, Kontrolle über sich zu haben, und aktiv zu sein - Hoffnung wurde als persönliche innere Kraft gesehen. Verbunden mit Stärke und Willenskraft und den Glaube an Gott - Hoffnung als Grundlage für das Leben - Hoffnung wurde als ein Geben und Nehmen gesehen. Das Wissen, dass man vertrauenswürdige Menschen um sich hat, welche die Patientinnen stärken. - Wechsel zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit - Hoffnung wurde als Kampf gegen Hoffnungslosigkeit erfahren.
Vellone, Rega, Galletti, Cohen,	Hope And Related Variables In Italian Cancer	80 PatientInnen wurden angeschrieben	Deskriptive Korrelationsstudie	3	• HRVQ (Hope Related Variable Questionnaire)	Hoffungslevel war mit 90% bei PatientInnen im Krankenhaus , und 80% bei PatientInnen zuhause generell sehr hoch

2006	Patients	en, 40 Fragebögen wurden beantwortet				Selbstachtung, Coping In 15 Item Skalen gesetzt • NHS (Nowotny Hope Scale) • 29-Item Skala mit einer 4-Punkt Likert Skala und 6 Unterskalen von „stimme sehr zu bis „stimme gar nicht zu“ • RSCL (Rotterdam Symptom Checklist) • 39-Item-Skala. Sie misst die Lebensqualität • HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) • 14 Item-Skala, welche Angst und Depression in eigenen Subskalen misst	NHS korreliert mit RSCL. Diese Zusammenhänge haben sich schon in früheren Studien gezeigt. Hoffnung hatte: - einen negativen Zusammenhang mit der HADS Skala - einen positiven Zusammenhang mit der HRVQ Skala NHS hatte einen Zusammenhang mit der HRVQ Skala. Diese Beobachtung bestätigt die interpersonelle Dimensionen von Hoffnung welche mit anderen Studienresultaten übereinstimmt.
Chen, M. L. 2003	Pain And Hope Patients With Cancer	226 taiwanesische Krebspatient Innen	Interventionss tudie	3		• HHS (Herth Hope Scale): Messung von Hoffnung • PAF (Pain	2 Gruppen • Schmerzgruppe • schmerzfreie Gruppe HHI – Wert unterschied sich nicht signifikant

Berterö, C. Vanhanen, M. Appelin, G. 2008	Receiving A Diagnosis Of Inoperable Lung Cancer. Patients`Pers pectives Of How It Affects Their Life Situation And Quality Of Life	Qualitative Studie	3	Phänomenologisch, hermeneutischer Ansatz wurde verwendet	Assessment Form): Messung der sensorischen Charakteristika von Schmerz • PMCPI (Perceived MEaning of Cancer Pain Inventory): Messung der Bedeutung von Schmerz • KPS (Karnofsky Performance Scale): Evaluierung des funktionellen Status der PatientInnen	zwischen den beiden Gruppen Kein Unterschied im Hoffungslevel bei PatientInnen mit Schmerz und PatientInnen ohne Schmerz „mean hope score“ bei Schmerz: 37.04 „mean hope score“ ohne Schmerz: 37.44 Ergebnisse sind konträr zu anderen Studienergebnissen, in denen Schmerzintensität einen signifikanten Zusammenhang mit Hoffnung hat	Identifizierung von 6 Themen: • Erfahrung von Unsicherheit: durch lange Wartezeiten, ewiges Hin und Her zwischen Hoffnung und Verzweiflung • Erfahrung von Hoffnung: Gefühl, die Kontrolle über die Situation zu haben, Bewältigung der Nebenwirkungen • Netzwerke als Unterstützung Familie und Freunde als primäre Unterstützung,
--	---	-----------------------	---	---	---	--	--

