



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Angezählt

Brustkrebs als Endlichkeitserfahrung

Verfasserin

Elsa Sagmeister

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Jänner 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreuerin: Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Danksagung

Die eigene Endlichkeit gehört in unserer Gesellschaft eher zu jenen Themen, die nur sehr ungern angesprochen werden. Der Tod anderer stößt uns manchmal darauf, um dann wieder in den hintersten Teil unserer Gedankenwelt verbannt zu werden.

Menschen, die eine schwere Krankheit, oder sonstige gravierende Lebenskrisen durchstehen mussten, haben sich unweigerlich mit den Grenzen ihres Daseins auseinandergesetzt. Die Beschäftigung mit Tod und Sterben findet meist im Stillen, oder mit sehr vertrauten Menschen statt.

Für den Mut und das enorme Vertrauen, das mir meine Gesprächspartnerinnen entgegengebracht haben, möchte ich mich hiermit von ganzem Herzen bedanken. Durch die Offenbarung ihrer Gedanken, Ängste und Erfahrungen haben sie mir einen tiefen Einblick in einen sehr privaten Teil ihres Selbst gewährt. Die Gespräche waren von beiderseitiger Wärme und Zuneigung geprägt und haben mein Innerstes tief berührt. Durch ihren Mut kann der Außenwelt ein Einblick in das Erleben eines gesellschaftlichen Tabuthemas gewährt werden. Sowohl für andere Betroffene, Angehörige aber besonders die Pflege bietet dieser Einblick Hilfestellung bei dem Umgang mit Brustkrebspatientinnen.

Ein ebenso tiefempfundener Dank gilt meiner Betreuerin, die mich auf diesem oft steinigen Weg fachlich und menschlich wunderbar aufgefangen und begleitet hat. Immer die richtigen Worte zu finden ist eine Gabe, die ihr zu Eigen ist, wodurch ich alle Besprechungen beschwingt und voller Tatendrang verließ.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Ausgangslage	1
1.2. Ziel der Arbeit	2
1.3. Fragestellungen	3
2. Tod und Sterben als Teil des menschlichen Daseins	4
3. Spiritualität im Kontext einer Brustkrebserkrankung	8
4. Der aktuelle Stand der Forschung	16
4.1. Die Literaturrecherche	16
4.2. Von der Diagnose zu einem neuen Leben	17
5. Beschreibung der Untersuchung	28
5.1. Der gewählte Forschungsansatz	28
5.2. Ethische Überlegungen	32
5.2.1. Ethik in der Pflegeforschung	32
5.2.2. Ethische Aspekte der vorliegenden Arbeit	34
5.3. Methode der Datenerhebung	35
5.4. Methode der Datenauswertung	36
5.5. Beschreibung der Interviewpartnerinnen	38
6. Darstellung der Ergebnisse	40
6.1. Belastungen	40
6.1.1. Belastungen vor der Diagnose	40
6.1.2. Behandlungsspezifische Belastungen	41
6.1.3. Heutige Belastungen	43
6.2. Diagnoseverlauf – Von der Ahnung zur Gewissheit	43
6.2.1. Ahnungswissen	44
6.2.2. Diagnoseschock	44
6.2.3. Alle Kraft in die Zukunft	45
6.3. Angst vor dem Tod	46
6.3.1. Krebsverdacht als Angstausröser	46
6.3.2. Diagnose als Angstausröser	46
6.3.3. Behandlung als Angstausröser	47

6.3.4.	Heutige Angstauslöser.....	48
6.3.5.	Angst als unterschwelliger Begleiter.....	48
6.4.	Angezählt sein – Ein neues Endlichkeitsbewusstsein	49
6.4.1.	Auslöser.....	49
6.4.2.	Dynamik.....	50
6.4.3.	Erscheinungsformen.....	50
6.5.	Der Weg muss allein gegangen werden, aber Unterstützung hilft...51	
6.5.1.	Professionelle Hilfestellungen.....	51
6.5.2.	Gleiches Leid verbindet - Gleichgesinnte als Unterstützung	52
6.5.3.	Unterstützung aus dem Freundeskreis.....	53
6.5.4.	Familiäre Unterstützung.....	54
6.5.5.	Selbsthilfe	55
6.6.	Spiritualität als Religion und darüber hinaus	56
6.6.1.	Spiritualität als Lebensbegleiter.....	56
6.6.2.	Spiritualität als neuer Begleiter	57
6.7.	Veränderungen.....	57
6.7.1.	Kontinuierliche Lebensveränderungen	57
6.7.2.	Tod als Teil der persönlichen Geschichte.....	58
6.7.3.	Persönlichkeitsveränderungen	59
6.7.4.	Grenzen setzen	60
6.7.5.	Umweltveränderung statt Selbstbeschneidung	62
7.	Diskussion	63
7.1.	Grenzen der Arbeit.....	70
8.	Schlussfolgerungen	71
8.1.	Empfehlungen für die Pflege	71
9.	Literaturverzeichnis	73
10.	Abbildungsverzeichnis	80
11.	Anhang	81
11.1.	Abstract.....	81
11.2.	Abstract.....	82
11.3.	Curriculum vitae	83

1. Einleitung

„Der Tod ist der Schlüssel zum Lebenstor. Nur wenn wir die Begrenztheit unserer individuellen Existenz akzeptieren, werden wir die Kraft und den Mut finden, jene äußerlichen Rollen und Erwartungen zurückzuweisen und jeden Tag unseres Lebens – gleichgültig, wie lange es dauert – darauf zu verwenden, so umfassend zu reifen, wie wir können.“ (Kübler-Ross 1992)

1.1. Ausgangslage

Krebs allgemein ist in Österreich die zweithäufigste Todesursache und verzeichnete 2007 25,4% aller Sterbefälle (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007 S 30). Unter der weiblichen Bevölkerung liegt Brustkrebs an erster Stelle der jährlichen Neuerkrankungen und belegt auch als häufigste Todesursache unter den bösartigen Neubildungen den ersten Platz (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007 S 38) Analog zur Brustkrebshäufigkeit ist auch das Interesse der Wissenschaft an diesem Thema enorm und so hat sich in den letzten Jahrzehnten ein beachtlicher Forschungsstand entwickelt. Nicht nur Entstehung und Therapie von Brustkrebs stehen im Mittelpunkt, sondern auch die psychischen Belastungen aller mittel- und unmittelbar Betroffenen. Diese sind, wie nicht schwer nachzuvollziehen sein dürfte, enorm vielfältig und vor allem individuell verschieden.

Im Vordergrund der meisten Studien stehen Bewältigungsstrategien, Belastungen, Bedürfnisse, sowie die Erfahrung einer solchen Erkrankung an sich (vgl. Holtgräwe, Pinkert, Remmers 2007; Landmark, Wahl 2002; Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005) Sowohl aus Erfahrungsberichten, als auch aus Studien mit Brustkrebspatientinnen geht deutlich hervor, dass die Betroffenen in den jeweiligen Stadien ihrer Erkrankung mit den verschiedensten Ängsten zu kämpfen haben. Immer wiederkehrende Themen in Verbindung mit Brustkrebs sind die Angst vor dem Sterben und die Konfrontation mit dem möglichen Lebensende (vgl. Arman, Rehnsfeldt

2002; Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002; Remmers 2001) Wie der Forschungsüberblick zeigen wird, beschäftigen sich bereits verfasste Arbeiten nur sehr am Rande mit diesem speziellen Aspekt der Krankheitserfahrung. Eine Brustkrebsdiagnose ist ein enorm einschneidendes Erlebnis, welches das Leben nachhaltig verändert und fast alle Lebensbereiche beeinflusst. Die Frauen werden durch die Diagnose schlagartig mit ihrer eigenen Endlichkeit und der des Lebens an sich konfrontiert, was zu einer Krise und dem Aufkeimen vieler Fragen führt. Themen wie Tod, Sterben, sowie die begrenzte Zeitspanne eines jeden Menschen hier auf dieser Welt, die jede Religion und viele Gelehrte seit Menschengedenken beschäftigen, stellen trotz alledem in der heutigen Gesellschaft ein Tabu dar. Ewiges Leben gibt es nicht und dies wird nicht bezweifelt, doch die bewusste Auseinandersetzung, sei sie nun gewollt oder eher unfreiwillig, stellt eine ganz andere Herausforderung dar, der sich Menschen mit einer lebensbedrohenden Krankheit stellen müssen.

1.2. Ziel der Arbeit

Der Forschungsstand in Bezug auf Brustkrebs ist enorm und deckt sehr viele Gebiete bereits hinreichend ab. In sämtlichen Arbeiten werden Angst und Sterben als Teile des Erlebens der Betroffenen beschrieben, ihnen jedoch nicht explizit Beachtung geschenkt. Die Tatsache, dass Brustkrebspatientinnen durch die lebensbedrohliche Erkrankung ihre eigene Endlichkeit sehr deutlich vor Augen geführt wird und dieser Umstand Angst auslösen kann ist unbestritten. Diese empirische Arbeit hat sich nun zum Ziel gesetzt, das Verständnis bezüglich der Bedeutung für diese Frauen zu steigern. Ängste um Sterben und Tod sind ein ständiger Begleiter in den verschiedensten Phasen der Erkrankung. Die Variationen des Umgangs mit dieser Konfrontation und deren Auswirkungen sind individuell verschieden. Der spezielle Ansatzpunkt in dieser Forschungsarbeit soll den Wissensstand erweitern und ein tabuisiertes, aber für die Frauen essentielles Thema in den Wissenskorporus einbringen. Durch ein besseres Verständnis für das Erleben dieser existentiellen Erfahrung kann die Pflege an den richtigen Punkten

ansetzen und unterstützend zur Seite stehen. Laut Marit Kirkevold ist ein Beitrag, den die Pflegewissenschaft zur Pflegepraxis leisten kann, die Krankheitserfahrungen der PatientInnen, die in diesem Fall als ExpertInnen anzusehen sind, zu beschreiben, damit die Pflege darauf abgestimmt werden kann (vgl. Kirkevold 2002 S 72) Genau dies möchte diese Arbeit leisten.

1.3. Fragestellungen

Anhand der Ausgangslage und den Zielen der Arbeit lassen sich nun zwei Fragen formulieren, wobei diese als gleichwertig anzusehen sind.

- Was bedeutet die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit für Brustkrebspatientinnen?
- Wie gehen sie mit dieser um?

Da für die Datenerhebung kein Leitfaden zum Einsatz kommt, werden diese Forschungsfragen sowohl bei der Interviewdurchführung, als auch bei der Auswertung als Orientierung herangezogen.

2. Tod und Sterben als Teil des menschlichen Daseins

Jeder Mensch ist sich der Begrenztheit seines Lebens und dass der Tod das Dasein hier beenden wird, mehr oder weniger bewusst. Diese unumstößliche Tatsache bezweifelt niemand und doch ist es ein Thema, dem gerne ausgewichen wird. Steht man nun einer schweren Erkrankung gegenüber, die den eigenen Tod näher rücken lässt, ist die Auseinandersetzung mit diesem Lebensaspekt beinahe unausweichlich.

Da Brustkrebs nun solch eine Erkrankung darstellt, ist es auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit, die sich mit der Endlichkeitserfahrung beschäftigt, unabdingbar sich dieser Thematik anzunehmen. Die Erfassung der persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen von unmittelbar betroffenen Frauen stellt das Ziel des Projekts dar. Somit beschränkt sich dieses Kapitel auf einen Definitionsversuch der wichtigsten Begriffe und versteht sich lediglich als theoretische Einführung.

Endlichkeit wird in vielen Disziplinen völlig unterschiedlich verwendet, was eine genaue Definition fordert. In dieser Arbeit, die sich mit Brustkrebspatientinnen beschäftigt ist nicht die kosmologische Form der Endlichkeit gemeint, die sich auf Raum und Zeit bezieht, sondern jene, welche die die „Seinsform des Menschen [...] im Gegensatz zum absoluten vollkommenen Sein“ beschreibt und damit eine Begrenztheit ausdrückt (dtv-Lexikon 1976 S 101)

In der Medizin werden Tod und Sterben sehr nüchtern betrachtet. Die Beschreibung der *Todes* als „Abfolge irreversibler Funktionsverluste des Atmungs-, Kreislauf- und Zentralnervensystems“ zeigt, dass hierbei nur die körperlichen Funktionen Beachtung finden (Pschyrembel 1998 S 1579) Der *Sterbeprozess*, der ebenfalls auf den „Vorgang des Erlöschens der Lebensfunktionen“ reduziert wird, bedeutet für den/die Betroffene/n und seine/ihre Angehörigen einen weitaus größeren Schritt, als es diese Definition zugesteht (Pschyrembel 1998 S 1502) Die Thanatologie als Wissenschaft des Sterbens nimmt sich der großen Fragen der Menschheit von verschiedensten Seiten her an und versucht sie theoretisch fassbar zu machen (vgl. Meyers großes Taschenlexikon 1981 S 104) Der zentrale

Aspekt für ein Verständnis der Komplexität dieses menschlich essentiellen Themas ist der kulturspezifische Unterschied. Dies bedeutet, dass sowohl das Verständnis über den Tod selbst, die jeweiligen Bewältigungsstrategien, die Ausdrucksformen der Trauer, sowie der Glaube an ein Danach von der Kultur bestimmt und geformt werden. Jede Gesellschaft hat ihr eigenes Todessystem, welches es den, ihr zugehörigen Individuen ermöglicht sich zu Recht zu finden. Es liefert die Vorgabe, wie die jeweilige Gruppe über den Tod denkt, wie sie fühlt oder handelt und stellt somit die Ausdrucksform der Einstellung zur Endlichkeit dar (vgl. Morgan 2003 S 15-30) Aber auch diese nüchterne und theoretische Sichtweise kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass Tod und Sterben große Themen der gesamten Menschheit darstellen, die zentrale Fragen seit jeher unbeantwortet lassen. So ist es auch nicht verwunderlich, dass alle Religionen sich dieser Thematik annähern. Mögen sie auch sonst unterschiedliche Ansichten vertreten, verbindet sie fast alle der Glaube an eine Art von Transzendenz der Seele. Um dies zu verdeutlichen seien hier nur einige der großen Glaubensrichtungen angeführt. Buddhisten sehen die geistige Essenz als unsterblich an und erst wer die eigene Vergänglichkeit angenommen hat, kann in sich ruhen und hält nicht an materiellen Dingen fest (vgl. Regel, Freund 2004 S 58) Im Hinduismus ist der Augenblick des Todes als Scheideweg zu verstehen. Entweder erfährt der Sterbende die Erlösung oder er wird in eine neue Existenz geboren. Auch bei den Hindus ist die Seele unvergänglich und der Tod wird eher als ein Übergang verstanden (vgl. Dehn 2004 S 87) Der Islam sieht den Tod ebenfalls nicht als etwas Endgültiges, sondern als Ende der Zeit auf Erden. Die Seele existiert auch in diesem Glauben weiter und muss die Verantwortung für die zu Lebzeiten begangenen Taten tragen (vgl. Bilgin 2004 S 102) Der gläubige Katholik hat nichts zu fürchten, da er als rechtschaffen gilt und ihn daher ein guter Tod erwartet. Auch in dieser Glaubensrichtung überlebt die Seele den Körper. Wer nicht in Sünde stirbt, wird, so heißt es, Gottes Gnade erfahren (vgl. Brantl 1973) Somit zeigt sich, dass der Tod, zumindest in den Religionen, sehr eng mit der Unsterblichkeit verbunden ist. Diese ist hierbei aber nicht als Unvernichtbarkeit des Lebens zu verstehen, sondern als Überwindung des

Todes hin zu einem Übergang in eine neue Existenz (vgl. Meyers großes Taschenlexikon 1981 S 360)

Trotz allen Glaubens und nüchterner medizinischer Betrachtungsweisen, ist der Tod etwas Endgültiges, das für jeden Menschen furchteinflößend sein kann. Eine weitere grundlegende Unterscheidung ist in diesem Zusammenhang vorzunehmen und zwar zwischen den Begriffen Todesangst und Angst vor dem Tod. Wittkowski grenzt die beiden Konstrukte folgendermaßen von einander ab. *Todesangst* entsteht immer in einer akuten lebensbedrohenden Situation und bezieht sich auf die eigene Person, was einen eindimensionalen Charakter mit sich bringt. Im Gegensatz dazu ist die *Angst vor dem Tod* als mehrdimensional zu verstehen. Sie kann durch die Auseinandersetzung mit dem Lebensende aufkommen, ohne, dass eine momentane Gefährdung besteht. Diese Form der Angst wird nicht zwingend durch die unmittelbar persönliche Betroffenheit ausgelöst und ist ebenfalls unabhängig von Intensität und Häufigkeit der Gedanken an den Tod. Für die vorliegende Arbeit ist nur diese zweite Form von Bedeutung. Die Mehrdimensionalität soll anhand einiger Beispiele, die für das Forschungsprojekt von Interesse sein könnten, verdeutlicht werden. So kann der Angst vor dem Tod als Angst vor körperlichem Leid, Einsamkeit, Aufgabe von Zielen, oder des Unbekannten Ausdruck verliehen werden (vgl. Wittkowski 1990 S 76-80)

Streng genommen befindet sich jeder Mensch ab dem Zeitpunkt seiner Geburt im Sterbeprozess. Dies wird allerdings von den wenigsten Menschen so wahrgenommen, da besonders in der heutigen Zeit Tod und Sterben nur selten im Alltagsleben thematisiert werden. Sieht sich eine Person mit einer lebensbedrohlichen Krankheit, wie zum Beispiel einer Krebsdiagnose konfrontiert, wird dieses Tabu Teil der ganz persönlichen Geschichte. Die Reaktionen auf solch eine Nachricht sind fast immer mit starken Emotionen verbunden, unabhängig davon, ob eine Lebensgefährdung tatsächlich besteht, oder nur empfunden wird. Da die beobachtbaren Muster denen der Sterbephasen nach Kübler-Ross sehr ähneln soll auf diese kurz eingegangen werden.

Die meisten Menschen reagieren mit Schock und Ungläubigkeit auf eine schwerwiegende Diagnose, was der Negationsphase in dem Sterbeprozess nach Kübler-Ross entspricht. Das Verleugnen einer schweren Krankheit bzw. des baldigen Todes ist meist die erste Reaktion, die Betroffene vor einem Zusammenbruch schützt. Sie wird von Zorn abgelöst, der sich nicht selten gegen das Umfeld richtet und für die Angehörigen nur schwer zu ertragen ist. Als nächste Stufe hat Kübler-Ross den Versuch beschrieben, mit seinem Schicksal zu verhandeln. Die Tatsache wird nach und nach als solche angenommen, jedoch ist die Suche nach möglichen Auswegen fester Bestandteil der Bewältigung. Gelangt der/die Betroffene zu dem Schluss, dass die Situation unausweichlich ist, setzt oft eine Zeit der Depression ein, die von einem Kräfte- und Funktionsverlust gekennzeichnet sein kann. Die Akzeptanz der Diagnose oder des bevorstehenden Todes bildet die letzte Stufe des Modells. Festzuhalten ist, dass diese Phasenmodelle nur als Orientierung dienen. So können einzelnen Schritte überlappen, oder übersprungen werden. Das Durchleben des Prozesses bedeutet eine mehr oder weniger aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung, sowie die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit. Die Krankheit kann dabei als Gefahr oder aber als Chance zur Veränderung wahrgenommen werden. Fällt die Beurteilung der Situation positiv aus gibt es nun drei Wege, die eingeschlagen werden können. Bei einem Rückfall müssen sowohl die Krankheit, als auch die Phasen erneut durchlebt werden. Verblasst die Erinnerung der Bereicherung fällt der/die Betroffene wieder in seine/ihre alten Verhaltensmuster zurück und die positiven Veränderungen gehen verloren. Werden jedoch die vorgenommenen Strategien beibehalten, kann von einer Annahme der Krankheit als Chance gesprochen werden (vgl. Samarel 2003 S 132-149) Schmid bezeichnet dies leben zu lernen, was wiederum eng mit dem Sterbenlernen verknüpft ist. Denn erst die wahrhafte Auseinandersetzung mit dem Tod lässt eine enge, bewusste Bindung zum Leben entstehen. An den erkannten Grenzen wird das Leben neu orientiert und wertgeschätzt (vgl. Schmid 2005 S 182-194)

3. Spiritualität im Kontext einer Brustkrebserkrankung

Die intensive Auseinandersetzung mit Spiritualität im besonderen Kontext einer Brustkrebserkrankung, welche in der Literatur zu beobachten ist, lässt den Schluss zu, dass dieses Thema viele betroffene Frauen beschäftigt. Dieser Umstand erfordert eine genauere Betrachtung im Rahmen dieser Arbeit. Spiritualität hat in den letzten Jahren enorm an Popularität gewonnen. Laut Bucher nehmen sich die Menschen heute eher als spirituelle und nicht als religiöse Wesen wahr (vgl. Bucher 2009 S 11) Gründe dafür, sowie die Bedeutung in Bezug auf eine Brustkrebserkrankung sollen im Folgenden beleuchtet werden.