						Krankenschwestern/-pfleger als weitere Ansprechpartner durch ihr vielfältiges Wissen und ihre Erfahrungen bei KrebspatientInnen • Gedanken zum Tod: TeilnehmerInnen waren noch nicht bereit das „jetzige Leben zu verlassen“ Sie wollen noch länger ein Teil des „normalen Lebens“ sein • Gefühl von Scham und Schuld: Erfahrung von negativen Verhaltensweisen in der Gesellschaft; Lungenkrebs als etwas Anderes als andere Krebsarten; Viele TeilnehmerInnen erzählten oft gar nicht über die Krebserkrankung; Versuch die Symptome und andere körperliche Veränderungen zu verdecken • Reaktionen der Angehörigen: Die Reaktionen der Angehörigen waren ein maßgeblicher Faktor hinsichtlich der Unterstützung der PatientInnen • „Normales“ Leben führen TeilnehmerInnen hatten oft Schwierigkeiten, Hilfe von Angehörigen anzunehmen, sich einzugestehen das man krank ist Versuch unabhängig zu bleiben, Verantwortung zu haben und weiterhin Ihre tägliche Aktivitäten abzuwickeln
--	--	--	--	--	--	--

							Dadurch entstand ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit für die PatientInnen und folglich Erhöhung der Lebensqualität
--	--	--	--	--	--	--	--

Gruppe 2: Copingstrategien bei KrebspatientInnen (15 Studien)

Autor Innen	Titel	Stichprobe	Forschungs-design	Evidenz-level	Messinstrument	Resultate
Li, J. Lambert, V.A. 2007	Coping Strategies And Predictors Of General Well-Being In Women With Breast Cancer In The People's Republic Of China	100 Patientinnen mit neu diagnostizierte m Brustkrebs	Deskriptiv-prospektive Studie	3	• „Brief Cope“: abgeänderte Version der „Cope Inventory“ wurde entwickelt um die Copingstrategien zu entwickeln • „PGWB“ (Psychological General Well-Being Index)	Die drei meist verwendeten Copingstrategien bei Brustkrebspatientinnen waren: • Planung (mean score 4.94) • Positive Neuausrichtung („mean score 4.73) • Selbstablenkung („mean score“ 4.66) Berufstätig zu bleiben hat einen guten Einfluss auf das generelle Wohlbefinden der Patientinnen
Stanton, A. Danoff-Burg, S. Huggins, M. 2002	The First Year After Breast cancer diagnoses: Hope And Coping Strategies As Predictors Of Adjustment	70 Patientinnen mit Brustkrebsstadium I-II	Longitudinal studie	3	Hope Scale and COPE, COPE: eine 60-Itembestand, welche 15 Copingstrategien beschreibt	Copingstrategien wirken signifikant mit Hoffnung. Dass heißt sie prognostizieren eine Anpassung an die Zeit. Coping durch aktive Akzeptanz, sagte positivere Anpassung vorher. Coping durch Konvertierung zu Religiosität war effektiver bei hoffnungsloseren Frauen
Benzeln et al., 2001	The Meaning Of The Lived Experience Of Hope In Patients With Cancer In Palliative Home Care	11 Patienten in Palliativpflege zuhause	Qualitative Studie	3	Narrative Interviews (phänomenologisch, hermeneutisch)	Die Resultate ergaben eine offenbarte Anspannung zwischen Hoffnung auf Heilung, und Verbindung von Leben und Tod. Hoffnung ist eine dynamische Erfahrung, die wichtig für ein bedeutungsvolles Leben und ein ehrwürdiges Sterben bei Patienten mit unheilbarem Krebs ist.

Felder, 2004	Hope and Coping in Patients With Cancer Diagnoses	183 Patienten mit Magen - Darm,- urogenitalen-, Brust- oder Halskrebs, Gehirntumor oder Leukämie	Deskriptive Korrelationsstudie mit 4 Gruppen	3	• HHS (Herth Scale) • JCS (Jalowlec Coping Scale)	Der Hoffnungslevel (76.25) war bei Patienten hoch, die von ihrem fortschreitendes Krebsstadium wussten und es gut bewältigen konnten. PatientInnen, die effektive Copingstrategien erkannt haben einzusetzen, hatten einen höheren Hoffnungslevel, wie auch vice versa. Diese Resultate bereiteten ein größeres Wissen über Hoffnung und Krebs.
Sand, L. Olsson, M. Strang, P. 2009	Coping Strategies In The Presence Of One's Own Impeding Death from Cancer	20 schwedische Patienten, mit Krebsdiagnosen, im Früh oder Spätstadium. Alle definierten sich als nicht religiös	Qualitative Studie	3	Semi – strukturierter Interviewleitfaden, um die PatientInnen in ihren Antworten zu bestärken, wurden offene Fragen verwendet.	Abschirmung des eigenen Körpers Einbindung Aufgrund der Krankheit - Gefühle der Ausgrenzung ,ein beschränktes Leben, Aussichtslosigkeit Ausgleichen durch Momente der Einbindung durch andere Hoffnung Wunsch, schmerzfrei zu leben, zuhause zu wohnen, nicht zu vereinsamen. Weiterführung Wiedergeburt, „things cannot cease to be“ Gegensatz Leben und Tod Die Betroffenen versuchen den, Tod, der unumgänglich ist, auszublenken. Zusammengehörigkeit, Einbindung, Hoffnung, und Beständigkeit sind Aspekte, welche Menschen mit dem Leben verbinden, während Isolation, Ausgrenzung und Resignation mit dem Tod verbunden werden.

Dropkin, 2001	Anxiety, Coping Strategie, and Coping Behaviors in Patients Undergoing Head and Neck Cancer Surgery	75 erwachsene KrebspatientInnen	Deskriptive-prospektive Studie	3	• STAI (State Trait Anxiety Inventory) wurde verwendet. 40-item Test, um den Angstzustand zu messen. • WCQ (Ways of Coping Questionnaire) 67-item Test um Strategien welche in speziellen, stressreichen Situationen verwendet werden, zu quantifizieren. • CBS (Coping Behaviors Score): Misst die soziale Wiedereingliederung und Selbstpflege nach der Krebsbehandlung • D/D Scale (Disfigurement/Dysfunction):	1. „Mean score“ von Angstzuständen vor der Operation und der Verwendung von Problem-fokussierten Copingstrategien war 46. („possible range“ ist 20-80). 2. Es gab keinen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen präoperativen Copingstrategien und postoperativer Selbstpflege und sozialer Wiedereingliederung. 3. Es gab keinen ersichtlichen Zusammenhang zwischen Dysfunktionen / Entstellungen und Angstzuständen nach der Behandlung. 4. Angst und Selbstpflege nah der Behandlung korrelierten negativ 5. Angstreduzierung durch die Durchführung von Selbstpflege innerhalb eines speziellen Zeitfensters Zusammenfassung: 1. Selbstpflege führt zu Reduktion von Angst. Selbstpflege wurde in der postoperativen Zeit beobachtet, trotz hoher Angstzustände. 2. negativer Zusammenhang zwischen Selbstpflege und Angst erhöhte sich während der Zeit
---------------	---	---------------------------------	--------------------------------	---	---	---

Tan, M. 2007	Social Support and Coping in Turkish Patients With Cancer	148 KrebspatientInnen	Querschnitt sstudie	3	3 teilige Befragung Fragen Die beinhalten: - demografische Fragen - Möglichkeiten von Coping (nach Lazarus anhand 66-Likert-Typ- Skalen) - wahrgenommene soziale Unterstützung anhand familiärer Skalen	Problemfokussiertes Coping: Familienverhältnisse, Erziehung, Gesundheitszustand Zusammenhang zwischen Dauer der Krankheit u. Suchen nach sozialer Unterstützung Emotionsfokussiertes Coping wurde öfters als problemfokussiertes Coping verwendet. PatientInnen mit höherem Bildungsniveau hatten einen höheren Wert im problemfokussierten Coping und in der sozialen Unterstützung als die anderen. Individuen mit niedrigerem Bildungsniveau verwendeten hauptsächlich emotionsbezogene Copingstrategien, wie z.B. Vermeidung / Entkommen. Dass heißt, ein höheres Bildungsniveau ist eine gute Ressource um besser mit Informationen und Situationen in dieser Lebensphase hantieren zu können. Die Ergebnisse können nicht generalisiert werden, aufgrund der Stichprobe: • hauptsächlich Frauen, • viele PatientInnen mit höherem Bildungsniveau • verheiratet Eine Verallgemeinerung dieser Studie für Individuen ist limitiert
-----------------	--	--------------------------	------------------------	---	---	--