Da Spiritualität und Religiosität zwei sehr eng verbundene Konzepte sind, die im Sprachgebrauch, sowie in der Literatur oft synonym verwendet werden, soll eine Gegenüberstellung Unterschiede und Gemeinsamkeiten verdeutlichen.

Religion leitet sich von dem lateinischen Wort *religio* ab, welches wörtlich übersetzt Gottesfurcht bedeutet. Im globaleren Sinne bezeichnet Religion einen „meist von einer größeren Gemeinschaft angenommen, bestimmten, durch Lehre u. Satzungen festgelegten Glauben u. sein Bekenntnis“ (Brockhaus 1999 S 3166) In unseren Breiten wird der Begriff sehr stark mit der katholischen Kirche in Verbindung gebracht, die fest an Dogmen gebunden ist (vgl. Bucher 2009 S 11-25)

Der Begriff *Spiritualität* stammt ebenfalls aus dem Lateinischen und bedeutet übersetzt „Geistigkeit, inneres Leben“ (Brockhaus 1999 S 3653) Sie wird als individuelles Erleben, innere Grundeinstellung und Inspiration gesehen, die unser Selbst- und Weltbild maßgeblich mitgestaltet (vgl. Riedner 2009 S 130-134) Nach Frick sprengt sie durch ihre Individualität alle Grenzen von Kultur, Nation und Religion und darf daher nicht auf eine Religionszugehörigkeit beschränkt werden. Spiritualität hat sehr viel mit Sinn- und Selbstsuche zu tun und dies ist jedem Menschen auf seine ganz eigene Weise gestattet (vgl. Frick 2009 S 77-80)

Somit kann festgehalten werden, dass Spiritualität im Gegensatz zu Religiosität eine höhere Bandbreite und Individualität aufweist, die Religion als Teil beinhalten kann, aber nicht muss.

In den mittlerweile zahlreich vorhandenen Studien zu Spiritualität und ihrem Einfluss auf das Wohlbefinden verschiedenster PatientInnengruppen wird der Begriff sehr unscharf definiert und vor allem im angloamerikanischen Raum oft mit Religiosität synonym verwendet. Da aber bereits festgehalten wurde, dass Religion durchaus einen Platz im spirituellen Leben einer Person haben kann, ist dieses Verschwimmen der Grenzen von nicht allzu großer Bedeutung.

Spiritualität ist ebenso, wie die Belastungen, die durch eine Brustkrebserkrankung entstehen, ein äußerst komplexes Konstrukt, das mit fast allen Lebensbereichen in Verbindung steht. In vielen Forschungsarbeiten wurde versucht ihren Einfluss auf bestimmte Bereiche bei Frauen, die an Brustkrebs erkrankt waren bzw. sind, zu untersuchen und somit den Stellenwert von Spiritualität zu bestimmen (vgl. Gall und Cornblat 2002 S 524-535, Levine und Targ 2002 S 166-174, Manning-Walsh 2005 S 120-140). Da Spiritualität einen so personenabhängigen Charakter besitzt, nimmt sie im Leben der Betroffenen einen unterschiedlichen Stellenwert ein.

Viele der Frauen spüren bereits vor dem Erhalt einer endgültigen Diagnose eine Veränderung an ihrer Brust, was in ihnen eine Ahnung auslöst. Die Zeit bis zur endgültigen Gewissheit, in der oft eine schmerzhafteste Untersuchung die nächste ablöst, wird als äußerst belastend und stressig erlebt. Die Diagnose selbst katapultiert sie dann in einen lähmenden Schockzustand, denn Krebs wird oft als Todesurteil gesehen (vgl. Remmers 2001 S 367-376). Die Frauen nahmen sich selbst als gesunde Personen wahr und plötzlich stehen sie einer lebensbedrohlichen Krankheit gegenüber. Der Stress und die enormen Belastungen dieser Zeit erschüttern den vorhandenen Glauben und den Lebenssinn zu tiefst (vgl. Halstead und Hull 2001 S 1534-1544). Nicht selten treten Zweifel über die Existenz einer Höheren Macht, an die zuvor geglaubt wurde, auf, die in einem Gefühl im Stich gelassen worden zu sein gipfeln (vgl. Gall und Cornblat 2002 S 524-535).

Im Gegensatz dazu kann eine plötzliche Hinwendung zu einer Höheren Macht in dieser ungewissen Zeit auch hilfreich sein. Die Hoffnung dadurch das Schlimmste noch abwenden zu können ist hierbei treibende Kraft (vgl. Gall, Kristjansson, Charbonneau, Florack 2009 S 174-186)

Zu den krebsspezifischen Belastungen der Operation und Behandlung kommen oft noch weitere, z.B. familiäre Schwierigkeiten oder bereits bestehende gesundheitliche Probleme. Je nach Lebensgeschichte ergeben sich andere Belastungen, mit denen die Frauen zu Recht kommen müssen. So sind für manche ihre alltäglichen Sorgen schon eine schwere Bürde, die sie kaum tragen können zu der nun auch noch ein weiterer Schlag kommt, der verkraftet werden muss. Andere wiederum fühlen sich von ihrem Körper, auf den sie all die Jahre gut geachtet haben, im Stich gelassen. Für alle ist jedoch das Gefühl präsent, die Kontrolle über ihre eigenen Lebensumstände verloren zu haben. Einige der Betroffenen wünschen sich diese sehnlichst zurück, haben gleichzeitig aber Angst, dabei eine falsche Entscheidung zu treffen. Um ihre Schwierigkeiten zu überwinden wenden sich nun manche Frauen auf ganz unterschiedliche Weise der Spiritualität zu (vgl. Halstead und Hull 2001 S 1534-1544) Dabei wird dieser Höheren Macht jedoch nicht, wie oft behauptet, die Aufgabe der Heilung übergeben. Die eigene Verantwortung wird nicht vergessen während eine gewisse Art der Führung erhofft wird, die als Abgabe des Unkontrollierbaren gilt (vgl. Gall und Cornblat 2002 S 524-535) In einer so unkontrollierbaren Situation ist die eigene Intuition, wenn sie wahrgenommen werden kann, oft das einzig Wahrhaftige, das den Betroffenen bleibt. In der Studie von Halstead und Hull beschreiben die Frauen in diesem Zusammenhang ein unerklärliches spirituelles Vertrauen, das in ihnen wuchs. Auch der Aspekt, des In-Verbindung-Bleibens ist für die Frauen enorm wichtig, denn sie fühlen sich durch die Krankheit von ihrem alten Leben abgeschnitten. Gebete und Gespräche sind hierbei gleichermaßen wichtig, da sie jeweils die Verbindung zu Gott bzw. den Bezugspersonen aufrecht erhalten (vgl. Halstead und Hull 2001 S 1534-1544) Oft werden nur kurze Stoßgebete gegen den Himmel geschickt, dass eine anstehende Situation gut gemeistert werden kann. Generell stehen die Gebete den Frauen als Bittgesuch zur Verfügung, deren Inhalt je nach

Situation natürlich unterschiedlich ausfällt. Neben der Bitte nach Heilung, Beistand, Mut und Kraft der Krankheit zu begegnen wird oft versucht über die Gespräche mit Gott einen Sinn zu finden (vgl. Gall und Cornblat 2002 S 524-535) Gerade während der Behandlung sind die Frauen oft geschwächt und müssen schmerzlich erkennen, dass sie ihre Aufgaben und Rollen nicht mehr in gewohnter Weise ausfüllen können. Neben diesen Beziehungsveränderungen steht die Veränderung des eigenen Körpers. Durch die Operation und die Nachbehandlung kann es zu sichtbaren Veränderungen des Körperbildes kommen. Hier tut sich ein Zwiespalt auf, der für einige Frauen nur schwer zu ertragen ist. Sie sind dieselbe Person und doch sind sie anders (vgl. Levine und Targ 2002 S 166-174) In dem Prozess der Anerkennung der eigenen Grenzen ist wieder eine Zuwendung zu einer höheren Macht zu erkennen, die aber auch von Zweifeln begleitet ist. Das Ergebnis dieses Prozesses ist laut Halstead und Hull die Abgabe der ultimativen Kontrolle über Leben und Tod (vgl. Halstead und Hull 2001 S 1534-1544) In der Studie von Gall und Cornblat ist es gerade diese Verbundenheit mit Gott, aus der die betroffenen Frauen enorme Kraft schöpfen, um weiter zu machen (vgl. Gall und Cornblat 2002 S524-535) Denn nicht nur Einschränkungen sind zuerkennen, sondern auch der enorme Kampfgeist mancher Frauen. Spiritualität, in Form der Eingliederung der Geschehnisse in einen größeren Kontext, beeinflusst nachgewiesenermaßen kognitive Verhaltensmuster wie Kampfgeist und Akzeptanz in positiver Form. So zeigten Frauen, die sich selbst als gläubig bezeichneten, in der Studie von Levine und Targ Verhaltensmuster, die sich positiv auf die Lebensqualität und den Umgang mit den Symptomen auswirkten (vgl. Levine und Targ 2002 S 166-174)

Ist die Therapie zu Ende so gibt es doch einen Prozentsatz, der aus medizinischer Sicht als geheilt gilt. Für die betroffenen Frauen stellt sich diese Zeit aber ein wenig anders dar. Natürlich steht die Freude diesen Lebensabschnitt gut hinter sich gebracht zu haben im Vordergrund, wird aber von der Erkenntnis begleitet, dass das Leben und Überleben nichts Endgültiges sind. Mit diesem Gedankengut geht es darum, einen neuen Lebenssinn und –rhythmus zu finden, mit der Angst leben und umgehen zu

lernen. In der Studie von Halstead und Hull gaben die Frauen an, spirituell gewachsen zu sein und manifestierten dies in einer gesteigerten Wertschätzung des Lebens, Verbundenheit mit anderen, Glaube und Vertrauen. Spiritualität nahm in ihrem Leben einen wichtigen Stellenwert ein, da sie ihnen all dies ermöglichte (vgl. Halstead und Hull 2001 S 1534-1544) Über Gebete wird der Dankbarkeit auch Ausdruck verliehen. Paradoxe- und wunderbarerweise haben manche Brustkrebspatientinnen sehr viel wofür sie dankbar sind, wodurch diese Reifung sichtbar wird. Dankbarkeit am Leben zu sein, Familie und Freunde zu haben, das Schöne im Leben erkennen zu können, sowie sogar für die Aufgabe der Krankheit selbst empfinden viele der Frauen und verleihen diesem Gefühl sehr ergreifend Ausdruck. Der Erhalt einer positiven Lebenseinstellung, die nichts mit Verleugnung zu tun hat, sondern die bewusste Entscheidung für oder gegen Dinge in ihrem Leben, ist für viele Frauen das enorme Geschenk dieser schweren Erfahrung.

Die Sinnsuche ist ein essentieller Teil des Verarbeitungsprozesses, der sich durch den gesamten Verlauf wie ein roter Faden zieht. Vielen Frauen helfen die Beziehung und die Auseinandersetzung mit einer Höheren Macht bei dieser Suche. Eine Auseinandersetzung gerade mit so einem persönlichen, schwer greifbaren Thema in einer so schwierigen Zeit beinhaltet in den meisten Fällen auch eine kritische Reflexion. Der Glaube an etwas Höheres, das uns gutgesinnt ist, gestaltet sich oft schwer und führt die betroffenen Frauen in einen spirituellen Zwiespalt. Dieser Prozess stellt eine Neubewertung der ganz individuellen Beziehung zu Gott dar. In der Zeit dieses Zwiespaltes, der eine weitere Belastung für die Frauen bedeutet, ist das messbare Wohlbefinden vermindert. Besonders jüngere Krebspatientinnen finden sich in diesem inneren Kampf wieder, was durch die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit erklärt wird. So hadern junge Frauen eher mit dem nahenden Tod aus Angst z.B. ihre Kinder nicht mehr aufwachsen zu sehen, während ältere Betroffene dies leichter annehmen können (vgl. Manning-Walsh 2005 S 120-140) Dieser Zwiespalt birgt sowohl Risiken, als auch enorme Chancen. Entweder werden dadurch Gefühle von

Schuld oder Bestrafung verstärkt, oder aber ein Sinn in dem ganzen Chaos gefunden (vgl. Weber und Frick 2002 S 106-109)

Endet der Kampf in einer positiven Bewertung, kann die neue Sicht auf den eigenen Glauben und den Sinn des Lebens zu einer lebensbejahenden Einstellung führen. Die Krankheit wird als Warnsignal das Leben zu überdenken wahrgenommen und die schönen Dinge bewusster ausgelebt (vgl. Gall und Cornblat 2002 S 524-535)

Aber nicht bei allen Patientinnen sieht das Danach so aus, wie gerade beschrieben. Die Medizin hat in Bezug auf die Krebsheilung zwar schon Fortschritte gemacht, jedoch kann ein gesichertes Überleben nicht garantiert werden und so müssen sich manche Patientinnen schneller auf ein Lebensende vorbereiten. „Warum ich?“, die Suche nach einem Sinn in der Krankheit, sowie die Frage nach der Existenz einer Höheren Macht gehören zu dem Reifungsprozess vielleicht besonders in dieser Phase. Nicht jeder/jede PatientIn würde diesen Zustand als Spiritualität bezeichnen und versteckt die Belange bewusst oder unbewusst hinter krankheitsbezogenen Fragen (vgl. Augustyn 2009 S 159-162) Spiritualität in all ihren verschiedenen Formen ist wohl gerade in der schwersten Zeit besonders hilfreich. Frauen wenden sich ihr in dieser letzten Zeit zu, setzen sich aber auch kritisch mit ihr auseinander und finden oft Trost darin (vgl. Aukst-Margetic, Jakovljevic, Margetic, Biscan, Samija 2005 S 250-255) In der Studie von Müller, in der Religiosität als Ressource kaum bestätigt werden konnte, wurde dennoch ein positiver Effekt in Bezug auf Tod und Sterben gefunden. Bei hochreligiösen Menschen kann die Hinwendung zu Gott in der letzten Phase des Lebens angstreduzierend wirken (vgl. Müller 2007 S 174-177)

In dieser existentiellen Krise wird das bisherige Wertesystem stark erschüttert und die eigene Endlichkeit deutlich vor Augen geführt. Für viele Patientinnen ist dies die Zeit, um sich mit spirituellen Fragen auseinander zu setzen (vgl. Mehnert 2009 S 214-222) Weder diese Auseinandersetzung, noch die einheitliche Darstellung der Bedeutung im Leben der Menschen gestaltet sich einfach. Spiritualität hat in den letzten Jahren sehr an Popularität gewonnen und besonders im angloamerikanischen Raum findet

man Studien in Hülle und Fülle. Religiosität und Spiritualität genießen in diesen Breiten aber auch ein völlig anderes Ansehen als in Deutschland und Österreich. Dieser Umstand, ebenso wie die generelle Komplexität des Themas an sich erklären die Menge an, zum Teil sehr unterschiedlichen Forschungsergebnissen (vgl. Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber, Murken 2006 S 542) So kann Claudia Müller in ihrer Arbeit im Gegensatz zu zahlreichen amerikanischen Studien Religiosität nicht als positive Angstverarbeitungsressource bei Brustkrebspatientinnen identifizieren. Negative Effekte, wie z.B. Hadern, Zweifel und die Einordnung der Krankheit als eine Strafe Gottes konnten hingegen sehr wohl festgestellt werden. Sie folgert daraus, dass Religiosität bei der Angstverarbeitung eher hinderlich sein kann (vgl. Müller 2007 S 174-177) Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber und Murken führten 2006 eine Studie mit deutschen Brustkrebspatientinnen in Bezug auf positives und negatives religiöses Coping durch und fanden nur eine indirekte Beziehung zur Krankheitsanpassung. So wurde hier eine starke Verbindung zwischen der Akzeptanz der Krankheit und depressivem Coping gefunden, welches seinerseits von den religiösen Bewältigungsstrategien beeinflusst wird. Die Autoren selbst führen die Gegensätzlichkeit der Ergebnisse zu amerikanischen Studien auf die geringere Bedeutung von Religion im alltäglichen Leben der Deutschen zurück (vgl. Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber, Murken 2006 S 533-544) Jedoch nicht nur über die Kontinente hinweg gibt es große Unterschiede in den Ergebnissen, sondern auch in den USA selbst sind sich die Forscher keineswegs einig über den Effekt von Spiritualität. Verständlicher wird dies, wenn man sich die Mehrdimensionalität dieses Konstrukts in Erinnerung ruft. So kann generell festgehalten werden, dass das Gefühl einer Verbundenheit von Frauen mit einer Brustkrebsdiagnose in allen Phasen der Erkrankung als essentiell angesehen wurde.

Ein weiterer spiritueller Aspekt, der sich wie ein roter Faden durch die Arbeiten und Geschichten zieht, ist die Suche nach einem Sinn. Der Wunsch die Geschehnisse verstehen und einordnen zu können keimt in allen Frauen auf.

Durchgeführte Studien kommen also zu unterschiedlichen Ergebnissen, wodurch jedoch die Wirkung von Spiritualität auf Krankheit und Gesundheit nicht verleugnet werden kann. Spiritualität ist, wie bereits erwähnt etwas sehr individuelles und so können Menschen aus ihrem Glauben Kraft schöpfen, dadurch schwere Krisen überstehen ohne seelisch daran zu zerbrechen, es muss aber nicht für alle dieser Weg der richtige sein (vgl. Körtner 2009 S 26-34)

4. Der aktuelle Stand der Forschung

Das folgende Kapitel dient nun einer Übersicht über bereits vorhandene Forschungsergebnisse in Bezug auf die Brustkrebserkrankung und ihre Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen.

Vor Darstellung der wichtigsten Ergebnisse soll eine kurze Beschreibung der Vorgehensweise bei der Literaturrecherche Aufschluss über Ein- und Ausschlusskriterien geben. Der anschließende Forschungsüberblick deckt die Zeitspanne von der Zeit kurz vor der Diagnose bis hin zu der Zeit nach Beendigung der Behandlung ab und führt die wichtigsten Forschungsergebnisse an.

4.1. Die Literaturrecherche

Brustkrebs ist nicht nur eine sehr häufig auftretende Krankheit, sondern auch ein sehr beleibtes Forschungsfeld, was sich in einer enormen Fülle an Studien zu dem Thema widerspiegelt. Da die vorliegende Arbeit einen speziellen Fokus aufweist und einer exakten Fragestellung nachgeht, wurden bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatúrauswahl festgelegt. Das Erleben der Krebserkrankung und der Lebensveränderungen steht für diese Arbeit im Vordergrund, was die Fokussierung bei der Suche auf diesen Aspekt erklärt. Die erste Recherche mit Hilfe von PUBMED und CINHAL ergab über 200 Artikel, wovon jene mit rein medizinischem Blickwinkel von vornherein ausgeschlossen wurden. Weiters wurden Arbeiten mit zu speziellem Interessensgebiet, wie zum Beispiel eine bestimmte Ethnie, oder besondere Behandlungsaspekte ebenfalls nicht herangezogen. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien wurden 30 Artikel als besonders umfassend und aussagekräftig identifiziert, um fundierte Aussagen bezüglich der bereits geleisteten Forschungsarbeit machen zu können.

4.2. Von der Diagnose zu einem neuen Leben

„The experience is a gradual, private, social, and spiritual process in which an initial trauma takes place, re-traumatization occurs during the course of treatment, and all efforts are directed at resolution/healing“
(Lyons, Jacobson, Prescott, Oswald 2002 S 2)

Viele der betroffenen Frauen bemerken bereits lang vor der endgültigen Diagnose eine Veränderung (vgl. Remmers 2001 S 367-376) Andere wiederum fühlten sich völlig gesund und hätten nie mit so einer lebensbedrohlichen Krankheit gerechnet. Unabhängig davon ist die Diagnose für alle ein Schock, der eine existentielle Krise auslösen kann. Innerhalb kürzester Zeit verändert sich das gesamte Leben der Frauen. Gefühle wie Angst, Bedrohung und Unsicherheit brechen über die Betroffenen herein, denn Brustkrebs wird oft noch immer als Todesurteil angesehen und mit einem qualvollen Siechtum in Verbindung gebracht (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005 S 345-352) Und auch wenn dies, Dank des medizinischen Fortschritts immer seltener der Fall ist, bedeutet die Diagnose eine unmittelbare Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit, wodurch sich die Betroffenen sowohl des Todes, als auch des Lebens bewusster werden (vgl. Arman, Rehnsfeldt 2003 S 510-527) Angst vor dem Tod, der Operation und der Behandlung steht im Vordergrund dieser chaotischen Zeit, die in Form von immer wiederkehrenden Gedanken die Frauen an den Rand ihrer Belastbarkeit bringt. Das Erleben einer Krebserkrankung ist im gesamten Verlauf von Gegensätzlichkeit und Paradoxen geprägt. Das Leben der Betroffenen und ihrer Familien hat sich in dem Bruchteil einer Sekunde völlig verändert und dennoch läuft die Zeit weiter (vgl. Lyons, Jacobson, Prescott, Oswald 2002 S 1-26) Mit dem Erhalt der Diagnose gehen nicht nur Ängste einher, sondern auch Verluste. Besonders junge Frauen leiden oft sehr unter der Veränderung ihrer Lebensumstände, die eine Zerstörung des gesamten Lebensentwurfs mit sich bringen kann. Durch die zeitliche Verzögerung von Heirat und Nachwuchs ist es der modernen Frau möglich sich auf ihre Ausbildung und Karriere zu konzentrieren. Daraus ergeben sich, aber auch viele Bereiche, die dann unter einen Hut gebracht werden müssen, was die Verwundbarkeit erhöht. Die Belastungen der Diagnose, sowie der

Behandlung müssen zusätzlich zu bereits bestehenden Anforderungen, wie Beruf und Kinder, gemeistert werden (vgl. Sammarco 2001 S 272-277) Nach der Schreckensnachricht bleibt meist kaum Zeit sich mit den Geschehnissen ausreichend auseinander zu setzen. Die Frauen versuchen für ihre Familien stark zu sein und soviel Normalität wie möglich aufrecht zu erhalten. Der Wunsch den Angehörigen bei der Verarbeitung zu helfen führt zu weiteren enormen psychischen Anstrengungen, da sie selbst noch am Anfang dieses Prozesses stehen (vgl. Coyne, Borbasi 2008 S 6-13) Jüngere Frauen hadern oft sehr stark mit ihrem Schicksal und leiden vermehrt unter Angst und Depression. Sie haben nicht damit gerechnet in so jungen Jahren mit einer solch schweren und lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert zu werden (vgl. Costanzo, Lutgendorf, Mattes, Trehan, Robinson, Teufik, Roman 2007 S 1625-1631) Im Gegensatz dazu konnte bei älteren Brustkrebspatientinnen festgestellt werden, dass sie in Bezug auf ihre Erkrankung weniger Angst, Wut, Verbitterung, oder Depression erleben, was wohl auf die Prioritätenverschiebung im höheren Alter zurückzuführen ist. Keineswegs aber bedeutet dies, dass jene Patientinnengruppe keine Unterstützung benötigt. Sie haben ihre Kinderplanung bereits abgeschlossen und können auf ein erfülltes Leben zurückblicken, aber das Alter bringt auch neue Herausforderungen mit sich. Die Frauen müssen sich unabhängig von der Krebserkrankung mit einer Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, anderen chronischen Erkrankungen, Verlust des Partners und damit verbundenem Alleinleben arrangieren. Somit ergibt sich für die Betreuung älterer Brustkrebspatientinnen ein völlig anderer Fokus, der eher auf die körperliche Gesundheit und Bewahrung der Leistungsfähigkeit gerichtet sein muss (vgl. Sammarco 2003 S 431-438) Aber nicht nur das Alter, sondern auch Rasse und Familienstand sind Faktoren, die das Erleben einer Brustkrebskrankung beeinflussen. So sorgen sich verheiratete Frauen weniger um ihre finanzielle Lage und den Beruf, möchten aber gerne mehr Information und Unterstützung für ihre Familie (vgl. Wang, Cosby, Harris, Liu 1999 S 157-163) Hall und ihre KollegInnen stellten fest, dass besonders Afroamerikanerinnen Brustkrebs als Todesurteil bewerteten, wogegen weder

Behandlung, noch ein frühzeitiges Erkennen etwas ausrichten könne (vgl. Hall, Khoury, Lopez, Lisovicz, Avis-Williams, Mitra 2008 S 1321-1335)

Von einer Brustkrebserkrankung sind nicht nur die Frauen selbst betroffen, sondern auch ihre Familien und nahen Angehörigen. Somit verändert diese Diagnose in den meisten Fällen nicht nur das Leben einer Person, sondern einer ganzen Gemeinschaft. Beziehungen, Rollenverhalten, Pläne, all diese Dinge müssen neu bewertet und organisiert werden. In zahlreichen Berichten wird von dem positiven Einfluss der Angehörigen auf den Verarbeitungsprozess gesprochen, der zweifellos vorhanden ist und dennoch gibt es auch eine andere Seite der Medaille (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002 S 96-102; Holtgräwe, Pinkert Remmers 2007 S 72-81; Landmark, Wahl 2002 S 112-121) Das Leid ist auf allen Seiten groß und viele Frauen versuchen es ihren Liebsten zu erleichtern, indem sie sich zurücknehmen und ihre Sorgen für sich behalten. Dies führt aber zu einem enormen Anstieg des Leidensdrucks bei den Patientinnen in der Zeit, in der sie selbst im Mittelpunkt stehen und verständnisvolle Menschen an ihrer Seite bräuchten (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002 S 96-102)

Der Versuch diese außergewöhnliche Situation zu verarbeiten fordert von den Betroffenen all ihre Energie und führt zu Müdigkeit, die sich bereits vor der Behandlung bis zu einem Fatiguesyndrom steigern kann. Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen und Konzentrationsschwierigkeiten sind zwar in solch einer belastenden Zeit nicht verwunderlich, dürfen aber als zusätzliche Belastung nicht unterschätzt werden (vgl. Cimprich 1999 S 185-194)

Trotz, oder gerade wegen der insgesamt belastenden Situation, die durch die lebensbedrohende Krankheit Brustkrebs ausgelöst wurde, entwickeln viele Frauen ungeahnte Kräfte und kämpfen um ihr Leben. Die Diagnose ist ein Schock, der ein emotionales Ungleichgewicht auslöst. Durch diese Bedrohung ihrer Existenz wird aber auch ihr Lebenswille entfacht und sie nehmen die Herausforderung an (vgl. Landmark, Wahl 2002 S 112-121)

Die Zeit zwischen Diagnosestellung und Behandlungsbeginn wird von den Betroffenen als äußerst stressig beschrieben, wobei besonders das ständige Warten an den letzten Kräften zehrt. Es müssen schnell zahlreiche Untersuchungen durchgeführt und Entscheidungen bezüglich Art der

Operation und weiteren Behandlung getroffen werden (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005 S 345-352)

Die Operation selbst wird als weniger gravierend beschrieben, als die darauffolgenden Therapien. Durch die physische Erschöpfung können psychische Probleme entstehen und Krisen wieder aufbrechen (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005 S345-352) In dieser sowohl für den Körper, als auch für die Seele enorm belastenden Situation ist die Familie ein wichtiger Bezugspunkt. Zum einen als Unterstützung, zum anderen aber auch als Antrieb weiter zu machen und diesen Abschnitt hinter sich zu bringen (vgl. Coyne, Borbasi 2008 S6-13) Und auch wenn es vielen Frauen schwer fällt Hilfe anzunehmen, suchen sie nach Echtheit und Wahrhaftigkeit in einer Person, die ihre Situation versteht und ihre Emotionen aushält. So kann ein/e verständnisvolle/r Vertraute/r auf emotionaler Ebene den Betroffenen über die schwere Zeit hinweghelfen und das Leid mit ihnen gemeinsam tragen (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002 S 96-102) Kinder scheinen eine sehr große Antriebskraft für ihre Mütter dazustellen, denn Holtgräwe konnte feststellen, dass besonders Frauen mit kleinen Kindern die Krankheit enorm schnell als einen Teil ihres Lebens annehmen und versuchen den Sinn dahinter zu verstehen (vgl. Holtgräwe, Pinkert, Remmers 2007 S72-81) Ein bei Brustkrebspatientinnen beobachtbares Phänomen ist, das Schutzbedürfnis in Bezug auf andere, seien es nun die Kinder, der Ehemann oder enge Angehörige. Die Frauen sorgen sich oft mehr um deren Wohlergehen als um das ihre und nehmen die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zurück, um sie zu schonen. So kann die wichtigste Ressource zu einer zusätzlichen Belastung in einer ohnehin schon sehr kräfteaubenden Zeit werden (vgl. Landmark, Wahl 2002 S 112-121) Erstaunlicher Weise wird dieser Schutzmechanismus nicht nur bei den Angehörigen angewandt, sondern auch beim Krankenhauspersonal. Oft deuten die Patientinnen die Signale ihrer Umwelt als Aufforderung ihr Leid für sich zu behalten. Somit ist es für Frauen, die generell Schwierigkeiten in dieser neuen Rolle als Hilfsbedürftige haben, fast unmöglich sich zu öffnen. Während der Pflege, die auf Grund der körperlichen Nähe viel Potential für die Bildung einer Vertrauensbasis bietet, haben die Patientinnen das Gefühl auf ihre

physischen Belage reduziert und damit nicht vollständig wahrgenommen zu werden (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002 S 96-102) Und auch hier zeigt sich, dass leben mit Krebs ein Leben mit Gegensätzen bedeutet. Einerseits wollen die Frauen ihr Leid teilen, sich mitteilen und auch so wahrgenommen werden, auf der anderen Seite zeigen sie ihr Leid nicht, um andere zu schützen und sind sehr gekränkt oder verärgert, wenn sie schon als halb tot abgestempelt werden (vgl. Richer, Ezer 2002 S 113-119) Dieses Spannungsfeld zeigt zum Einen die Ambivalenzen, mit denen alle Betroffenen umgehen müssen, zum Anderen gibt es auch einen Hinweis auf die Fragilität der Frauen.

Operation und weitere Behandlung werden von den meisten Patientinnen als notwendige, aber vorübergehende Phase empfunden, was jedoch ihre Auswirkungen nicht unbedingt schwächt. Auch wenn der Verlust der Brust in Kauf genommen wird, um zu überleben, ist es ein einschneidender Moment, der die Identität als Frau beeinflusst. Viele von ihnen wollen mit dieser, für alle sichtbaren Veränderung nicht leben und verwenden Prothesen, um dies zu kaschieren. (vgl. Landmark, Wahl 2002 S 112-121) Durch die Krebserkrankung kommt es auch auf physischer Ebene zu einer Ambivalenz. Auf der einen Seite steht der Körper als Freund, dem die Frauen helfen wollen wieder gesund zu werden, auf der anderen Seite fühlen sie sich von ihm im Stich gelassen (vgl. Richer, Ezer 2002 S 113-119) Ein weiterer Aspekt, dessen Auswirkungen nicht unterschätzt werden dürfen, ist, dass viele Frauen sich nur schwer vorstellen können, was auf sie zukommt und ihnen erst beim Anblick der operierten Brust das Ausmaß ihrer Erkrankung, sowie die Bedeutung für ihr weiteres Leben bewusst wird (vgl. Holtgräwe, Pinkert, Remmers 2007 S72-81) Trotz des einschneidenden Erlebnisses der Operation wird diese weniger belastend wahrgenommen, als die kraftraubenden Folgetherapien und deren Nebenwirkungen. Generell werden die Chemotherapie und ihre Auswirkungen einschneidender empfunden als die Strahlentherapie (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005 S 345-352) Hierbei sind besonders der Haarausfall, sowie das Fatiguesyndrom, die den Betroffenen das Gefühl vermitteln, ihr früheres Ich würde ausgelöscht bedeutend (vgl. Boehmke, Dickerson 2006 S 1121-1127) Einer der Gründe,

warum die Frauen so extrem auf die Therapie reagieren, ist der Umstand, dass sie nicht ausreichend über die möglichen Nebenwirkungen informiert wurden. Bei der Aufklärung sollte ein möglichst realitätsnahes Bild des Ausmaßes der Symptome vermittelt werden. Für viele Betroffene kommen die Nebenwirkungen unerwartet, was den angsteinflößenden Charakter verstärkt und so die emotionale Belastung steigen lässt (vgl. Coyne, Borbasi 2008 S 6-13) Die Hormontherapie hat speziell für jüngere Frauen enorme Auswirkungen auf ihr Leben, mit denen sie nur sehr schwer zu Recht kommen. Der frühzeitige Wechsel, der das Ausbleiben der Menstruationsblutung, trockene Schleimhäute, sowie Hitzewallungen zur Folge hat, ist dem Alter der jungen Patientinnen nicht angemessen und wirft zusätzlich Fragen der Fertilität auf. Besonders jene, die über diese möglichen Symptome nicht ausreichend informiert sind, empfinden das abrupte Ausbleiben der monatlichen Blutung, sowie die meist damit einhergehenden Hitzewallungen, die nicht selten zu Schlafstörungen führen, als enorm belastend (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005 S 345-352) Im Gegensatz zu den meisten jungen Patientinnen, die aktiv an den Entscheidungen über ihre Behandlung teilhaben, nehmen ältere Frauen hierbei eine eher passive Rolle ein und überlassen dies ihrem Arzt, was eine enorme Abhängigkeit zur Folge hat. Weiters unterscheiden sich die betagteren Patientinnen in Bezug auf ihre Beschwerden und Sorgen. Die Kinderplanung haben sie schon lange abgeschlossen und auch der Wechsel stellt kaum unbekannte Probleme dar. Für diese Gruppe von Betroffenen sind vor allem Vergesslichkeit, Fatigue und Schmerzen die Hauptthemen, die sie durch die Behandlung begleiten. Trotz der passiven Haltung bei der Entscheidungsfindung legen sie großen Wert auf Erhalt ihrer Unabhängigkeit. Sammarco konnte außerdem feststellen, dass ältere Brustkrebspatientinnen eher Gefahr laufen weniger adäquate Behandlung zu erhalten, was zu erhöhtem Rezidivrisiko und Mortalität führt (vgl. Sammarco 2001 S 272-277) Allgemein kann festgehalten werden, dass durch den Brustkrebs sowohl auf psychischer, als auch auf physischer Ebene zahlreiche und enorme Veränderungen stattfinden. Wie die Frauen in dieser Zeit damit umgehen ist allerdings sehr verschieden und hängt stark von der

jeweiligen Persönlichkeit und Unterstützung durch das Umfeld ab. Diese Hilfestellungen können von der Familie, Freunden oder einer Gemeinschaft erbracht werden (vgl. Richer, Ezer 2002 S 113-119) Auch das Pflegepersonal spielt eine wichtige Rolle speziell in Bezug auf fachspezifische Informationen. Die Frauen wollen ernst genommen und aufgeklärt werden. Wird diesem Wunsch nicht entsprochen, haben sie das Gefühl der Situation ausgeliefert zu sein, was wiederum zu vermehrter Angst und Hilflosigkeit führt (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005 S 345-352) Landmark und Wahl haben in diesem Zusammenhang festgestellt, dass gerade die Unterstützung von Seiten des medizinischen Personals von den Befragten als enttäuschend wenig oder sogar nicht vorhanden eingestuft wurde (vgl. Landmark, Wahl 2002 S 112-121) Die verschiedenen Strategien mit der belastenden Situation umzugehen haben nun eine enorme Bandbreite, die sich von Rückzug, über ein Mitteilungsbedürfnis hin zu dem Versuch die Krankheit zu verstehen erstreckt. Sich zurück ziehen, nichts wissen zu wollen ist eine Art der Verleugnung der Geschehnisse, um sich selbst nicht zu überfordern, während das Bedürfnis über die eigene Situation zu sprechen als Weg der Verarbeitung gedeutet werden kann (vgl. Holtgräwe, Pinkert, Remmers 2007 S 72-81) In den Zeiten, in denen die Nebenwirkungen nicht als ständige Erinnerung präsent sind, gelingt es den Frauen die Gedanken beiseite zu schieben, ein bisschen Normalität zu leben und sogar an die Zukunft zu denken (vgl. Richer, Ezer 2002 S 113-119) Nach Ende der Behandlung manifestiert sich nach und nach das Gefühl überlebt zu haben, gekoppelt mit der neugewonnenen Gewissheit, dass dies nichts Selbstverständliches ist (vgl. Coyne, Borbasi 2008 S 6-13) Die Wünsche nach Normalität und einer sinnvoll gestalteten Zukunft werden immer stärker und lassen die Frauen Pläne schmieden, wie sie die Krankheitserfahrung in ihr neues Leben, in welchem nun jede Minute zählt, integrieren können (vgl. Richer, Ezer 2002 S 113-119) Ein weiteres Gefühl, das in dieser Zeit fast überhand zu nehmen scheint, ist die Einsamkeit. Durch das Ende der Behandlung geht eine Art Sicherheitsnetz für die Frauen verloren. Während der Therapie waren sie in den Krankenhausbetrieb eingebettet und mit Hilfsangeboten versorgt, die nun nicht mehr in dem Maße

zur Verfügung stehen (vgl. Boehmke, Dickerson 2006 S 1121-1127) Noch eine weitere Art von Einsamkeit ist bei den Betroffenen wahrnehmbar und zwar, wenn sie erkennen, dass sie in ihrem Umfeld mit dieser Krankheitserfahrung in gewisser Weise alleine dastehen. Ihre Familie und Freunde betrachten den Krebs als besiegt und die Phase damit als abgeschlossen. Für die Frauen ist die Erfahrung aber noch lange nicht zu Ende. Diese Erkenntnis löst ein Einsamkeitsgefühl und die Angst ausgeschlossen zu werden aus. Mitleid ertragen sie nicht, aber völlige Gleichgültigkeit von ihrem Gegenüber verletzt sie ebenso. Oft haben die Frauen das Gefühl ihren errungenen Heldenstatus aufrecht erhalten zu müssen, was es ihnen unmöglich macht ihre weiter bestehenden, oder wiederaufkeimenden Ängste und Sorgen offen zu äußern (vgl. Rosedale 2009 S 175-179) Denn das Ende der Therapie bedeutet nicht zwangsläufig den Rückgang aller Symptome. Auf diesen Umstand und die Auswirkung im alltäglichen Leben sind die meisten Frauen nicht vorbereitet, wodurch die Einschränkungen als äußerst schwerwiegend empfunden werden. Die Angst vor einem möglichen Rezidiv steht durch die fehlenden Informationen sofort im Raum und zehrt an den erst langsam wiederkehrenden Energien (vgl. Rosedale, Fu 2010 S E28-E33) Costanzo und ihre Kollegen haben festgestellt, dass besonders diese Angst den Stress und das Leid der Betroffenen verstärkt (vgl. Costanzo, Lutgendorf, Mattes, Trehan, Robinson, Tewfik, Roman 2007 S 1625-1631) Besonders Fatigue, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen auf Grund der Hitzewallungen bleiben weit über die Behandlung hinaus bestehen und beeinflussen das Leben der Frauen enorm. Veränderungen im Sexualleben durch die verminderte Libido, sowie die unerwartete Gewichtszunahme belasten auch die Paarbeziehungen (vgl. Cappiello, Cunningham, Knobf, Erdos 2007 S 278-293) Die eigene Wahrnehmung als vollständiges sexuelles Wesen ist gestört und kann nur sehr langsam wieder aufgebaut werden. Trotz der eigenen Verlustempfindung in Bezug auf das frühere Ich, ist es den Frauen enorm wichtig, vom Partner immer noch als vollwertig angenommen zu werden (vgl. Rosedale, Fu 2010 S E28-E33) Einschränkungen in Bezug auf Hausarbeit und Beruf ergeben sich durch