Thomas, J. Retsas, A. 1999	Transacting Self-Preservation: A Grounded Theory Of The Spiritual Dimensions Of People With Terminal Cancer	19 Erwachsene mit unheilbarem Krebs	Qualitative Studie	3	Grounded Theory	Breitgefächertes Netzwerk Von Familie, Freunden und anderen unterstützenden Systemen welche positiv wirken, Akzeptanz und Aufmunterung schaffen und Gefühle von Hoffnung und Liebe entwickeln. „being connected“ als eine Copingstrategie PatientInnen hatten Unlust sich in Kleinigkeiten zu verstricken Sie wollten mehr vom Leben wie z.B. eine neue Stärke und Kostbarkeit im Leben zu erfahren Spiritualität beinhaltet für die PatientInnen auch die Frage nach dem Leben nach dem Tod und die Verbundenheit mit anderen nach dem Sterben nicht gläubige TeilnehmerInnen sahen den Tod als Zeit der Abrechnung bzw. Zeit der Endgültigkeit zwei ausgeprägte Gruppen: < 71 Jährigen: Fokussierung auf die Erfolge im Leben ➤ 71 bis 90 Jährigen TeilnehmerInnen gewinnen Erfahrung, durch andere Krebserkrankte in ihrem Bekanntenkreis. Dadurch ein größeres Bewusstsein in Bezug auf aktuelle Methoden der Schmerzentlastung. Tod als friedvoll und nicht als schmerzvoll zu erleben.
----------------------------	---	-------------------------------------	--------------------	---	-----------------	--

						Viele Fragen an die ExpertInnen bezüglich der Nebenwirkungen und Konsequenzen bei Krebs. Selbsterhaltung stieg auch durch das Vertrauen in sich selbst, Vertrauen in andere, wie auch Vertrauen in Gott oder an ein anderes „höheres Wesen“ problemfokussiertes Coping wurde angewendet durch Linderung der Symptome durch Familie, Freunde, Pflegekräfte emotionsfokussiertes Coping durch Akzeptanz der Realität, Unterstützung und Trost von Familie, Glauben an das Schicksal, Vorbereitung für den „worst case“
Kuo, T.T. Ma, F.Ch. 2002	Symptom Distresses And Coping Strategies In Patients With Non-Small Cell Lung Cancer	73 PatientInnen mit Lungenkrebs	Korrelations studie	3	• Symptom Distress Skala • Coping Strategies Skala	
Wonghong kul, T. Moore, Sh.M. Schneider, S. Deimling, G. 2000	The Influence Of Uncertainty In Illness, Stress Appraisal, And Hope On Coping In Survivors Of Breast Cancer	71 Brustkrebspatientinnen	Korrelations studie	3	• MUIS-C (Mishel Uncertainty In Illness Scale) • Visual analogue scale • HHI • Herth Hope Index • WCQ (Ways of Coping Questionnaire)	Teilnehmerinnen der Studie waren Mitglieder von „support groups“ der „American Cancer Society“. Überlebende von Brustkrebs hatten niedrigere Unsicherheitslevels. Die meistgenutzte Copingstrategie bei Brustkrebsüberlebenden war das planvolle Problemlösen • Die positive Neubewertung der Situation • Selbstkontrolle • Soziale Unterstützung suchen • Distanz • Konfrontierende Strategien • Akzeptanz der Verantwortlichkeit