Schmerzen und Schwellung des Armes nach Entfernung der Lymphknoten. Es lässt sich also festhalten, dass auch nach Ende der Behandlung die Frauen zahlreichen körperlichen und seelischen Belastungen ausgesetzt sind. Sie haben ganz konkrete Informations- und Unterstützungsbedürfnisse, die aber nur unzureichend befriedigt werden. Dies hat zur Folge, dass die Betroffenen den anhaltenden Nebenwirkungen, dem emotionalen Stress, sowie den stattfindenden Lebensveränderungen unvorbereitet gegenüberstehen (vgl. Cappiello, Cunningham, Knobf, Erdos 2007 S 278-293) Die leidvolle Erfahrung der Krebserkrankung wird von vielen als Wendepunkt angesehen, denn ohne dieses Leid hätte keine Notwendigkeit zu einer Veränderung bestanden. Es bedarf einer bewussten Entscheidung sich mit der Realität dieser Lebensphase auseinander zu setzen, was wiederum eine Reflexion der eigenen Person und des bisherigen Lebens bedeutet (vgl. Arman, Rehnsfeldt 2003 S 510-527) Der Krebs hat ihr Äußeres, aber besonders auch ihr Inneres verändert. Die Sicht auf das Leben hat sich gewandelt, was ihm neue Werte verschafft. Durch diese existentielle Erfahrung fand eine deutliche Verschiebung der Prioritäten statt. Wo früher besonders die materiellen Dinge im Vordergrund standen, wurden sie durch Intensivierung der Beziehungen und Besinnung auf die eigenen Wünsche abgelöst. Die Frauen haben erkannt, dass sie für ihren Körper genauso wie für ihre Seele mehr Verantwortung haben und achten daher mehr auf deren Signale (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Carlsson, Hamrin 2001 S 192-200) Die enge Bindung zu vertrauten Menschen, die ihnen helfen die Veränderungen zu akzeptieren, nimmt einen sehr wichtigen Platz im Leben der Frauen ein. Denn diese Veränderungen, die das gesamte Leben meist einer ganzen Familie betreffen sind nicht leicht zu meistern. Der Wunsch nach einem authentischen Leben ist in den Frauen sehr stark vorhanden, doch alle Entscheidungen mitzutragen stellt eine große Aufgabe für die Angehörigen dar (vgl. Arman, Rehnsfeldt 2002 S 290-296) Leid ist der Versuch einer Sinnfindung in einer bedrohenden Situation. Somit ist also verständlich, dass die Frauen in diesem Kampf sehr viel Leid empfinden, um eine Transformation vollziehen zu können. Dies findet jedoch oft im Stillen, ohne Einbezug der nahestehenden Personen statt, was es diesen wiederum

sehr schwer macht jeden Wandel nachzuvollziehen (vgl. Arman, Rehnsfeldt 2003 S 510-527) In der Veränderung der Lebenseinstellungen sind auch die Beziehungen zu anderen Menschen nicht ausgeklammert. Das Streben nach sinnvollem Leben, Echtheit und Unterstützung führt im Miteinander zu einer Vertiefung oder einem Abbruch. Zum einen liegt dies in dem Unvermögen der anderen, mit ihrer eigenen Angst und Unsicherheit zu Recht zu kommen, zum anderen aber in der Ambivalenz der Frauen zwischen Wunsch und Ablehnung von Hilfe begründet. Die betroffenen Frauen sind durch ihre Erfahrungen stärker geworden, gleichzeitig, aber auch sensibler und zerbrechlicher (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Carlsson, Hamrin 2001 S 192-200) Durch ihre neue und zum Teil klarere Sicht auf das Leben und ihre Beziehungen erkennen sie oft, dass manche davon gar nicht so positiv gefestigt sind, wie sie dachten oder hofften. Der Wunsch nach Wahrhaftigkeit wird oft auch von der Angst begleitet andere mit ihrer neuen Ehrlichkeit zu verletzen und zu vertreiben. Somit behalten die Frauen ihre wahren Gefühle für sich, um nicht die Verbindung zu der Gemeinschaft zu verlieren (vgl. Rosedale 2009 S 175-179) Sind jedoch einfühlsame und stützende Menschen in dem Umfeld zu finden, kann deren Beistand die Lebensqualität, das spirituelle und psychische Wohlbefinden der Frauen, sowie die Qualität des Familienlebens enorm erhöhen und die Unsicherheit verringern (vgl. Sammarco 2001 S 212-219) Ältere Brustkrebsbetroffene sind durch ihre zusätzlichen altersbedingten Einschränkungen besonders auf die Hilfe anderer angewiesen. Mit voranschreitendem Alter nimmt die Größe des zur Verfügung stehenden Netzwerkes und damit auch die Fülle an Angeboten ab, was zu einer Verminderung der Lebensqualität und Anstieg der Unsicherheit führt (vgl. Sammarco 2003 S 431-438) Trotz der Schwere der Krankheit entschließen sich die meisten Frauen für einen Kampf um ihr Leben. Sie finden immer etwas für das es sich zu kämpfen lohnt und richten ihre gesamte Energie auf die Zukunft. Der Erhalt einer neuen Sichtweise auf das Leben an sich, die Beziehung zu anderen und natürlich auf das eigene Selbst ist ein langer Weg hin zu einer Sinnfindung in den Geschehnissen, der unheimliche Stärken in den Frauen freisetzt (vgl. Jensen, Bäck-Pettersson, Segesten 2000 S 6-11)

Der Krebs konfrontiert die Frauen unweigerlich mit dem eignen Tod. Diese plötzliche Nähe ermutigt sie zu einer Rückbesinnung auf das Essentielle im Leben, welche enorme Veränderungen mit sich bringen kann, deren Umsetzung oft viel Mut erfordert. Denn Lebensveränderungen sind durch ein Erkennen und Ausbauen innerer Potentiale und Kreativität gekennzeichnet und beinhalten auch immer eine Auseinandersetzung mit dem früheren Leben. Erst das Leid und diese Todesnähe lässt die Betroffenen ihre Realität erweitern, was einen Wandel erst möglich macht (vgl. Arman, Rehnsfeldt 2002 S 290-296) Dieses persönliche Wachstum, das auch als innerer Heilungsprozess verstanden werden kann, offenbart sich den Frauen unter anderem in einem freundlicheren und geduldigeren Umgang mit anderen, einer größeren Dankbarkeit für die kleinen Dinge des Lebens, sowie der Bewusstheit, dass das Leben keine Selbstverständlichkeit ist (vgl. Lyons, Jacobson, Prescott, Oswalt 2002 S 1-26)

5. Beschreibung der Untersuchung

Das folgende Kapitel stellt sowohl die theoretische Einbettung der Vorgehensweise, als auch die, für dieses Forschungsprojekt gewählten Arbeitsschritte, vor.

5.1. Der gewählte Forschungsansatz

Die Pflegewissenschaft, die sich am ehesten zu den Human- und Sozialwissenschaften zählen lässt, ist als eine Praxiswissenschaft zu verstehen. Ihr Interesse gilt dem Praxisfeld Pflege. Dieses Handlungsfeld wirft zum einen die Problem- und Fragestellungen auf und zum anderen werden die Ergebnisse dahin zurückgeführt (vgl. Mayer 2002 S 25-32) Pflegeforschung ist gerade in der heutigen Zeit enorm wichtig, da durch demographische Veränderungen neue Herausforderungen entstanden sind. Die Anwendung evidenzbasierten Wissens ermöglicht es, diesen neuen Problemen adäquat begegnen und die Effektivität der Leistungen belegen zu können (vgl. LoBiondo-Wood, Haber 2005 S 5-8)

Es lassen sich für die Pflegewissenschaft nun folgende vier Schlüsselkonzepte definieren.

Die **Person** steht im Mittelpunkt des Interesses dieser Forschung, unabhängig davon, ob im speziellen Fall der Fokus auf den pflegebedürftigen Menschen oder die Pflegeperson gerichtet ist. Der Mensch kann jedoch nicht als abgeschlossenes System betrachtet werden. Seine physische, psychische, soziale und ökonomische **Umwelt** müssen mit einbezogen werden. Als drittes Schlüsselkonzept gilt die Aufrechterhaltung des **Wohlbefindens** als zentrale Aufgabe. Gesundheit und Krankheit werden hierbei als dynamischer Prozess begriffen, dessen Gleichgewicht das gewünschte Ziel darstellt. Um diese Aufgabe zu bewältigen orientieren sich nun die **pflegerischen Handlungen** an den Bedürfnissen der PatientInnen. Diese durchaus sehr allgemein formulierten Konzepte erhalten ihre Einzigartigkeit erst durch den speziellen Blickwinkel. Das Interesse der Pflege und somit auch der Pflegewissenschaft liegt im Phänomen des

Krankseins und nicht so sehr in der Krankheit selbst, sowie auch die pflegerische Fürsorge über der Heilung an sich steht (vgl. Mayer 2002 S 25-32) Individualität sowohl im Erleben von Krankheiten, als auch in den Bedürfnissen ist die Herausforderung der Pflege und ihrer Wissenschaft. Der Weg der Erkenntnisgewinnung geht nun entweder über die Induktion, also theoriebildend, oder über die Deduktion als theoriegeleitete Methode. Diese Unterscheidung teilt die Pflegeforschung in den qualitativen und den quantitativen Ansatz, auf welche nun kurz näher eingegangen wird. Der quantitative Forschungsansatz liegt im Positivismus und kritischen Rationalismus begründet. Es wird dabei von einer beobachtbaren Wirklichkeit ausgegangen und mit Hilfe von standardisierten Methoden Hypothesen überprüft, um kausale Zusammenhänge festzustellen. In der Pflegeforschung findet diese Vorgehensweise besonders bei der Wirksamkeitsprüfung von bestimmten pflegerischen Interventionen Anwendung.

Als Gegenpol dazu steht die qualitative Forschung mit dem Anliegen menschliches Erleben aus der Sicht der Betroffenen zu verstehen. Ihre Wurzeln liegen im symbolischen Interaktionismus. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen steht im Vordergrund und auch von einer Vielzahl an Wirklichkeiten, die jeweils subjektiv und kontextabhängig sind, wird ausgegangen. Es kommen halb- oder nicht standardisierte Methoden zum Einsatz, um von Einzelfallbeschreibungen zu einer Theorie zu gelangen (vgl. Mayer 2002 S 69-76)

Da die vorliegende Arbeit sich zum Ziel gesetzt hat, die Bedeutung der Endlichkeitserfahrung von Frauen mit Brustkrebs zu erforschen eignet sich nach oben angeführter Beschreibung nur der qualitative Ansatz zur Beantwortung der gestellten Forschungsfrage.

Der Umstand, dass die qualitative Forschung mit nicht standardisierten Methoden arbeitet um zu den Beschreibungen zu gelangen, verlangt die Formulierung eigener Gütekriterien. Mayring hat hierzu 13 Säulen qualitativer Kriterien formuliert, die nun kurz beschrieben werden sollen.

Das Verlangen nach **Einzelfallbezogenheit** bedeutet die Überprüfung der Richtigkeit von Vorgehensweise und Interpretation am Ausgangsmaterial.

Dies stellt sicher, dass der Bezug zur Ausgangslage nicht verloren geht (vgl. Mayring 1996 S 14-15) Durch die Aufrechterhaltung der Verbindung zu der Realität der betroffenen Frauen kann diese in der vorliegenden Arbeit trotz vorgenommener Interpretation und Verallgemeinerung wahrheitsgetreu abgebildet werden.

Offenheit ist in der qualitativen Forschung unbedingt zu gewährleisten, denn eine vollständige Beschreibung des Phänomens ist nur durch offenes Herangehen an den Gegenstandsbereich möglich (vgl. Mayring 1996 S 16-17) Für Unerwartetes offen zu bleiben ermöglicht es dem/der ForscherIn wirklich Neues zu erfahren. Um dies während des Forschungsprojektes gewährleisten zu können, wurden zur Datenerhebung offene Interviews ohne festgelegten Leitfaden verwendet. Der Interviewerin war es so möglich individuell auf die Themenimpulse der Gesprächspartnerinnen einzugehen. Eng damit verbunden ist auch der Anspruch der **Ganzheit**, in welcher der Mensch betrachtet und seine Erlebnisse interpretiert werden sollen (vgl. Mayring 1996 S 20-21) Die Erlebnisse und Empfindungen der befragten Frauen dürfen also nicht als einzelne und in sich abgeschlossene Teile gesehen werden.

Hierzu müssen auch **Historische Zusammenhänge** und Veränderungen mitberücksichtigt werden, um Fehlinterpretationen vorzubeugen (vgl. Mayring 1996 S 21-22) Erst die Verbindung der Brustkrebserfahrung mit den gesamten Lebensumständen und einem Zeitverständnis liefert eine angemessene Realitätsabbildung.

Als Hilfestellung wird durch die **argumentative Verallgemeinerung** festgelegt, für welche Bereiche, Zeiten und Situationen die Ergebnisse gelten und verallgemeinert werden dürfen (vgl. Mayring 1996 S 23) So können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nur für erwachsene Frauen mit einer Brustkrebserfahrung und abgeschlossener Primärbehandlung geltend gemacht werden.

Hinter dem Begriff **Methodenkontrolle** verbirgt sich der Anspruch der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse. Je offener die Vorgehensweise, desto genauer müssen die einzelnen Schritte beschrieben und systematisch durchgeführt werden, um eine **Quantifizierbarkeit** überhaupt erst möglich zu

machen (vgl. Mayring 1996 S 17-25) Eine detaillierte, nachvollziehbare Dokumentation der einzelnen Analyseschritte, der transkribierten Interviews hin zu dem daraus gebildeten Categoriesystem, ermöglicht es dem Leser die Forschungsschritte der vorliegenden Arbeit nachzuvollziehen.

Qualitative Forschung ist immer ein Interaktionsprozess zwischen ForscherInnen und Beforschten. Diese **Forscher-Gegenstand-Interaktion** hat zur Folge, dass sich beide durch den Prozess verändern. Das **Vorverständnis** des/der ForscherIn muss vor der Bearbeitung der Daten offengelegt werden, um die Ergebnisse nicht zu verfälschen. Eine **Introspektion**, also eine Analyse des eigenen Denken, Handeln und Fühlens hilft dies sichtbar zu machen und kann in einigen Fällen auch als Informationsquelle dienen (vgl. Mayring 1996 S 17-20) Das Bewusstmachen der eigenen Ansichten und Erfahrungen in Bezug auf Brustkrebs und Endlichkeit ermöglicht es der Forscherin sowohl während der Interviews, als auch bei der Analyse und Interpretation eigene Anteile besser zu erkennen und diese heraus zu nehmen. Durch ein hohes Maß an Offenheit, Neugierde und Flexibilität bietet sich während der Gespräche zusätzlich die Möglichkeit sich selbst weiter zu entwickeln.

Problemorientierung als Anspruch an die Forschung bedeutet den Ansatz an konkreten Problemen, ebenso wie die Rückführung der Ergebnisse an den Entstehungsort (vgl. Mayring 1996 S 22) Das bessere Verständnis für die Bedeutung der eigenen Endlichkeitserfahrung ist ein wichtiger Punkt bei der adäquaten Betreuung von Brustkrebspatientinnen. Da dieses Thema eng mit Tod und Sterben verbunden ist, wird es ungern angesprochen, ist aber gerade deshalb von großer Bedeutung für die Patientinnen. Die tieferen Einblicke in das Erleben der Endlichkeit, die diese Arbeit liefert, sollen Licht in das Dunkel eines Tabuthemas bringen.

Die **Induktion** als Weg der Erkenntnisgewinnung geht nun von Einzelbeobachtungen aus und stellt Zusammenhangsvermutungen auf. Dabei zu beachten ist, dass der Mensch nicht als Maschine funktioniert, sondern sich höchstens an **kontextgebundene Regelmäßigkeiten** hält (vgl. Mayring 1996 S 23-24)

Die vorliegende Arbeit ließ sich, dem qualitativen Ansatz folgend, von den einzelnen Gesprächen leiten, um daraus Regelmäßigkeiten zu erkennen, die jedoch nicht allgemein gültig, sondern an den Kontext gebunden sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit entstammen also nachvollziehbar den geführten Gesprächen mit Frauen, die eine Brustkrebsdiagnose erhalten hatten. Somit ist wohl verständlich, dass die Interpretationen sich auch nur auf diese Gruppe mit diesem Hintergrund beziehen.

5.2. Ethische Überlegungen

Ethik ist der Ausdruck der Achtung vor anderen Menschen. Forschungsethik beschäftigt sich nun mit den Schutzmaßnahmen, die zum Wohle der StudienteilnehmerInnen getroffen werden müssen. Diese gehen über die allgemeinen Menschenrechte hinaus und betreffen speziell durch die Forschung hervorgerufene Situationen (vgl. Schnell, Heinritz 2006 S 17-19)

5.2.1. Ethik in der Pflegeforschung

Die Pflegewissenschaft beschäftigt sich, wie bereits erwähnt, eher mit dem Erleben einer bestimmten Erkrankung als mit deren Erforschung. Um die persönlichen Erfahrungen darstellen zu können, ist es unerlässlich die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen, was die Fülle an qualitativen Studien in der Pflegeforschung erklärt. Sobald Forschung irgendeine Form von zwischenmenschlicher Interaktion beinhaltet, gibt es ethische Risiken, die berücksichtigt werden müssen. Generell lassen sich nach Schnell und Heinritz acht ethische Grundprinzipien festhalten. Die Notwendigkeit eines Forschungsvorhabens ist einwandfrei zu belegen. Dies dient sowohl dem Schutz der Probanden, die ansonsten einer unnötigen Situation ausgesetzt würden, als auch bereits geleisteter Forschungsarbeiten, sodass nicht vorhandene Daten reproduziert werden. Für eine freie Entscheidung zur Teilnahme muss der/die potentielle ProbandIn über den, für ihn/sie entstehenden Zeitaufwand und das methodische Vorgehen aufgeklärt werden. Der/Die ForscherIn ist verpflichtet eine Einschätzung der möglichen

Schäden, sowie der positiven und negativen Folgen, die durch die Teilnahme entstehen können, vorzunehmen und nötige Schutzmaßnahmen zu treffen. Da der/die ProbandIn seine/ihre Zustimmung aus völlig freien Stücken treffen muss, dürfen keine falschen Angaben zum Nutzen des Forschungsprojekts gemacht werden. Zu guter Letzt ist die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen unerlässlich. Das Material darf nur für Forschungszwecke genutzt und die Anonymität der TeilnehmerInnen muss gewährleistet werden. Die informierte Zustimmung zur Teilnahme an einer Untersuchung ist ein zentraler Punkt der Forschungsethik, die jedoch nur Gültigkeit besitzt wenn folgende Punkte berücksichtigt wurden:

- Der/Die ProbandIn wurde ausreichend über das Projekt informiert und hat die Informationen verstanden
- Der/Die TeilnehmerIn hatte für die Entscheidungsfindung ausreichend Zeit
- Die Einwilligung erfolgte nicht unter Zwang, Gewalt oder Vorspiegelung falscher Tatsachen (vgl. Schnell, Heinritz 2006 S 20-24)

Der sogenannte informed consent enthält nun folgende Punkte. Der/Die ProbandIn muss die, zu einer freien Entscheidung nötigen Informationen über Ziel, Zweck, Vorgehen und Risiken des Forschungsprojektes erhalten. Wie bereits erwähnt hat die Entscheidung zur Teilnahme auf freiwilliger Basis zu erfolgen und darf in keiner Weise erzwungen sein. Dem/Der potentiellen TeilnehmerIn wird außerdem das Recht zugesichert die Teilnahme jederzeit zu widerrufen. Ein weiterer Punkt ist die Wahrung der Anonymität, die sowohl die Zugänglichkeit der Daten, als auch den Rückschluss auf einzelne Personen bei der Dateninterpretation betreffen. Diese ethischen Prinzipien sind unbedingt einzuhalten, werfen aber auch oft Probleme auf, die der jeweiligen Situation entsprechend gelöst werden müssen. Eine zu genaue Information über das Projekt kann in vielen Fällen zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen. Die Personen reagieren auf die erhaltene Vorinformation und verändern dadurch ihr Verhalten. Der/Die ForscherIn muss die Balance zwischen ausreichender Informationsweitergabe und Reinheit der Ergebnisse finden. Besonders in

der Pflegeforschung ist die Arbeit mit Menschen, die nicht in der Lage sind ihre Zustimmung zu geben häufig der Fall. Dies betrifft zum Beispiel Koma-PatientInnen, Kinder, oder Menschen mit Behinderung, wofür es einer individuellen Einzelfalllösung bedarf (vgl. Mayer 2002 S 55-63) Die Erforschung des Krankheitserlebens bringt den Kontakt mit sehr verletzlichen Menschen, also vulnerablen Gruppen, mit sich. Schnell und Hinritz definieren vulnerable Personen als jene, „die aufgrund ihres Alters oder ihrer eingeschränkten geistigen Fähigkeiten keine informierte Zustimmung geben können und/oder die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation durch die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben in besonderem Maße belastet oder gar gefährdet werden könnten“ (Schnell, Hinritz 2006 S 43) Da es in der qualitativen Forschung oft nötig ist, auf jene Populationen zurückzugreifen, welche die gewünschten Informationen geben können, ist der völlige Ausschluss vulnerabler Gruppen nicht möglich. Je verletzlicher die UntersuchungsteilnehmerInnen sind, desto mehr Achtsamkeit ist bei der Durchführung gefragt.

5.2.2. Ethische Aspekte der vorliegenden Arbeit

Zentrales Interessensgebiet dieses Projekts ist die Endlichkeitserfahrung von Brustkrebspatientinnen und wie sie damit umgehen. Da diese Patientinnengruppe durchaus als vulnerabel bezeichnet werden kann, ist ein enorm behutsames Vorgehen unbedingt nötig. Achtsamkeit betrifft hier natürlich in erster Linie die Interviewsituation, in welcher die Frauen nicht nur über ihre Erkrankung sprechen, sondern im Speziellen über den Endlichkeitsgedanken, der schon bei gesunden Personen ein Tabuthema darstellt. Die genaue Beobachtung der Körpersprache der Interviewpartnerinnen zeigt an welche Fragen in welcher Form gestellt werden können ohne die betreffende Person zu sehr zu belasten. Dies setzt Einfühlungsvermögen und Flexibilität als Eigenschaften voraus und wird durch die offene Interviewform erleichtert.

Um eine vertraute und angenehme Atmosphäre sicher zu stellen wurden die Orte, an denen die Interviews stattfanden von den Frauen selbst gewählt. Die Zielgruppe setzte sich aus volljährigen Frauen zusammen, die an Brustkrebs erkrankt waren, sich jedoch in keiner Primärtherapie mehr befanden. Diese spezielle Auswahl sollte verhindern, dass sich die Teilnehmerinnen noch in einer akuten Phase der Verzweiflung und Unsicherheit über den Krankheitsverlauf befanden und so die Belastung möglichst gering halten. Eine schriftliche Information, die die potentiellen Teilnehmerinnen über Ziel, Zweck, Vorgehensweise der Studie, aber auch ungefähre Interviewdauer, sowie die immer bestehende Möglichkeit zum Teilnahmsabbruch informierte, wurde allen ausgehängt. Die Zusicherung der Anonymität erfolgte sowohl mündlich, als auch schriftlich. Die Zustimmung zur Teilnahme erfolgte dann schriftlich vor Beginn des Gesprächs.

5.3. Methode der Datenerhebung

Nachdem der Forschungsansatz für die vorliegende Arbeit ausreichend erläutert ist, soll die gewählte Methode zur Erhebung der Daten beschrieben und begründet werden.

Um die jeweils eigene Sichtweise erfassen zu können müssen die Betroffenen selbst zu Wort kommen. Das geeignetste Instrument, um möglichst authentische Aussagen zu erhalten ist das qualitative Interview. Halbstandardisiert folgt der/die InterviewerIn einem zuvor erstellten Leitfaden, in welchem die Fragen mehr oder weniger genau vorgegeben sind. Dem/Der InterviewpartnerIn ist es möglich auf die offen formulierten Fragen frei zu antworten. Bei einem offenen Interview wird kein Leitfaden verwendet, was dem/der ForscherIn eine erhöhte Flexibilität abverlangt. Das Thema wird durch die Forschungsfrage vorgegeben, welches mit dem jeweiligen Gegenüber neu aufgearbeitet wird. Diese Art des Interviews verwendet einen weichen Kommunikationsstil, um das Vertrauen der InterviewpartnerInnen zu gewinnen und lässt viel Raum für Individualität (vgl. Mayer 2002 S 123-128)

Zur Beantwortung der formulierten Forschungsfragen ist die Erhebung des persönlichen Erlebens der Betroffenen von Nöten, wofür sich das Interview als geeignetstes Instrument herauskristallisierte. Wie bereits oben beschrieben, gewährleistet ein Maximum an Offenheit einen größeren Einblick in die subjektiven Bedeutungen. Da das Erleben der Endlichkeitserfahrung nicht nur sehr individuell ist, sondern auch ein enorm breites Spektrum abdeckt, wurde zur Erhebung der Daten kein Leitfaden erstellt. Das vorab definierte Interessensgebiet erschloss sich mit den Interviewpartnerinnen jeweils neu. Schon Gespräche über die Brustkrebserkrankung selbst sind für viele Frauen eine Belastung. In diesem Zusammenhang auch noch über die eigene Endlichkeit zu sprechen bedarf viel Mut von Seiten der Betroffenen und enormes Einfühlungsvermögen bei der Formulierung der Fragen. So variierte die Einstiegsfrage je nach Persönlichkeit und Ausgangssituation, um die Gesprächspartnerinnen zu animieren und eine Vertrauensbasis aufzubauen. Die weiteren Fragen ergaben sich aus den Erzählungen und der Lenkung innerhalb des Themas.

5.4. Methode der Datenauswertung

Ebenso wie bei der Erhebung der Daten ist auch für deren richtige Auswertung die Auswahl des passenden Instruments enorm wichtig. Der gewählte Forschungsansatz kann hierbei als erste Richtlinie dienen, legt jedoch das genaue Vorgehen keineswegs fest. Unter den verschiedenen Möglichkeiten die geführten Interviews aufzubereiten und zu analysieren wurde für das vorliegende Projekt die Inhaltsanalyse ausgewählt, die nun kurz allgemein und dann in Bezug auf das Forschungsziel erläutert werden soll.

Die Einführung in diesen Gegenstand mit einer allgemein gültigen Definition zu beginnen gestaltet sich schwierig, da sich hinter diesem Begriff wiederum verschiedene Spezialisierungen verbergen. Es kann jedoch festgehalten werden, dass das Material aus einer Art von Kommunikation entstanden ist. Welchen Teilen Beachtung geschenkt wird hängt dann von dem jeweiligen Forschungsinteresse ab. Mayring hat in sechs Punkten die Kernthemen der

sozialwissenschaftlichen Inhaltsanalyse, welche auch für das vorliegende Projekt die übergeordnete Auswertungsmethode darstellt, zusammengefasst. Sie analysiert also systematisch, sowie theorie- und regelgeleitet eine Art von schriftlich festgehaltener Kommunikation mit dem Ziel Interpretationen vornehmen zu können. Die Schlussfolgerungen müssen immer in einem erkennbaren Zusammenhang zu dem verwendeten Material stehen. Dieser Anforderung wird durch das Vorgehen nach einem vorab festgelegten Schema Rechnung getragen.

Durch die Aufgliederung in verschiedene spezielle Vorgehensweisen ist es mit der Festlegung auf die Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode noch nicht getan. Um die persönlichen Erlebnisse der betroffenen Frauen in Bezug auf ihre eigene Endlichkeit in ihrer Gesamtheit erfassen zu können erschien die zusammenfassende Inhaltsanalyse als die geeignetste Methode. Hierbei leitet die übergeordnete Fragestellung die Schritte der Zusammenfassung indem sie definiert was wichtig ist. Die relevanten Textstellen werden herausgefiltert und zur Analyse herangezogen. In einem nächsten Schritt erfolgt eine Paraphrasierung, die zugleich eine Komprimierung des Materials zur Folge hat. Die Generalisierung auf ein weiteres Abstraktionsniveau erlaubt das Zusammenfassen von Aussagen mit ähnlichem Inhalt. Ebenso lässt sie Paraphrasen mit gleichem Inhalt deutlicher hervortreten, welche sodann gestrichen werden können (vgl. Mayring 2000 S 11- 63)

Da das Anliegen dieser Forschungsarbeit die Abbildung der subjektiven Erfahrungen der von Brustkrebs betroffenen Frauen ist, muss penibel darauf geachtet werden, dass all diese Reduktion der Datenmenge nicht auf Kosten der Qualität geschieht und die Erlebniswelt der Interviewpartnerinnen noch repräsentiert wird.

Anhand der vorliegenden Tabelle, die nur einen Ausschnitt darstellt, können die vorgenommenen Analyseschritte nachvollzogen werden.

Textstelle		Kategorie
zerst amal die große Angst ich muss dran sterben	Zuerst Todesangst	Diagnose als Angstauslöser ruft durch den erlebten Kontrollverlust zum ersten Mal eine Angst vor dem Tod hervor
da war i sehr schockiert und hab wirklich das Gefühl ghabt ahm (,) das da gibt's eine unkontrollierbare ahm eine Variable drinnen und hab kann mi genau erinnern an diese wirkliche Todesangst die ich da ghabt hab	Todesangst durch Unkontrollierbarkeit der Situation	
dieses leibliche Geschehen macht auch eine Angst also des is einfach wenn da Körper zerfällt sozusagen oder aufgefressen wird oder wenn da halt so a Krebs ahm Wuchern stattfindet dann hat ma einfach Angst ganz unmittelbar das is a eine direkte Antwort drauf	Angst als unmittelbare Antwort auf das leibliche Krebsgeschehen	

Tabelle 1

5.5. Beschreibung der Interviewpartnerinnen

Die bereits erörterten großen Unterschiede in den Paradigmen der qualitativen und quantitativen Forschung ziehen nicht nur verschiedene Methoden der Datenerhebung und –auswertung nach sich, sondern auch Abweichungen die Stichprobenauswahl betreffend. Die Anzahl der Teilnehmer ist erheblich geringer, was eine andere Art der Auswahl erfordert. Da der Anspruch der Objektivität nicht durch die zufällige Auswahl der Probanden gewährleistet sein muss, kommt hierbei das Prinzip der Nützlichkeit zum Tragen. Es werden gezielt Personen in Betracht gezogen, die sich für die jeweilige Fragestellung am besten eignen. Durch diese Art der Auswahl wird ebenfalls ein umfangreicher Informationsfluss sichergestellt, der wiederum die gewünschte Datensättigung herbeiführt. Durch diese Auswahlkriterien ist eine detaillierte Beschreibung der untersuchten Phänomene möglich, die zu einem besseren Verständnis führt (vgl. Morse, Field 1998)

Für die Interviews, die diesem Forschungsprojekt zugrunde liegen, wurden speziell Frauen gesucht, die in ihrem Leben bereits die Erfahrung einer Brustkrebserkrankung durchlebt hatten und sich zum Zeitpunkt des

Interviews in keiner Primärtherapie befanden. Die verfassten Informationsblätter wurden in einer gynäkologischen Praxis, sowie in einer Krebs Selbsthilfegruppe verteilt und somit die ersten Kontakte hergestellt. Weitere Interviewpartnerinnen ergaben sich durch Mundpropaganda, also dem sogenannten Schneeballverfahren.

Die Frauen, welche an dieser Studie teilnahmen waren zwischen 49 und 71 Jahren alt. Alle hatten die Kinderplanung bereits abgeschlossen, was neben dem Familienstand als Verheiratete die einzige Gemeinsamkeit blieb, denn sowohl Einkommen, Beruf, als auch die Zeit seit der Diagnosestellung variierten stark. Da Gespräche über die eigene Endlichkeit sehr tief in die Privatsphäre eingreifen, wurde der Ort, an dem die Interviews stattfanden, von den Frauen selbst gewählt. In den meisten Fällen war dies ihr Zuhause, wo die vertraute Umgebung ihnen den nötigen Mut gab über ein so ergreifendes Thema der eigenen Lebensgeschichte zu sprechen. Die Interviews dauerten durchschnittlich eine Stunde, abhängig davon, wie schnell zu dem eigentlichen Thema vorgedrungen werden konnte. Dabei ließen sich auch sehr unterschiedliche Arten der Auseinandersetzung erkennen. Manche der Gesprächspartnerinnen hatten sich bereits unabhängig von dem Interview sehr intensiv mit dem Thema der Endlichkeit auseinandergesetzt und konnten daher zum einen sehr schnell in das Thema einsteigen und zum anderen sehr detaillierte Einblicke in Bezug auf ihr Erleben und die Auswirkungen für den Alltag geben. Andere wiederum nahmen zwar Angst wahr, konnten diese aber nicht dezidiert benennen oder zuordnen, was zu einer latenten Ausdrucksform von Angst und Endlichkeitsbewusstsein führte. Da das erste Interview aufgrund der labilen Verfassung der Gesprächspartnerin keine verwertbaren Ergebnisse lieferte, wurde es aus der Datenanalyse ausgeschlossen und somit auch nicht in die Ergebnisdarstellung mit einbezogen.

6. Darstellung der Ergebnisse

Nach Auswertung der geführten Interviews kristallisieren sich sieben Kategorien heraus, deren Inhalt im Folgenden erläutert werden soll.

6.1. Belastungen

Die Herausforderungen, denen sich Frauen mit einer Brustkrebserkrankung stellen müssen, folgen einem zeitlichen Verlauf, während dem sie auch Veränderungen bezüglich ihrer Erscheinungsform zeigen.

6.1.1. Belastungen vor der Diagnose

Die *psychischen Belastungen*, denen die Frauen vor ihrer Diagnose ausgesetzt sind, lassen sich von jenen der Menschen ohne Krebsdiagnose kaum unterscheiden. Zum einen sind diese durch äußere Einflüsse ausgelöst, zum anderen aber auch auf die eigene Persönlichkeitsstruktur zurück zu führen. So können familiäre Probleme ebenso, wie der eigene Leistungsanspruch Stress auslösen. Der große Unterschied zu gesunden Frauen besteht jedoch in der Krebsdiagnose selbst, die viele der Betroffenen der Überforderung durch die damals vorherrschenden Belastungen zuschreiben. Für viele der Frauen ist es in ihrem Leben vor der Diagnose schwer die eignen Grenzen zu wahren und so ihr eigenes Leben zu leben. Der Anspruch an sich selbst perfekt zu sein und es allen anderen Recht zu machen lässt sie sich selbst aus den Augen verlieren.

„an jeden muast as recht machen und guat machen und olle hint und vurn bedienen in des Strickmuster fall i immer wieder eini“

(Interviewpartnerin 2)

Das leistungsorientierte Leben und die festgefahrenen Rollen, aus denen ein Ausbruch unmöglich scheint, machen die Lebenssituation schwierig.

In Bezug auf die *körperlichen Belastungen* vor der Diagnose sind schon spezielle Aspekte vordergründig. Viele der Frauen weisen aus medizinischer Sicht, entweder mütterlicher- oder aber auch väterlicherseits eine erbliche Vorbelastung auf. Noch bevor der Verdacht auf Krebs im Raum steht

berichten die Betroffenen von Erschöpfungszuständen, die einen inneren Prozess zeigen. Aber auch körperliches Unwohlsein, sowie ein labiles Immunsystem werden als Begünstigung für den Krebsausbruch angeführt.

„ich bin immer müder geworden im Lauf der Zeit ja und da war offensichtlich schon ein Prozess in mir im Gange der eben nicht gut war“ (Interviewpartnerin 7)

Sowohl psychisch, als auch physisch zeigt sich die Notwendigkeit einer Veränderung an, die Umsetzung ist den Frauen jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich.

„des war öfters so ein Gefühl von irgendwas is zu Ende ja und (.) und es ghört was Neues her und ich hab aber ned genau gwusst was is das“ (Interviewpartnerin 7)

6.1.2. Behandlungsspezifische Belastungen

*„des schlimmste war für mich die ganzen Behandlungen“
(Interviewpartnerin 4)*

Die Behandlung und die dadurch ausgelösten Nebenwirkungen stellen die Frauen sowohl körperlich als auch seelisch auf eine harte Probe.

„früher i hätt da ned sitzen kena und reden in den drei Jahren i bin rot angelaufen mir is heiß worden mir is Wasser runtergronnen i hab mi nirgends hin traut“ (Interviewpartnerin 4)

Die unerwartete Stärke, sowie lange Dauer der Nebenwirkungen gehören hierbei ebenso zu den *psychischen Hausforderungen*, wie die sich daraus ergebenden Lebensveränderungen.

„im Zuge der Chemotherapie hab ich eben zum Beispiel die Nägel verloren (,) bei den Zehnnägeln is das dann so die sind dann in der Früh am Leintuch oder in einer Strumpfhose und das war eigentlich obwohl es ein Nichts ist vergleichsweise war das schon a bissl schockierend weil ich ma gedacht hab oh Gott da liegt jetzt sozusagen ein Stückl von mir“ (Interviewpartnerin 5)

Zu den seelischen Belastungen der Nebenwirkungen treten noch die Sorgen bezüglich der Behandlung selbst, sowie des Ausmaßes des Tumors. Im Zuge der stationären Behandlung sehen sich die Frauen mit einer weiteren Hausforderung konfrontiert. Die Auseinandersetzung mit dem Leid anderer, in manchen Fällen, bereits schwerkranker Leidensgenossinnen bringt die Frauen an den Rand der Verzweiflung. Der unvermeidbare Erfahrungsaustausch beeinflusst die Behandlungserwartungen nicht immer im positiven Sinne.

„dann hab ich im Zimmer neben mir eine Frau liegen ghabt i muas sogn die wor im Endstadium auch Brustkrebs ghabt und hat dann schon die Lunge angriffen ghabt die hams alle Nacht dreimal punktiert dreimal aussu gfiert aus dem Zimmer (,) des wor schrecklich“

(Interviewpartnerin 4)

Die Behandlungsauswahl nach der Operation birgt einen enormen Verunsicherungsfaktor in sich. Die bereits labilen Patientinnen müssen innerhalb kürzester Zeit eine, auf Intuition und Vertrauen basierende, lebenswichtige Entscheidung fällen. Das Drängen der Ärzte ist zwar verständlich, wird jedoch von den Frauen als zusätzlich belastend empfunden. Entscheidet sich eine Patientin gegen den ärztlichen Rat stellt diese eine weitere Herausforderung dar.

„also da hab i scho was zamnehmen müssen um da a mutig zu sein und zu sagen i moch des ned aber ja (,) und gegen diese ahm ahm Hormonsuppressiva hab i mi entschieden“ (Interviewpartnerin 6)

Auf *körperlicher Ebene* sehen sich die Betroffenen einer enormen, durch die Behandlung ausgelösten, Reduktion gegenüber. Diese wiederum lässt den leiblichen Anteil des Krebsgeschehens deutlich spürbar werden.

„in der Situation is einfach ein leibliches Geschehen da ja also ein zersetzendes Geschehen und ein ein zum Tod hinführendes Geschehen ein Geschehen das aus der Kontrolle geraten is und und das spürt man ja auch“ (Interviewpartnerin 6)

Die körperlichen Schmerzen und Einschränkungen werden von manchen Frauen als Gradmesser der Schwere der Krankheit herangezogen.

Trotz all der Einschränkungen, die die Frauen in dieser Zeit erleben, sind diese Momente frei von depressiven Gedanken und voller Hoffnung für die Zukunft.

6.1.3. Heutige Belastungen

Die heutigen Belastungen, mit denen die Frauen zu kämpfen haben sind hauptsächlich *psychischer Natur* und durch langfristige Veränderungen ausgelöst. So werden Ängste vor einem Wiederauftreten zu einem Lebensbegleiter nicht nur bei den Frauen selbst, sondern auch bei ihren Angehörigen.

„dasd die Befunde ned verstehst dass des da alles Latein steht [...] sie ham dann a zum Beispiel auf da Leber an Dippel gfunden und Verdacht auf Krebs [...] was des für a Stress is wieder Sorgen Krebs zu haben“

(Interviewpartnerin 2)

Greift die Krebserfahrung zu stark in bestimmte Bereiche, wie z.B. die Arbeitswelt ein, entstehen daraus Belastungen für den neuen Alltag. Die Persönlichkeitsentwicklung führt zu mehr Offenheit und Sensibilität, was wiederum ein Zurechtfinden in der Außenwelt schwierig macht.

„so sensibel und dünnhäutig das war nicht ganz leicht in dieser Außenwelt zu sein“ (Interviewpartnerin 7)

6.2. Diagnoseverlauf – Von der Ahnung zur Gewissheit

Die allgemeine Annahme die Diagnose sei ein fester Zeitpunkt stellt sich durch die vorhandenen Ergebnisse als falsch heraus. Der Diagnoseverkündung geht eine sehr intensive und nervenaufreibende Zeit voraus und wird durch die Aktivierung des Überlebenswillens der Frauen abgelöst.

6.2.1. Ahnungswissen

„ich habs ja selbst gespürt (,) beim Laufen beim Radfahren hab i immer in der Brust irgendein Stechen gespürt (,) irgendwo wenn i dann tiefer griffen hab dann bin i draufkommen irgendwas stimmt da nicht“

(Interviewpartnerin 4)

Bei den betroffenen Frauen ist, wenn auch nur unterschwellig eine Vorahnung zu erkennen. Diese kann als Sensibilisierung durch erbliche Vorbelastung, oder aber als Organgefühl an der Tumorstelle auftreten. So wird oft ein, von den Frauen geäußelter Krebsverdacht, seitens der behandelnden Ärzte aufgrund negativer Befunde zuerst verneint, um dann oft Jahre später bestätigt zu werden. Aber auch von den Frauen selbst werden Veränderungen an der Brust zwar wahrgenommen, aber dann ignoriert oder beiseite geschoben, da Brustkrebs als Schicksal anderer eingestuft wird.