					Teilnehmerinnen hatten hohe Levels in der Ausbildung wie auch in der sozialen Unterstützung
Ben Zur, H. Gilbar, O. Lev, Sh. 2001	Coping With Breast Cancer: Patient, Spouse, and Dyad Models	73 verheiratete Brustkrebspatientinnen	Qualitatives Interview	3	• BSI (Symptom Checkliste): Bewertung von psychologischem Distress • PSA (Psychosocial Adjustment). Anpassung an die Krankheit • Coping Scale Distress - Wert war bei Patientinnen höher als bei Ehemännern Psychosoziale Anpassungswert war bei PatientInnen (3.54) und Eheleuten (3.46) sehr ähnlich • PatientInnen hatten mehr psychologische Probleme als ihre Ehepartner. • PatientInnen verwendeten mehr problem – fokussierte Copingstrategien als ihre Ehepartner. • Emotion – fokussiertes Coping wurde assoziiert mit höherem psychologischem Distress und niedriger psychosozialer Anpassung • Höhere Bildungsgrad als Ressource in der Förderung von Coping und als besseres Verständnis für die Situation selbst
Taleghani, F. Yekta, Z.P. Nasrabadi, A.N. 2005	Coping With Breast Cancer Newly Diagnosed Iranian Women	19 neudiagnostizierte Brustkrebspatientinnen	Querschnitt studie	3	qualitative Interviews wurden zwischen Mai und September 2004 durchgeführt • Begegnung der Krankheit mit einem religiösem Ansatz • Akzeptanz der Krankheit als Gottes Wille; Prüfung • Nachdenken über die Krankheit • Akzeptanz der Krankheit • Soziale und kulturelle Faktoren, die Coping beeinflussen • Unterstützung von beeinflussenden

						Anderen
Clayton, J.M. Butow, P.N. Arnold, R.M. Tattersall, M.H.N. 2005	Fostering Coping And Nurturing Hope When Discussing The Future With Terminally Ill Cancer Patients And Their Caregivers	19 KrebspatientInnen im fortgeschrittenem Stadium 24 PflegerInnen 22 Fachpersonen im Palliativbereich	Qualitatives Interview	3	Individualinterviews wurden durchgeführt	• Hervorhebung, was man tun kann • Realistische Zielsetzung • Auseinandersetzung mit dem täglichen Leben Fokus von Hoffnung veränderte sich während der Krankheit; daher war es wichtig dass die Fachkräfte den PatientInnen helfen, sich auf ihre Ziele neu zu orientieren und auf Dinge zu fokussieren, welche realistisch zu erreichen waren. Hoffnung auf Heilung und Hoffnung auf Unterstützung wurde von den Teilnehmern am öftesten erwähnt Emotionale und geeignete Unterstützung, sowie Umsicht und Würde waren in allen teilnehmenden Gruppen hervorgehoben Wege und Mittel in der Förderung von Coping und Hoffnung sind bei PatientInnen, Pflegekräfte und Fachkräfte sehr ähnlich verwendet worden

Johnston, G: Abraham Ch. 2000	Managing Awareness: Negotiating And Coping With A Terminal Prognosis	16 KrebspatientInnen 14 Laienpfleger	Qualitative Studie	3	Semi – strukturierte Interviews wurden durchgeführt	Hoffnung war gleichgestellt mit der Erwartung von Heilung Auch bei lebensbedrohenden Prognosen, versuchten die PatientInnen Hoffnung auszudrücken
Henderson, P.D. Gore, Sh.V. Davis, B.L. Condon, E.H. 2003	African American Women Coping With Breast Cancer: A Qualitative Analysis	66 Afro amerikanische BrustkrebspatientInnen	Qualitative Studie	3	Semi – strukturierte Interviews wurden durchgeführt	Glaube spielte die Hauptrolle in der Förderung von Coping Weitere Copingstrategien waren: • Vermeidung von negativ denkenden Menschen • Soziale Unterstützung • Positive Einstellung • Lebenswille