„im Frühling des Jahres drauf hab ich gespürt dass da irgendwas is hab ma aber nix gedacht weil ich als Frau mit kleinen Brüsten hab ich ma gedacht sowas kann ich gar nicht kriegen“ (Interviewpartnerin 7)

6.2.2. Diagnoseschock

„ma fällt scho in a tiefes Loch des is wenn an da Boden weggezogen wird wenn ma die Diagnose kriegt“ (Interviewpartnerin 3)

Die Diagnose ist für alle Frauen, trotz unterschiedlicher Vorgeschichte ein Schock, der sich als das Gefühl eines tiefen Lochs, Verlust des Halts oder Überforderung äußert. Je nach Lebensumständen und Persönlichkeit sind die Auswirkungen der Diagnoseverkündung individuell verschieden. Ein starkes Informations- und Austauschbedürfnis kann ebenso dadurch ausgelöst werden, wie das Bedürfnis nach emotionalem Beistand. Die Frage nach dem Warum, die unweigerlich als Folge auftritt, kann sich auf das eigene Schicksal beziehen, oder aber durch das Unverständnis der Unwirksamkeit der bereits zuvor gesetzten Maßnahmen ausgelöst werden.

„ich hatte das Gefühl ich versorge mich eh ganz gut ich hätte mir nicht gedacht dass ich da irgendwas versäumen könnte oder übersehen könnte und es is aber was was viel tiefer gegangen is als alles was ich mit den Methoden die ich hatte dazugekommen bin“

(Interviewpartnerin 7)

6.2.3. Alle Kraft in die Zukunft

„da is mir klar worden ich kann mich zu Tode fürchten aber ich kann auch versuchen mein Leben in die Hand zu nehmen und ich hab gar keine andere Wahl als dass ich sag okay ich schau was ich machen kann“ (Interviewpartnerin 7)

Der Überlebenswille der Frauen, der sich in der akuten Zeit als Kampfgeist manifestiert, wird durch die Gewissheit dieser schweren Erkrankung ausgelöst. Die Auseinandersetzung mit der neuen Situation und der Versuch einer Akzeptanz lassen neue Schritte planen. All vorhandene Kraft wird nun in den Widerstand gelegt, um der Krankheit entgegen zu wirken. Jede Frau mobilisiert die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen, um die Situation zu bewältigen. Die Suche nach zusätzlichen alternativmedizinischen Stützen, der Versuch der Aufrechterhaltung einer Normalität, sowie das genaue Befolgen der ärztlichen Ratschläge können als solche Strategien beobachtet werden. Durch die Diagnose ausgelöst sind die Frauen gezwungen ihr Leben aktiv in die Hand zu nehmen. Um die anstrengende Zeit von der Diagnose bis zum Ende der Therapie durchzustehen werden alle vorhandenen Energiereserven mobilisiert.

„ich wollt zusätzlich was machen (,) einfach (,) ich wollt mich nicht völlig ausliefern sondern dagegen halten soweit das möglich is“

(Interviewpartnerin 5)

6.3. Angst vor dem Tod

Die von den Frauen empfundenen Ängste haben bestimmte Auslöser und treten somit zu unterschiedlichen Zeitpunkten verstärkt auf. Abhängig von den Auslösern lassen sich auch verschiedene Manifestationsformen feststellen, die jedoch in ihrer Gesamtheit alle als Angst vor dem Tod beschrieben werden können.

6.3.1. Krebsverdacht als Angstausröser

„am ärgsten wos dieses Worten is es Krebs oder ned des wor glaub i des schirchste“ (Interviewpartnerin 2)

Bereits die Möglichkeit einer Krebserkrankung löst in den Betroffenen große Ängste aus. In dieser Zeit des Wartens und Hoffens ist vor allem die Angst vor dem Ungewissen als größte Belastung zu erkennen. Fragen nach dem weiteren Vorgehen, möglichen Auswirkungen und Hoffen auf ein positives Befundergebnis lassen die Frauen ein Gefühlschaos erleben. Somit ist auch nicht verwunderlich, dass sich bei manchen die Anspannung dieser Zeit vor der eigentlichen Diagnoseverkündung entlädt.

„na hob is scho gwusst bis i zur Ärztin kumma bin hob i scho gwant a drinnen“ (Interviewpartnerin 2)

6.3.2. Diagnose als Angstausröser

„dieses leibliche Geschehen macht auch eine Angst also des is einfach wenn da Körper zerfällt sozusagen oder aufgeessen wird oder wenn da halt so a Krebs ahm Wuchern stattfindet dann hat ma einfach Angst ganz unmittelbar das is a eine direkte Antwort drauf“ (Interviewpartnerin 6)

Durch die Verkündung der Diagnose wird die Befürchtung zur Gewissheit, was neben Schock auch Angst auslöst. Die Angst vor dem Tod wird von den Frauen als erste Reaktion auf die Erkrankung beschrieben, die sich körperlich durch Zittern, Panik und Schlaflosigkeit äußert. Stand vor der eigentlichen Diagnose die Ungewissheit im Mittelpunkt so wird sie nun von

einem Gefühl der Unkontrollierbarkeit abgelöst. Eine besondere Verstärkung dieser Angst ist bei einem erneuten Auftreten der Erkrankung zu erkennen.

*„besonders intensiv dann beim zweiten Mal weil i eben dann gmerkt hab dass des eben offensichtlich in meinem System drinnen is und ahm dass es trotz aller Maßnahmen und Lebensveränderung es trotzdem ahm noch einmal aufgetreten is (,) also da war i sehr schockiert und hab wirklich das Gefühl ghabt ahm (,) das da gibt's eine unkontrollierbare ahm eine Variable drinnen und hab kann mi genau erinnern an diese wirkliche Todesangst die ich da ghabt hab“
(Interviewpartnerin 6)*

6.3.3. Behandlung als Angstausröser

*„bei der Bestrahlung da war i a ned sich weil des hat ma mehr Angst gmacht als die Operation ahm wegen diesen Strahlen ja also sozusagen diese Strahlen das war ma so suspekt“
(Interviewpartnerin 6)*

Die Ängste, die während der Behandlungsperiode auftreten haben in sich sehr unterschiedliche Ansatzpunkte, die wiederum von den Erlebnissen und Geschehnissen abhängig sind. Die unbekannte Behandlung kann an sich schon angstausrösend wirken, wobei hier die Operation als weniger belastend empfunden wird, als die Folgetherapien. Im Krankenhaussetting stellt besonders der Kontakt mit anderen, im Krankheitsstadium fortgeschrittenen, Patientinnen einen angststeigernden Faktor dar. Durch eine bewusste Entscheidung gegen ärztliche Behandlungsvorschläge kann die Angst vor dem möglichen Tod ebenfalls angefacht werden. Jedoch gibt es auch hierbei individuelle Unterschiede, sowohl in der Angstintensität, als auch in ihrem bloßen Vorhandensein. Als lindernde Faktoren treten zum einen das Stadium des Krebses, zum anderen die Schmerzintensität zum Vorschein. Frauen, bei welchen der Krebs zu einem frühen Zeitpunkt entdeckt wurde, berichten von weniger Ängsten in der Behandlungsphase. In den Zeiten geringer Schmerzstärke, oder sogar Schmerzfürfreiheit lässt sich auch ein Rückgang der Angst erkennen. Ein weiterer Faktor, der im Inneren

begründet liegt und ebenfalls angstreduzierend wirkt ist, die Realisierung des Todes mit allen Sinnen.

„zwischen durch war ich angstfrei was kann ma schlimmeres passieren ich kann sterben aber sonst kann ma nix passieren das war irgendwie so in da Zeit da Chemotherapie wo ich von einer Chemotherapie zur anderen ja es war schlimm einfach“ (Interviewpartnerin 7)

6.3.4. Heutige Angstausslöser

Ängste, mit denen die betroffenen Frauen in ihrem neuen Alltag zu kämpfen haben treten vermehrt in den Zeiten vor anstehenden Untersuchungen auf. Die wiederkehrende Angst der Ungewissheit vor dem Ergebnis mit der Hoffnung auf einen guten Ausgang begleitet die Frauen bei ihren Arztbesuchen. Besonders die Verunsicherung, die durch die unverständlichen Befunde ausgelöst wird, stellt eine enorme Belastung dar. Aber auch Schmerzen lassen die Erinnerung und damit die Angst vor einem Wiederauftreten erneut hochsteigen.

*„wier i irgendwo Schmerzen hob oda vor den Untersuchungen denk i schon sehr dran muss i sagen (,) da sitzt ma des schon im Kopf vor der Untersuchung was is wenn das jetzt wieder nicht in Ordnung is was wird wieder sein (,) da überleg i schon (,) da hab i scho a gewisse Angst in mir (,) bevor i zur Mammographie geh gehts ma ned guat“
(Interviewpartnerin 4)*

6.3.5. Angst als unterschwelliger Begleiter

Die Krebserfahrung, unabhängig davon, ob sie als abgeschlossenes Erlebnis, oder als Lebensaufgabe gesehen wird, bleibt ein Teil der persönlichen Geschichte. Die Erfahrungen der Zeit können nicht völlig vergessen werden und greifen so mehr oder weniger unterschwellig in das Leben der Frauen ein. Die Erinnerung an die strapaziöse Behandlungsprozedur und die Befürchtungen im Alltag wieder eingeschränkt zu sein lösen große Ängste aus. Angst vor ewiger Pflege und einem langsamen Tod sind ebenfalls dadurch ausgelöste Befürchtungen.

*„i man Angst davor dass ma dahin siecht (,) und ewig Pflege braucht und (,) Schmerzen hat Hilfe braucht vor sowas eigentlich schon“
(Interviewpartnerin 2)*

6.4. Angezählt sein – Ein neues Endlichkeitsbewusstsein

Über sein eigenes Ende nachzudenken wird von den meisten Menschen so gut es geht vermieden. Durch den Tod uns nahestehender Personen sind wir manchmal dazu gezwungen, verdrängen jedoch zu tiefgehende Gedanken. Von Brustkrebs betroffenen Frauen ist diese Verdrängung kaum mehr möglich, denn für sie ist dies kein abstraktes, sondern ein sehr real wahrnehmbares Phänomen.

6.4.1. Auslöser

Wird die Auseinandersetzung *durch dritte fremdausgelöst* besteht immer noch eine Distanz zur eignen Person und der tatsächlichen Betroffenheit. Durch den Tod anderer werden auch Brustkrebspatientinnen, ebenso wie jeder andere Mensch, mit dem Thema Tod und Endlichkeit konfrontiert. Dabei liegt es bei jedem einzelnen, wie intensiv er oder sie sich damit auseinandersetzen möchte.

„no wennst dann herst na der hot Krebs und der hot schon wieder Krebs und der is storben an Krebs da macht ma si dann scho mehr Gedanken übers Sterben und über den Tod“ (Interviewpartnerin 2)

Im Gegensatz dazu betrifft die, durch den Krebs ausgelöste Endlichkeitsauseinandersetzung immer die *eigene Person*.

*„wie lang hab ich noch i man des san die ersten Gedanken“
(Interviewpartnerin 4)*

Meist ist die Diagnose selbst, durch ihre allgemein enge Verbindung zu Tod und Sterben, der Startpunkt einer Beschäftigung.

6.4.2. Dynamik

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit darf nicht als Phänomen gesehen werden, dass durch die Diagnose auftritt und dann statisch vorhanden ist. Ganz im Gegenteil, wird anhand der Daten ein wellenartiger Verlauf sichtbar. Wie bereits erläutert stellt die Diagnose den ersten Konfrontationspunkt bezüglich der eigenen Endlichkeit dar. Während der Therapie, die eine starke psychische und physische Belastung bedeutet, ist keine aktive Auseinandersetzung zu erkennen.

„hat ma schon den Gedanken mein Gott was passiert mit mir weiter (,) wie gehts weiter (,) werd ich noch gesund (,) werd ich nicht mehr gesund (,) wie lang hab ich noch i man des san die ersten Gedanken (,) wei irgendwo mit der Therapie und dann ma sieht des wieder anders (,) es geht an dann gor ned so schlecht“ (Interviewpartnerin 4)

Ergibt sich im weiteren Verlauf ein Rezidivverdacht, oder sogar eine weitere Krebsdiagnose, so kann hier ein Anstieg des Endlichkeitsbewusstseins verzeichnet werden. Wird ein mögliches Wiederauftreten wahrscheinlicher, oder sogar zu einem tatsächlichen Ereignis, steigert dies das Bewusstsein der eignen Sterblichkeit enorm.

„ganz arge warn diese zwei Rezidivverdachte (,) weil die warn also an Stellen (,) ja wo ich also ich hab das Wort gebraucht in der Gruppe (,) ich hab gesagt ich bin angezählt“ (Interviewpartnerin 5)

Die Persönlichkeit der Frauen nach der Krebserfahrung ist von einem starken Bewusstsein die eigene Endlichkeit betreffend geprägt.

„also dieses Bewusstsein wie dass wir irgendwann zu gehen ham das is so stark da jetzt“ (Interviewpartnerin 7)

6.4.3. Erscheinungsformen

Nicht alle Menschen sind bereit sich mit dem Thema Endlichkeit bewusst auseinander zu setzen. Frauen, die eine Brustkrebserkrankung durchlebt haben, sind einer Entscheidung diesbezüglich beraubt. Die Konfrontation mit dem Thema geschieht automatisch und zieht eine Auseinandersetzung nach

sich. Je nach Bereitschaft passiert diese dann mehr oder weniger bewusst, was die unterschiedlichen Erscheinungsformen erklärt.

Bei jenen Frauen, die aus verschiedensten Gründen nicht für eine bewusste Beschäftigung mit ihrer eigenen Endlichkeit bereits sind, zeigt sich eine *materielle Manifestation im Hier*. Der Wunsch bestimmtes noch zu erleben, die Sorge um materielle Dinge im Fall des Todes, sowie Bekanntgabe der Wünsche für die letzte Lebensphase deuten das Erkennen der eigenen Endlichkeit an.

*„des Wissen dass des erledigt is dass meine Leit wissen was i ma
erwarte für die letzte Zeit“ (Interviewpartnerin 3)*

Die *Realisierung des Todes* als Ausdrucksform einer bewussten Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit zeigt sich in Gedanken an Tod und Sterben, sowie das Danach. Die tatsächliche Bewusstwerdung der Begrenztheit des eigenen Lebens lässt eine spezielle Art von Abschiedsschmerz, sowie Angst und Trauer aufkommen.

*„ Abschiedsschmerz (,) also wie diese also wirklich ein großer Schmerz
dass ich mir denk alles was ich gern hab und die Dinge die ich gern hab
die Menschen die ich gern hab muss ich verlassen“
(Interviewpartnerin 5)*

6.5. Der Weg muss allein gegangen werden, aber Unterstützung hilft

Der Erhalt der Diagnose ist ein enormer Schock und stellt das Leben der Frauen und ihrer Familien auf den Kopf. Doch neben all dem eröffnet sich den Betroffenen auch eine Vielfalt an Unterstützungsangeboten, von denen sie zuvor nicht zu träumen gewagt hätten.

6.5.1. Professionelle Hilfestellungen

*„eine Schwester die hab ich vor meinem geistigen Auge eigentlich
immer gsehn mit Rollschuhen weil sie war immer dort wo man grade wo
grad ein Bedarf war“ (Interviewpartnerin 5)*

Der Vorteil dieser Form der Unterstützung, die in den meisten Fällen zeitlich begrenzt ist, besteht in der wohlwollenden Begegnung ohne zu belasten. Dies ist den professionellen Hilfestellern durch die Distanz zur bisherigen Lebensgeschichte der Frauen möglich.

„wo ich das Gefühl ghabt hab da da kommt so viel Wohlwollen und nicht Belastung die eigenen Ängste oder so und das warn oft kleine Gesten aber so hilfreich“ (Interviewpartnerin 7)

Bereits nach der Diagnose kann eine solche Hilfsquelle auch außerhalb des Krankenhauses in Anspruch genommen werden, um sich über die weitere Vorgehensweise klar zu werden. Während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus ist vor allem die Freundlichkeit des Pflegepersonals wichtigste emotionale Stütze. Besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den behandelnden Ärzten wirkt sich dies nicht nur positiv auf den Behandlungsverlauf aus, sondern ermöglicht es diesen ebenfalls den Frauen unterstützend entgegenzukommen. Hierbei sind sowohl der liebevolle Umgang, als auch die fachliche Information für die betroffenen Frauen von großer Bedeutung. Die oft sehr starken Nebenwirkungen der Behandlung veranlassen dazu, falls dies nicht schon im Vorfeld in Anspruch genommen wurde, alternativmedizinische Maßnahmen zu ergreifen. Sogar für den heutigen Alltag kann diese Unterstützungsform immer wieder zum Einsatz kommen. So stellen die jährlichen Untersuchungen zwar eine psychische Belastung dar, sind aber im Nachhinein bei positiven Ergebnissen eine Beruhigung der unterschwelligen Ängste.

„sicher is sicher (,) des is fir mi a beruhigendes Gefühl wann i was i nimm jetzt des mit und es wor nix“ (Interviewpartnerin 3)

6.5.2. Gleiches Leid verbindet - Gleichgesinnte als Unterstützung

*„ich glaub die Kommunikation ist eine andere das heißt nicht dass das andere Menschen vielleicht nicht könnten aber die die das so durcherlebt ham oder zumindest (,) die an so einer Wende an ihrem Leben gestanden ham ich glaub die gehen da anders damit um“
(Interviewpartnerin 7)*

Menschen mit einem ähnlichen Schicksal können die Erlebnisse, Erfahrungen und Veränderungen der Frauen besser nachvollziehen als das alte Umfeld und leisten ihnen dadurch in bestimmten Situationen adäquateren Beistand.

*„ma kann mit an viel besser reden der das gleiche Leid gehabt hat“
(Interviewpartnerin 4)*

Neben dem besseren Einfühlungsvermögen in die Situation macht der Erfahrungsaustausch eine weitere besondere Qualität dieser Beziehungen aus. Diese Weitergabe von Wissen und Empfehlungen kann nun auf persönlichem Wege über Gespräche, aber auch indirekt über Berichte von Leidensgenossinnen erfolgen. Eine weitere indirekte Unterstützungsmöglichkeit, in der sich die Individualität der Verarbeitung zeigt, ist der Vergleich mit anderen Patientinnen. Stellt für manche Frauen die Konfrontation mit dem Leid Fremder eine Belastung dar, so schöpfen andere aus diesem Vergleich Mut für ihre eigene Zukunft.

„wei i mi immer damit getröstet hob na bei die anderen is no vü ärger gwesen“ (Interviewpartnerin 3)

6.5.3. Unterstützung aus dem Freundeskreis

„das hat total gut getan weil ich das Gfühl ghabt hab (..) da is wirklich ganz viel also ich muss es zwar tun ich muss da durch aber viel Hilfestellung jeder das was er geben kann“ (Interviewpartnerin 7)

Nach der Familie sind besonders gute Freunde die nächsten Ansprechpartner. Beginnend mit Besuchen im Krankenhaus über Beistand während der Behandlung bis hin zu Gesprächen über immer wiederkehrende Ängste haben Freunde einen hohen Stellenwert bei der Bewältigungsarbeit. Aber nicht nur die guten Freunde im nahen Umfeld werden als unterstützend empfunden, auch flammen alte Freundschaften wieder auf und werden über Distanzen zu wichtigen Quellen.

„meine längst Freundin die wir ham uns ein bissl auseinander gelebt sie is wo anders hinzogen und so und ja wahrscheinlich auch in bisschen eine andere Entwicklung genommen und als sie erfahren hat dass ich krank bin war plötzlich wieder so viel von der alten Zuneigung spürbar und ihre Art mit mir Kontakt zu halten und aufzunehmen is so eine angenehme ich hab so gspürt sie is einfach da also das war ganz schön“ (Interviewpartnerin 7)

Die Frauen befinden sich besonders in der Akutphase von Diagnose und Behandlung in einer seelischen und körperlichen Ausnahmesituation und sind über jede Art von Hilfe dankbar. Hierbei spielt oft nicht nur das enge Umfeld, sondern auch Arbeitskollegen und Nachbarn eine wichtige Rolle. Die Krebserfahrung ist für die meisten Frauen nicht mit Behandlungsende abgeschlossen, sondern greift weiterhin in das Leben ein. Auch hierbei spielt das Umfeld eine wichtige unterstützende Rolle, denn das Gefühl nicht allein zu sein spendet den Frauen dringend benötigte Kraft. Ob die Vermittlung dieses Gefühls nun durch tatsächlichen persönlichen Kontakt geschieht, oder aber auf Gedankenwegen ist dabei nicht unbedingt erheblich.