Gruppe 3: Strategien und Pflegeinterventionen zur Aufrechterhaltung und Förderung von Hoffnung und Bewältigung (6 Studien)						
Autor Innen	Titel	Stichprobe	Forschungs- design	Evidenz- level	Messinstrument	Resultate
Herth, K. 2000,	Enhancing Hope In People With A First Recurrence Of Cancer	115 Erwachsene mit Rekursion von Krebs	Quasi – experimentelle Studie	2	• HHI (Herth Hope Index) • Cancer Rehabilitation and Evaluation Systems (Short Form)	PatientInnen im Hoffungsinterventionsprogramm hatten signifikant höhere Durchschnittswerte als TeilnehmerInnen in den Kontrollgruppen nach der Intervention. Lebensqualität war signifikant höher in der Hoffungsinterventionsgruppe als in den zwei anderen Gruppen. Hoffnung ist eine wichtige Copingstrategie, um Lebensqualität zu erhöhen.
Herth, K. 2001	Development And Implementation Of A Hope Intervention Program	38 Erwachsene mit Rekursion von Krebs	Deskriptive Studie	3	Fragebogen nach der letzten HIP-Beratung u. jeweils nach 3,6, und 9 Monaten	HIP hat positiven Einfluss auf die Erlangung von Hoffnung und unterstützt die strategische Rolle, die Schwestern in der Forschung spielen. Dass heißt sie erzeugen Hoffnung und unterdrücken Hoffungslosigkeit für ihre Patienten
Saleh, U.S. Brockopp D.Y. 2001	Hope Among Patients With Cancer Hospitalized For Bone Marrow Transplantation (BMT)	9 PatientInnen mit Krebs	Qualitatives Interview	3	Phänomenologisch – hermenteutischer Ansatz wurde verwendet	6 Hauptthemen wurden von den TeilnehmerInnen identifiziert: • Verbundenheit mit Gott • Bestärkung von Freundschaften • Positiv bleiben • In der Erwartung zu überleben

O´Baugh, J. Wilkes, L.M. Luke, S. George, A. 2003	„Being Positive“: Perceptions Of Patients With Cancer And Their Nurses	11 KrebspatientInnen und 8 Krankenschwestern	deskriptive Studie	3	Semistrukturierter Interviewleitfaden	• Im „Jetzt“ Leben • Förderung der Bewältigung KrebspatientInnen: • Krebs soll keinen schädlichen Effekt auf as Leben haben, • Versuchen so normal wie möglich weiterzuleben • Positive Einstellung durch Familie, und daran zu denken, wofür es sich lohnt zu leben • Positives Verhalten durch Kontrolle der Situation • Kontrolle der negativen Gedanken, • Fokus auf das Geschehen • Meditation als Bewältigungsstrategie Pflegende: • Positives Verhalten variiert bei den PatientInnen stark • Akzeptanz der Krankheit • PatientInnen versuchen das Bestmögliche, um den Krebs zu besiegen • Krankenschwestern bezeichneten „positiv zu sein“ als einen Kampfgeist gegen den Krebs zu entwickeln; die Behandlung gut durchzustehen • Personalität spielt eine wichtige Rolle im Verhalten der KrebspatientInnen • Die meisten PatientInnen beruhten sich auf Informationen durch den Arzt und nicht durch andere
---	--	--	--------------------	---	---------------------------------------	--

						Bezugsquellen Oft hat eine Fehlanpassung zwischen Krankenschwestern und PatientInnen geherrscht Krankenschwestern sollen ihre eigenen Auffassungen im Hintergrund lassen und versuchen die der PatientInnen zu verstehen.
Buckley, J. Herth, K. 2004	Fostering Hope In Terminally Ill Patients	16 Erwachsene mit unheilbarem Krebs in Palliativpflege	Querschnitt studie	3	• BDF (Background Data Form • HHI (Herth Hope Index) - und • Semistrukturierte Interviews	Identifizierung von hoffnungsfördernden Kategorien: 1. Liebe/ Beziehung zu Familie und Freunden 2. Glaube / Spiritualität 3. Zielsetzung und Bewahrung der Unabhängigkeit 4. positive Beziehungen mit Professionellen PflegerInnen 5. Humor 6. persönliche Charakteristika 7. auftreibende Erinnerungen
Northouse, L.L. Mood, D.W. Schafner, A. Montie, J.E. Sandler, H.M. Forman,	Randomized Clinical Trial Of A Family Intervention For Prostate Cancer Patients And Their Spouses	263 inklusive Ehepartnerinnen wurden in die Studie aufgenommen Randomisierung in eine Kontrollgruppe und	RCT	1	• MOS (Medical Outcomes Study) • FACT (Functional Assessment of Cancer Treatment) • Appraisal of Illness oder	Nach 4- monatigem Follow – Up berichteten Interventionspatienten weniger Unsicherheit und bessere Kommunikation mit Ehepartnerinnen, als die Kontrollgruppen. Weitere Effekte wurden jedoch nicht erwähnt Die Ehefrauen in der Interventionsgruppe haben eine höhere

J.D. Hussain, M. Pienta, K.J. Smith, D.C. Kershaw, T. 2007	Interventionsgruppe			Appraisal of Caregiving Scales • Brief Coping Orientation • Self - efficacy scale • OSQ (Omega Screening Questionnaire) • EPIC (Expanded Prostate Cancer Index Composite)	Lebensqualität, mehr Selbstvertrauen , und bessere Kommunikation erwähnt. Die meisten Auswirkungen haben bis zu den 8 bzw. 12 Monaten angehalten. Generell Erfahrung von positiven Ergebnisse durch die Intervention der Familie, welche den Patienten Information und Unterstützung geboten haben
--	---------------------	--	--	---	---

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Julia Morgenbesser
Wohnort: Pasettistraße 29/28, 1200 Wien
Telefon: 0650 5713432
E - mail: J.Morgenbesser@gmx.at
Geburtsdatum: 07.05.1986
Geburtsort: Oberpullendorf
Staatsbürgerschaft: Republik Österreich
Familienstand: ledig, keine Kinder

Familie

Vater: Alfred Morgenbesser, Hauptschuloberlehrer, 53 Jahre
Mutter: Magdalena Hasenbichler, Pensionistin,
(früher: Hauptschuloberlehrerin), 51 Jahre
Schwester: Mag. Kathrin Morgenbesser, AHS - Lehrerin, 29 Jahre
Bruder: Martin Morgenbesser, Student, 25 Jahre

Schulbildung

1992 – 1996 Volksschule in Zöbern
1996 – 2000 Hauptschule in Zöbern
2000 – 2001 Bundeshandelsakademie in Wr. Neustadt
2001 – 2005 Bundesoberstufenrealgymnasium in Wr. Neustadt mit sportlichem Schwerpunkt
seit Okt. 2005 Studium an der Universität Wien (Pflegewissenschaft)

Berufliche Weiterbildung

Herbst 2004 Ausbildung zum staatlich geprüften Fit – Lehrwart

Berufserfahrung

Sommer 2001 Praktikum im Kurhotel Bad Schönau
Sommer 2002 Praktikum im Kurhotel Bad Schönau
Sommer 2003-2005 diverse Ferialjobs
2006 bis 2007 Servicemitarbeiterin bei Gerstner Catering; geringfügig
Juli 2007 Praktikum im Landespflegeheim Wr. Neustadt
Nov 2007/08/09 Mitarbeit am Pflegekongress Wien
Ab Jänner 2008 Ordinationsassistentin in Teilzeit

Besondere Kenntnisse

Führerschein B
Computerkenntnisse (Office)
Gute Englischkenntnisse
Italienischkenntnisse