„das sind an sich fromme Frauen die gsagt ham du wir beten für dich und ich hab das glauben können (,) also ich bin nicht ganz so fromm und hätte auch den Verdacht dass sowas nicht unbedingt was nützt (,) aber ich hab mich da von diesen zwei drei Frauen obwohls jetzt auch völlig unpathetisch war aber eben glaubwürdig ich hab mich da ein bisschen gestützt und getragen gefühlt“ (Interviewpartnerin 5)

6.5.4. Familiäre Unterstützung

Die Familie wird von den meisten Frauen als sehr wichtige Hilfsquelle beschrieben. Der Beistand vertrauter Menschen ist gerade in der ersten Zeit nach der Diagnose besonders bedeutend. Die Art und Weise der Unterstützung kann sehr unterschiedlich ausfallen und ist in erster Linie von der jeweiligen Lebensführung abhängig. So schätzt der Großteil der Frauen besonders den emotionalen Beistand der engsten Angehörigen. Dem Zusammenhalt in der Ehe während dieser Lebensphase wird hierbei ebenso viel Bedeutung beigemessen, wie Gesprächen über die Krebserkrankung

selbst, oder aufkommende Ängste. Durch die Verbundenheit in dem Familienverband wird der Überlebenswille gestärkt und die Belastungen von Diagnose und Therapie durchgestanden.

„Ja es hat es ham ma es hat mir natürlich mein Mann sehr geholfen also geholfen in dem Sinn weil also erstens weil er Arzt is und ahm er is aber auch Anthroposoph und er is Homöopath und ah er hat a diesen weiteren Horizont ja und er hat des sehr gehalten und sehr mich natürlich auch begleitet“ (Interviewpartnerin 6)

Aber auch die praktisch geleistete Hilfe darf nicht außer Acht gelassen werden. Neben dem Beistand durch Gespräche können auch Unterstützung im Haushalt, oder, wenn möglich, fachlicher Rat aus dem Familienkreis eine enorme Hilfe sein. Jedoch kann diese Hilfsquelle nicht von allen Frauen in Anspruch genommen werden. Ja nach Persönlichkeits- und Beziehungsstruktur finden manche Frauen in der engsten Familie keine adäquate Unterstützung.

„Ich glaub ich bin eigentlich gewöhnt schon für mich selber zu sorgen (,) und hab das auch gmacht (,) weil so in der engsten Familie (,) mein Mann der war auch nicht sehr gut drauf also das is dann nicht wirklich eine Hilfe“ (Interviewpartnerin 5)

Zum einen ist dies auf die tiefe Betroffenheit zurückzuführen, die auch die Angehörigen empfinden. Zum anderen ist das Fehlen einer Gesprächsbasis für tiefergreifende Themen hinderlich.

„mit meinem Mann tu ich mir diesbezüglich a bissl schwer muss ich sagen weil der also eben grad Frage unsere Endlichkeit und so das sind Dinge die er von denen er nichts wissen will“ (Interviewpartnerin 5)

6.5.5. Selbsthilfe

Neben all den Hilfsangeboten von außen darf die Selbsthilfe nicht aus den Augen verloren werden. Diese Frauen haben trotz oder gerade durch die Krebserfahrung enorme Widerstandskräfte entwickelt. In früheren Konflikten bereits erlernte und erprobte Bewältigungsstrategien werden eingesetzt, um

die Situationen zu meistern. Die Vielfalt der einzelnen Methoden kennt auf körperlicher und geistiger Ebene keine Grenzen.

„Wos ma a guat tan hat war alles was mi belastet aufschreiben (,) und einfach dann irgendwann weg schmeißen (..) jo oder einfach spazieren gehen raus“ (Interviewpartnerin 2)

6.6. Spiritualität als Religion und darüber hinaus

Spiritualität als sehr offenes Konzept bietet jedem Menschen die Möglichkeit seinen ganz eigenen Zugang zu finden. Für die befragten Frauen gilt dies ebenso, jedoch zeigt das Material eine zeitliche Differenzierung an.

6.6.1. Spiritualität als Lebensbegleiter

*„ich komm ja aus einer Klosterschule also diese Ideen ham mich schon immer wieder beschäftigt (,) und ah durch mein Leben begleitet“
(Interviewpartnerin 5)*

Als Lebensbegleiter hat Spiritualität bei manchen Frauen schon seit längerer Zeit ihren Platz im Alltag. Eine christlich geprägte Erziehung, entweder durch entsprechende Schulen, oder die Eltern kann ebenso dazu führen, wie die bewusste Auseinandersetzung mit spirituellen Themen zu einem späteren Zeitpunkt im Leben. Als Teil des Lebens oder des Alltags zeigen sich viele mögliche Ansätze. So können Gebete von jeher eine Hilfestellung bieten, oder auch die bewusste Auseinandersetzung mit spirituellen Themen eine Ganzheit spürbar werden lassen.

Neben christlichen Traditionen zeigen sich auch Anbindungen über Kunst und Natur als Ausdrucksformen dieser tiefen Verbundenheit.

„hab mich da anfangen mit Energiearbeit zu beschäftigen und hab gemerkt es gibt ja noch eine andere Art von Spiritualität und von Energie die mich interessiert und seither mach ich das auch und das gehört für mich zum Leben einfach dazu“ (Interviewpartnerin 7)

6.6.2. Spiritualität als neuer Begleiter

*„so wie wenn es da Kräfte gäbe die mich tragen und begleiten“
(Interviewpartnerin 7)*

Für einige Frauen war Spiritualität bis zu ihrer Erkrankung ein Thema, dem wenig oder gar keine Beachtung geschenkt wurde. Die Krebsdiagnose, als einschneidendes Erlebnis in beinahe alle Lebensbereiche, bewirkt bei vielen eine Auseinandersetzung mit ihrer ganz eigenen Spiritualität. So einzigartig die Persönlichkeiten, so unterschiedlich auch der Zugang zu diesem Thema. Der Dankbarkeit für das Leben und die neue Chance in der Kirche Ausdruck zu verleihen kann hier ebenso als Hinwendung gesehen werden, wie die Entdeckung von Gebeten als meditative Hilfestellung. Aber auch die bewusste Entscheidung für Erkenntniswege oder neue Arten der Spiritualität sind erkennbar. Die geistige Auseinandersetzung kann zu einem neuen Bewusstsein führen, das seinerseits ein Gefühl von spiritueller Geborgenheit auslöst und sogar die Haltung zum eigenen Tod verändert.

6.7. Veränderungen

Die Krebserfahrung mit all ihren Dimensionen und Eingriffen in die verschiedenen Lebensbereiche der Frauen bedingt vielfältige und oft gravierende Veränderungen. Diese stehen zwar untereinander in enger Verbindung, lassen sich aber doch bestimmten Bereichen zuordnen.

6.7.1. Kontinuierliche Lebensveränderungen

„dass ich auf der einen Seite dazu tendiere so wie früher zu arbeiten so noch mehr noch mehr noch mehr in diesem Mühen und Bemühen und auf der andern Seite nein das geht nicht es geht nicht mehr so es tut mir nicht gut das weiß ich“ (Interviewpartnerin 7)

Die *Suche einer Balance* zwischen stattfindenden Veränderungen und dem Alltag ermöglicht eine Integration der Krebserfahrung und eine damit verbundene Akzeptanz. Die Sicht auf die Erkrankung, als immer präsentes Persönlichkeitsthema, wandelt sich vom Fluch zur Lebensaufgabe.

Die Veränderung von einer Zukunftsorientierung ins Jetzt ist bei Frauen nach einer Brustkrebserfahrung ganz deutlich sichtbar, da die Ungewissheit der Zukunft für sie stark spürbar ist. Das „Unmittelbare ist wesentlich wichtiger“ (Interviewpartnerin 7) im Leben, weil es auch als Einziges wirklich Sicherheit bietet. Durch die Erkenntnis der Begrenztheit des Lebens geht die Unbefangenheit, die gesunden Menschen innewohnt, verloren und der Drang nach sinnvoller Gestaltung der übrigen Zeit nimmt zu.

„man ist vor einer Krebserkrankung viel unbefangener auch was so kleine Heimsuchungen nicht wie eine ganz starke Erkältung oder so irgendwas oder sonstige betrifft (,) ma sagt sich na des wird schon gut gehen oder jetzt hab ich halt das und in Kürze is es wieder vorbei (,) das ist vorbei (,) weil man immer im Hinterkopf sich die Frage stellt na könnt da ein Zusammenhang bestehen“ (Interviewpartnerin 5)

Eine weitere, durch die Berührung mit der eigenen Endlichkeit ausgelöste, Veränderung ist die Schaffung eines neuen Bewusstseins für das Leben an sich. Mehr Lebensgenuss durch weniger Stress und mehr Urlaub, sowie eine selbstbestimmte Lebensgestaltung stehen nun im Vordergrund.

„man lebt dann schon viel bewusster einfach denk si wer was wie lang leb i no“ (Interviewpartnerin 2)

6.7.2. Tod als Teil der persönlichen Geschichte

„ich mein das is das einzig sichere im Leben und ma muss sich irgendwie also nicht anfreunden aber halt ja es gehört zur Realität des Lebens“ (Interviewpartnerin 5)

Das Begreifen des Todes als etwas Natürliches, Unausweichliches, zum Leben gehöriges, bedingt durch die Endlichkeitsauseinandersetzung, bringt eine Veränderung der Haltung zum Tod mit sich. So kann der Tod als Realität des Lebens auch als Erlösung gesehen werden. Die Gewissheit der eigenen Sterblichkeit, aber auch die Erkenntnis der Unsterblichkeit der Seele, als zwei eng miteinander verbundene Polaritäten, mindert die Angst vor dem Tod.

„irgendwie wie wenn i zu tiefst realisiert hätte dass es sowieso weiter geht halt nicht in dieser leiblichen Inkarnation“ (Interviewpartnerin 6)

6.7.3. Persönlichkeitsveränderungen

*„seither hob i a des Gfühl hob i mehr Selbstvertrauen“
(Interviewpartnerin 2)*

Die Erfahrung der Krebserkrankung und im Besonderen deren Überleben nährt das Selbstvertrauen der Frauen und führt zu einer neuen *inneren Stärke*. Die eignen Bedürfnisse und das wahre Selbst werden dadurch vermehrt wahrgenommen und ausgelebt als zuvor. Alte Schutzmechanismen sind nicht mehr nötig und es kommt zu einer inneren Öffnung und Ehrlichkeit. Die neu errungene Zeit für eigene Aktivitäten kann ohne schlechtes Gewissen genossen werden, da eine Verschiebung der Prioritäten stattgefunden hat. Der Ausdruck des wahren Selbst, welches durch die Erfahrungen der Erkrankung zum Vorschein gekommen ist, steht als zentrale neue Lebensaufgabe im Raum.

„auch wenn immer so a bissl Angst dabei is bow wenn ich das jetzt zeig wenn ich mich so zeig wird ich möglicherweise abgelehnt und dass is ein starker Lernprozess dass ich das Wesen das ich bin mir lange Zeit nicht zu zeigen getraut hab“ (Interviewpartnerin 7)

Die im wahrsten Sinne des Wortes durchlebte *Selbst-Erfahrung*, initiiert durch die Endlichkeitsauseinandersetzung, lässt eine Ergründung und Akzeptanz des eigenen Wesens mit seinen eigenen Normen und Wünschen zu.

*„diese Auseinandersetzung mit meiner Endlichkeit hat da offensichtlich so viel was da leben will und sich noch nicht so gezeigt hat aktiviert“
(Interviewpartnerin 7)*

Durch die Diagnose wird auch plötzlich von Seiten des Umfeldes die Erlaubnis vermittelt die eigenen Bedürfnisse auszuleben.

„wenn Krebs diagnostiziert wird dann stehen ja alle gehen ja alle ausm Weg ja also da sagens ja des is ja grotesk eigentlich aber alle sagen dann die immer Druck gmacht ham sagen dann naja pah du hast ja Krebs ja darf ma dann natürlich a ned überstrapazieren“

(Interviewpartnerin 6)

Das Freisetzen, der, in den Frauen gebundenen Energie wird als neue Lebensqualität empfunden. Die bewusste Aufarbeitung von Belastungen, sowie die Umkehr negativer Gedanken begünstigen diese Selbstreifung.

„i sich des ganz anderes jetzt mir fällt vü mehr auf in da Natur (,) oder a in da Familie denk i ma oft mein Gott na jetzt bin i scho so oid und mir gehts so guat mir verstengen uns olle (,) also friher is des so ganz einfoch vorbei gongen“ (Interviewpartnerin 3)

Die innere Veränderung der Frauen lässt eine stark körperlich spürbare *Lebensfreude* aufkommen. Durch die plötzliche Nähe des möglichen Endes wird das momentan Vorhandene in einer nie zuvor dagewesenen Intensität geschätzt. Diese tief empfundene *Dankbarkeit* für das bisherige und für das jetzige Leben betrifft meist die Familie und die eigene Gesundheit. Durch das Erkennen und Erleben der Lebensessenz fühlen sich die Frauen den alltäglichen Lebensumständen nicht mehr völlig unterworfen, was wiederum zu mehr Gelassenheit führt.

6.7.4. Grenzen setzen

„ich hab (,) vorher zu keinem nein sagen können oder irgendwas unterschlagen so was ich heute schon kann (,) was i wirklich a oft zambring dass i sog so und jetzt ist es genug und jetzt mach ich das was ich will“ (Interviewpartnerin 4)

Eine besondere Beachtung gebührt der Fähigkeit *Nein zu sagen*. In den meisten Fällen fiel dies den Betroffenen vor ihrer Erkrankung besonders schwer, doch durch den Lernprozess der Erkrankung ist es ihnen heute möglich in den verschiedensten Situationen Grenzen zu setzen. In Zwischenmenschliche Beziehungen ist dies besonders wichtig, aber keinesfalls die einzige Begebenheit. Die bewusste Behandlungsauswahl

bedeutet oft auch eine Entscheidung gegen den ärztlichen Rat. In diesem Fall stellt die Wahrung der eigenen Autorität ebenfalls eine Form von Grenzen setzen dar.

„hab i ma a gedacht okay i muss mi ned von ihm operieren lassen ja (,) also ich glaub umso mehr man sozusagen also umso mehr ma in da eigenen Autorität is ich entscheide zu wem an welchen Platz des is alles unheimlich wichtig“ (Interviewpartnerin 6)

Selbst den eigenen Gedanken muss manchmal ein Riegel vorgeschoben werden. Besonders nach Durchleben einer Krebserfahrung müssen die Frauen auf ihre psychische und physische Gesundheit achten. Ständige Gedankenkreise und Hysterie verschlimmern die Situation ohne sie in positiver Form zu verändern. So kann es durchaus nützlich sein die ewigen Gedankenschleifen zu verbannen.

„es hat sich für mich verändert (,) ahm dass ich freundlicher mit mir umgeh (,) also ich bin etwas weniger pflichtbewusst“ (Interviewpartnerin 5)

Der Fähigkeit die eigenen Grenzen zu wahren liegt die *Wertschätzung der eigenen Person* zu Grunde. Ein freundlicherer Umgang mit sich selbst, weniger selbstaufgelegter Druck, aber vor allem nicht nur die Wahrnehmung, sondern das Aussprechen der eigenen Wünsche ist hierfür maßgeblich. Den gesellschaftlichen Normen weniger unterworfen zu sein und Missfallen zu äußern bedeuten für die betroffenen Frauen enorme Veränderungen, deren Umsetzung viel Mut erfordert.

„ich wollte nicht noch die Ängste der anderen draufkriegen ich mein jetzt so mein Mann meine Kinder die warn eh super und wenn ich des von jemanden gmerkt hab da hab ich sofort gmerkt ich geh auf Distanz ich kann des nicht brauchen“ (Interviewpartnerin 7)

Ein weiterer Aspekt ist die Schaffung von *Distanz*. Die Wahrnehmung der Ängste der Familie stellt für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung dar. Angst ist eines der vorherrschenden Gefühle während der Krebserkrankung. Die Wahrnehmung fremder Ängste bedeutet für die Frauen eine zusätzliche Belastung. Rückzug ist für die Frauen die einzig mögliche Schutzmaßnahme,

um dieser Überforderung zu entgehen. Viele der Frauen verweigern aus diesem Grund den Besuch einer Selbsthilfegruppe. Neben dem Leid anderer ist es für die Frauen wichtig sich gegen die Anforderungen, die Informationsflut und Hilfesuche des Umfeldes abzugrenzen.

6.7.5. Umweltveränderung statt Selbstbeschneidung

Die Persönlichkeits- und Lebensveränderungen der Frauen greifen selbstverständlich auch auf ihr Umfeld über. Die Krankheitserfahrung als *neue Realität* führt zu einer Erweiterung und in manchen Fällen zu einer Umgewichtung im Freundeskreis, indem neue Freundschaften aus dem Umfeld der Erkrankung hinzukommen und andere möglicherweise versiegen.

„meine Realität waren dann schon die Erkrankten auch (,) weil i ma gedacht hab also so mit den Bumperlgsunden freut mich dass euch gut geht aber es hat mit meinem Leben nix zu tun“ (Interviewpartnerin 5)

Eine neue Art von *Wachsamkeit*, die den Frauen nun gegeben ist ermöglicht eine behutsame Auswahl der Mitmenschen, um die Qualität des Umfeldes zu erhalten. Dies ist besonders wichtig, da die Krebserkrankung eine enorme Sensibilität in ihnen aufgedeckt hat, die es zu schützen gilt.

„bin wirklich zu dem Entschluss kumma meine Eltern tan ma ned guat (,) sie tan imma gegen mi und es is besser wenn is ned sich“ (Interviewpartnerin 2)

Für das umgestaltete Umfeld sind die *Frauen als Expertinnen* eine enorme Bereicherung. Die durchlebte Erfahrung möchten sie nun weitergeben, um anderen die Hilfe, die ihnen damals selbst zu Teil wurde, weiterzugeben.

„jo also i versuch halt den andern a zum helfen oder zum sogn was i erlebt hob was fir mi selber guat wor“ (Interviewpartnerin 3)

7. Diskussion

Wie anhand der Ergebnisdarstellung gezeigt wurde, lassen sich sieben große Kategorien aus den Daten ableiten, die ihrerseits wiederum in spezifische Charakteristika gegliedert werden können.

Die *Belastungen* vor der Diagnose deuten die Notwendigkeit einer Veränderung im Leben der Frauen oftmals bereits an. Durch festgefahrene Muster im Alltag werden die Zeichen übersehen, oder als unwichtig abgetan. Sogar ein vorhandenes Organgefühl wird in vielen Fällen ignoriert, da eine Brustkrebserkrankung als Schicksal anderer Frauen betrachtet wird. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Remmers, der dasselbe Phänomen beobachten konnte (vgl. Remmers 2001). Auch Hall und ihre KollegInnen konnten diese Schicksalszuschreibung erkennen, jedoch bezogen sich ihre Ergebnisse ausschließlich auf afroamerikanische Frauen (vgl. Hall, Khoury, Lopez, Lisovicz, Avis-Williams, Mitra 2008). Jene Sensibilisierung auf diesen speziellen Teil des Körpers leitet sich in den meisten Fällen von einer erblichen Vorbelastung ab. Eine Begebenheit, die sich aus den vorliegenden Daten erkennen ließ, auf die aber keine Hinweise in anderen Studien zu finden sind, ist die Verneinung des geäußerten Krebsverdachts von Seiten der Ärzte durch negative Befundergebnisse. Somit wird deutlich, dass der Körper der Frauen lange bevor Instrumente Veränderungen erkennen können, diese bereits anzeigt. Der Krebsverdacht löst bei den Betroffenen große Ängste aus. Das Wechselbad der Gefühle zwischen Hoffen und Bangen, sowie die Angst vor dem Ungewissen belasten die Frauen sehr. Trotz aller Vorahnungen stellt die *Diagnose*, wie in zahlreichen anderen Arbeiten ebenfalls beschrieben, ein einschneidendes Schockerlebnis dar (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005; Samarel 2003; Remmers 2001). Die Auswirkungen dieses Ausnahmezustandes sind individuell verschieden, führen aber in allen Fällen zu der Frage nach dem Warum. Das Gefühl von ihrem Körper im Stich gelassen worden zu sein, wie es Halstead und Hull beschreiben, kann hier

allerdings nicht bestätigt werden (vgl. Halstead, Hull 2001) Der Schock als erste körperliche Reaktion mit Funktion eines Schutzmechanismus, ist gefolgt von der Angst vor dem Tod in einer noch nie dagewesenen Intensität und Qualität. Die Befürchtung wird innerhalb von Sekunden zur Gewissheit, auch wenn die tatsächliche Realisierung längere Zeit in Anspruch nimmt. Die Ungewissheit wird schlagartig von dem Gefühl des Kontrollverlustes abgelöst und die Frauen nehmen die Lebensbedrohung körperlich wahr. Der Vergleich mit anderen Arbeiten zeigt, dass der Diagnoseschock, als rein körperliches, nicht bewusst steuerbares Geschehen, bei allen Patientinnen über Kulturgrenzen hinaus nahezu identisch abläuft. Sowohl Halstead und Hull, als auch Schmid-Büchi und ihre KollegInnen beschreiben ähnliche Zustände (vgl. Halstead, Hull 2001; Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005)

Mit dem Zeitpunkt der Diagnose setzt eine *Endlichkeitsauseinandersetzung* ein, die sich in einem wellenartigen Verlauf durch die gesamte Akutphase der Erkrankung zieht und zu einem neuen Bewusstsein führt. Dieser Umstand wird von Arman und Rehnsfeldt in ihrer Studie zwar erwähnt, ihm wird jedoch weiterhin keine Beachtung geschenkt (vgl. Arman, Rehnsfeldt 2003) Dieses *neue Bewusstsein*, das sich im weiteren Verlauf entwickelt, beinhaltet eine neue Art von Demut, die Gewissheit der eigenen Unsterblichkeit und den Verlust der zuvor empfundenen Unbefangenheit, wie dies auch von Lyons beschrieben wird (vgl. Lyons, Jacobson, Prescott, Oswald 2002)

Das, durch den Krebs ausgelöste Endlichkeitsbewusstsein betrifft, anders als ein, durch dritte fremdausgelöstes, die eigene Person und kann dadurch zu solch gravierenden Lebensveränderungen führen. Diese Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit findet entweder bewusst oder unbewusst statt und zeigt sich je nachdem in unterschiedlicher Form. So kann die *materielle Manifestation* im Hier als unbewusste und die *Realisierung des Todes* als gesteuerte Beschäftigung mit der eigenen Sterblichkeit angesehen werden. Ein ebenfalls durch die Diagnose ausgelöstes Phänomen, ist der *Überlebenswille*, den die Frauen an den Tag legen. Die Gewissheit

lässt sie die Notwendigkeit erkennen, das eigene Leben in die Hand zu nehmen. Auch Landmark und Wahl konnten diesen Kampfgeist, der durch die Krebsdiagnose entfacht wird und die Behandlung hindurch als Hilfe für diese kräfteaubende Zeit anhält, in ihrer Stichprobe identifizieren (vgl. Landmark, Wahl 2002) Trotz der physischen und psychischen Belastungen dieser Phase versuchen die Frauen ihre Hoffnung aufrecht zu erhalten und alle noch vorhandenen Energien zu mobilisieren. Die Teilnehmerinnen der Studie von Richer und Ezer berichteten von dem Gefühl von ihrem Körper im Stich gelassen worden zu sein (vgl. Richer, Ezer 2002) Dies konnte durch die vorliegende Arbeit nicht bestätigt werden.

Auch die *Behandlung* kann Ängste entfachen. Anders als bei Krebsverdacht und Diagnose, welche für alle Frauen als Auslöser galten, gibt es in der Zeit der Therapie erhebliche Unterschiede. Einerseits ist die Angst vor den unbekannten Behandlungen bei einigen durchaus gegeben, andererseits berichten andere von einer Angstreduktion in Zeiten der Schmerzfreiheit. Ein besonders interessanter Aspekt ist die Angstfreiheit während der Therapie durch die Realisierung des eigenen Todes, was ebenfalls zu erkennen war und in keinen anderen Arbeiten erwähnt wird. In etlichen Forschungsarbeiten werden die Folgetherapien von den Frauen als gravierender erlebt als die Operation selbst, was durch die Gesprächspartnerinnen dieses Projekts durchaus bestätigt wird (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005; Boehmke, Dickerson 2006; Coyen, Borbasi 2008) Die enormen Einschränkungen durch die Hormontherapie und hierbei vor allem die Hitzewallungen, werden von Schmid-Büchi und ihren KollegInnen besonders für junge Frauen beschrieben (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005) Da in der vorliegenden Arbeit nur Frauen über vierzig befragt wurden und diese ebenfalls die Belastungen der Hitzewallungen als äußerst gravierend schilderten, kann dieses Phänomen als altersunspezifisch betrachtet werden. Dies stellt außerdem ein gegensätzliches Ergebnis zu der

Arbeit von Sammarco dar, die diese Beschwerden für ältere Probandinnen als unbelastend einstuft (vgl. Sammarco 2001)

Die Krebserfahrung mit all ihren Hürden muss von den Frauen zwar selbst bewältigt werden, doch kann die Außenwelt unterstützend zur Seite stehen. Schon direkt nach der Diagnose ist die Inanspruchnahme der ersten Hilfsquellen keine Seltenheit. Die *professionelle Unterstützung* ist in den meisten Fällen zeitlich begrenzt und wird von medizinischem Personal im Krankenhaus ebenso erbracht, wie von selbst aufgesuchten Fachleuten. Die Frauen schätzen hierbei besonders die wohlwollende Zuwendung ohne unterschwellige Belastung, was durch die professionelle Distanz zur bisherigen Lebensgeschichte ermöglicht wird. Für die befragten Frauen in der Studie von Schmid-Büchi und ihren KollegInnen ist die informative Unterstützung wichtigster Aspekt, während der emotionalen Komponente keine Bedeutung geschenkt wird (vgl. Schmid-Büchi, Dassen, Halfens 2005)

Sammarco identifiziert ältere Frauen überhaupt als Risikogruppe in Bezug auf den Erhalt medizinisch adäquater Behandlung (vgl. Sammarco 2001) Dies ist möglicherweise auf die Unterschiede des Gesundheitssystems der USA und Österreich zurück zu führen. Die Studienteilnehmerinnen von Landmark und Wahl berichteten von zu wenig Unterstützung von Seiten des medizinischen Personals, was sich in der vorliegenden Arbeit ebenfalls als gegensätzlich darstellt (vgl. Landmark, Wahl 2002)

Die nächsten *Angehören*, als engste Vertraute, gelten, Dank der Ergebnisse vorangegangener Arbeiten, bereits unbestritten als eine wichtige Hilfe in dieser schweren Zeit (vgl. Coyne, Borbasi 2008; Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002) Da sie aber ebenso Betroffene sind, wird oft die vertraute Verbindung zum Verhängnis, denn durch die enorme Sensibilität der Frauen nehmen diese die Ängste ihrer Liebsten wahr, was für sie eine weitere Belastung bedeutet. Dieser Umstand erklärt so auch die Ablehnung der engsten Familie als adäquate Unterstützung, wie dies von manchen Frauen geäußert wurde. Sind es in der vorliegenden Arbeit eher die spürbaren

Ängste der anderen, schreiben Landmark und Wahl dem Schutzbedürfnis für andere den häufig beobachtbaren inneren Rückzug der Frauen zu (vgl. Landmark, Wahl 2002)

Freunde als Bindeglied zwischen der Familie und professionellen Helfern, vermitteln den Betroffenen eine Form von Sicherheit, die sie in der ungewissen Zeit dringend benötigen. Aber auch der Freundeskreis ist, ebenso wie andere Lebensbereiche, durch eine Realitätenverschiebung, Veränderungen unterworfen. So kann es zu Verschiebungen, Wiederaufnahmen und neuen Kontakten aus dem Umfeld der Erkrankung kommen. Diese neuen Freundschaften zu *Gleichgesinnten* sind eine enorm wichtige Bereicherung für die Frauen, da es diesen Menschen durch die Fähigkeit zur Nachempfindung des Erlebten möglich ist, adäquaten Beistand zu leisten. Gerade diese besondere Unterstützungsquelle wird in keiner anderen Arbeit erwähnt, was den Bedarf an weiteren Arbeiten zu diesem Thema aufzeigt. Der Kontakt zu Leidensgenossen, wie er von allen Teilnehmerinnen der Studie gepflegt wird, könnte eine Erklärung für das Fehlen des Einsamkeitsgefühls liefern (vgl. Boehmke, Dickerson 2006)

Neben all den Stützen von außen, die eine große Bedeutung in dem Verarbeitungsprozess haben, darf die *Selbsthilfe* nicht außer Acht gelassen werden. Die Entwicklung einer Widerstandskraft und der Einsatz bereits erprobter Strategien ermöglicht es den Frauen aus eigener Kraft gegen die Belastungen anzugehen. Diese Eigeninitiative entsteht jedoch nicht aus der Unfähigkeit Hilfe anzunehmen, wie dies von Arman und ihren KollegInnen erwähnt wird (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002)

Spiritualität als neue Hilfestellung hat hierbei einen besonderen Stellenwert. Das Erkennen der Grenzen des eigenen Lebens veranlasst einige Betroffene zu einer Ergründung ihrer eigenen Spiritualität. Im Gegensatz zu anderen, für die Spiritualität längst zu einem Lebensbegleiter wurde, setzen sich jene Frauen erst im Laufe der Erkrankung damit auseinander. Das neue Bewusstsein führt zu dem Gefühl von Geborgenheit und einer Veränderung der Haltung zum Tod.

So lässt sich hier eine sehr interessante Dualität feststellen. Die veränderte Haltung zum Tod bedeutet nämlich die Gewissheit der eigenen Sterblichkeit mit der gleichzeitigen Bewusstwerdung der Unsterblichkeit der Seele. Anders als von Gall und ihren KollegInnen beschrieben, erhoffen sich die Frauen durch ihre Hinwendung keine plötzliche Heilung (vgl. Gall, Kristjansson, Charbonneau, Florack 2009). Die vorliegenden Daten bestätigen, anhand der zahlreichen Zugangsweisen, die die Frauen aufzeigen, Spiritualität als breites individuelles Konzept, wie es von Frick beschrieben wurde (vgl. Frick 2009). So können Gebete als Hilfestellung ebenso nützlich sein, wie die Anbindung über Kunst und Natur oder die Erfahrung energetisch getragen zu werden. Dieses Vertrauen und die Verbindung werden von Halstead und Hull ebenfalls beschrieben (vgl. Halstead, Hull 2001). So zeigen die vorliegenden Ergebnisse in Bezug auf Spiritualität mehr Übereinstimmung mit Studien aus dem angloamerikanischen Raum. Müller ebenso wie Zwingmann und KollegInnen, als Beispiele deutscher Arbeiten konnten Religiosität nicht als positive Ressource in dem Verarbeitungsprozess identifizieren (vgl. Müller 2007; Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber, Murken 2006). Den Umstand, dass die Befragten in der vorliegenden Arbeit zwar Spiritualität als Hilfestellung zu nützen wissen, es durch die Krebserfahrung aber zu keiner Glaubenskrise kommt, wie dies in Arbeiten aus Übersee der Fall ist, lässt sich wohl auf kulturspezifische Unterschiede zurückführen (vgl. Manning-Walsh 2005). All diese Unterstützungsquellen werden natürlich besonders in der Akutphase von Diagnose und Behandlung, aber auch noch im neuen Alltag in Anspruch genommen. Denn für die Frauen ist die Brustkrebserfahrung nicht mit Ende der Behandlung abgeschlossen, sondern greift nach wie vor in das Leben ein. *Aktuelle Belastungen* sind meist psychischer Natur und stehen mit dem Krebs in direkter Verbindung. Die Angst vor einem Wiederauftreten ausgelöst durch Schmerzen oder anstehende Untersuchungen stellen ebenso alltägliche Herausforderungen dar, wie das Zurechtfinden in der Außenwelt. Das Fehlen von körperlichen Belastungen im neuen Alltag

der aktuell befragten Frauen, wie dies in der Studie von Cappiello der Fall ist, lässt sich auf die zum Teil lange Zeit seit Behandlungsende zurück führen (vgl. Cappiello, Cunningham, Knobf, Erdos 2007)

Das Durchstehen dieser Krise stärkt das Selbstvertrauen der Frauen und lässt eine *innere Stärke* wachsen. Diese, gepaart mit dem Wunsch der sinnvollen Gestaltung der verbleibenden Zeit lässt innere Schutzmauern einstürzen und führt zu vermehrter Sensibilität und innerer Öffnung. Das Zusammenspiel von Stärke und Sensibilität konnte auch durch die Arbeit von Arman identifiziert werden und zeigt dies als wichtige Dualität in der Persönlichkeitsstruktur der Frauen auf (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Carlsson, Hamrin 2001)

Das Ausleben des wahren Selbst wird von den Frauen als Lebensqualität empfunden, bedeutet für sie aber auch eine Herausforderung im Zusammenleben mit anderen. Die Selbstreifung, die sich in der Akzeptanz des, durch die Krebserkrankung zum Vorschein gekommenen Ichs zeigt, veranlasst viele weitere Veränderungen. Die Freisetzung der ihnen innewohnenden Potentiale und Kreativität zeigt sich auch in der Studie von Arman und ihren KollegInnen (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin 2002)

Für viele der betroffenen Frauen war *Grenzen ziehen*, besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen vor der Erkrankung ein Ding der Unmöglichkeit. Durch eine erhöhte Wertschätzung der eigenen Person ist es ihnen möglich Wünsche zu äußern, sich gesellschaftlichen Normen weniger zu unterwerfen und Nein zu sagen. Das Ziehen von Grenzen betrifft hierbei nicht nur den Umgang mit anderen Menschen, sondern auch die Wahrung der eigenen Autorität bei Behandlungsentscheidungen und Verbannung von ständig wiederkehrenden belastenden Gedanken. Auch eine neue Art von Wachsamkeit bilden die meisten Frauen aus, um die Qualität ihres Umfeldes zu wahren und so die neugewonnene Sensibilität zu schützen. In diesem Zusammenhang kommt es auch zu der Schaffung einer, für den Heilungsprozess wichtigen Distanz, die das Leid, die Anforderungen und Hilfesuche anderer, sowie einen Informationsüberfluss betreffen.

Nach Verarbeitung der Erlebnisse sind die Frauen als *Expertinnen* der Krebserkrankung gerne bereit anderen zu helfen. Ist der Kontakt in der Akutphase eher angstfördernd, so haben die Betroffenen heute das Bedürfnis ihre Erfahrungen an andere Frauen weiter zu geben.

7.1. Grenzen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit trägt durch ihre Ergebnisse zu einem umfassenderen Verständnis für die Endlichkeitserfahrung, die Frauen durch eine Brustkrebserfahrung erleben, bei. Durch die spezielle Stichprobe sind die Ergebnisse auch nur für eine sehr kleine Gruppe von Frauen gültig. Die Altersspanne in der vorliegenden Arbeit erstreckte sich von 49 bei 71 Jahren. Um den Einfluss von Kleinkindern auf die Endlichkeitsauseinandersetzung zu untersuchen sind weitere Arbeiten mit spezieller Stichprobenauswahl nötig. Generell muss festgehalten werden, dass es auf Grund der geringen TeilnehmerInnenanzahl einer weiteren Überprüfung der Ergebnisse anhand einer größeren Stichprobe bedarf.

8. Schlussfolgerungen

Es lässt sich also allgemein festhalten, dass die Krebserfahrung bereits lange vor der eigentlichen Diagnosestellung beginnt und weit über das Therapieende hinausreicht. Krebs als Krankheit, die immer mit Tod in Verbindung gebracht wird löst nicht nur die Angst vor dem eigenen Tod, sondern auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit aus. Beide Konzepte haben einen dynamischen Verlauf, der ebenfalls über die Behandlungsphase hinaus weiter besteht. Es lassen sich ab dem Zeitpunkt der Diagnose etliche Unterstützungsquellen identifizieren, die von den Frauen in unterschiedlicher Weise und Intensität in Anspruch genommen werden, um die Herausforderungen zu bewältigen. Spiritualität als spezielle Form der Unterstützung kann bereits vor der Krebserkrankung als Begleiter vorhanden sein, oder aber durch die Erkrankung als Hilfequelle herangezogen werden. Die Summe aller Aspekte der Krebserfahrung führt zu kontinuierlichen Veränderungen, die sowohl die Haltung zum Leben, sowie zum Tod, die Persönlichkeit und auch die Umwelt betreffen.

Die Krebserfahrung kann nicht in Einzelteile zerlegt analysiert werden, da diese ineinander fließen und sich gegenseitig beeinflussen. Die Betrachtung der gesamten Krebserfahrung aus dem speziellen Blickwinkel der stattfindenden Endlichkeitsauseinandersetzung ermöglicht es, ein weiterer Bestandteil dieser komplexen und individuellen Erfahrung zu beleuchten. Erst durch die Erfassung der Erlebnisse aus den verschiedensten Richtungen kann ein umfassendes Bild dieser Krankheitserfahrung wiedergegeben werden, welches für eine ganzheitliche Betreuung der Frauen unabdingbar ist.

8.1. Empfehlungen für die Pflege

Aus den vorliegenden Ergebnissen können zentrale, für die Pflegepraxis bedeutsame, Schlüsse gezogen werden. Auch wenn die Gesprächspartnerinnen dieses Projekts die Therapie bereits

abgeschlossen hatten sind die Erkenntnisse für eine adäquate Betreuung von Interesse.

Mag es auch noch so banal klingen, ist Zuhören der Schlüssel zum Erfolg. Frauen, die eine Brustkrebserkrankung durchlebt haben entwickeln ein enormes Gefühl für die Signale ihres Körpers. Dieses ist bei jedem Menschen vorhanden, aber durch unseren Alltag verschüttet. Ein sensiblerer Umgang mit den eigenen Körpersignalen würde uns vor vielem bewahren. Aber auch für die Pflege anderer Menschen ist das wirkliche Zuhören das wichtigste Instrument. Beherrschen wir wirklich mit allen Sinnen hinzuhören erfahren wir alles, was wir wissen müssen.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Erkenntnis, dass die Endlichkeitsauseinandersetzung individuell und in Wellen verläuft. Sie ist also kein statisches Phänomen, das durch die Diagnose auftritt und dann in immer gleicher Intensität vorhanden ist.

Besonders das Pflegepersonal hat ein enormes Unterstützungspotential, das es zu erkennen und auszuschöpfen gilt. Durch ihre erhöhte Sensibilität sind die Ängste anderer für die betroffenen Frauen schneller und intensiver spürbar. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zu Tod und Sterben ist ein wichtiger Schritt, um eigene Ängste sichtbar zu machen. Erst durch einen bewussten Umgang mit der eigenen Einstellung kann das medizinische Personal den PatientInnen unterstützend zur Seite stehen. Denn anhand der Ergebnisse lässt sich die enorme Bedeutung von Menschlichkeit im Umgang mit KrebspatientInnen erkennen.

9. Literaturverzeichnis

Arman, Maria; Rehnsfeldt, Arne: Living with breast cancer – a challenge to expansive and creative forces. In: European Journal of Cancer Care. Vol. 11. S 290-296. Blackwell Publishing Ltd 2002

Arman, Maria; Rehnsfeldt, Arne: The hidden suffering among breast cancer patients: a qualitative metasynthesis. In: Qualitative health research. Vol. 13. Nr.4. S 510-527. Sage Publications 2003. Letzter Zugriff unter <http://qhr.sagepub.com/content/vol13/issue4/> am 15. April 2010

Arman, Maria; Rehnsfeldt, Arne; Carlsson, Marianne; Hamrin, Elisabeth: Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care. In: European Journal of Cancer Care. Vol. 10. S 192-200. Blackwell Publishing Ltd 2001

Arman, Maria; Rehnsfeldt, Arne; Lindholm, Lisbet; Hamrin, Elisabeth: The face of suffering among women with breast cancer – being in a field of forces. In: Cancer Nursing. Vol. 25. Nr.2. S 96-102. Lippincott Williams & Wilkins 2002

Augustyn, Beate: Spiritual Care in der Pflege. In: Frick, Eckhart; Roser, Traugott (Hg): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. S 159 – 162. Kohlhammer. Stuttgart 2009

Aukst-Margetic, Branka; Jakovljevic, Miro; Margetic, Branimir; Biscan, Mirjana; Samija, Mirko: Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. In: General Hospital Psychiatry. Nr. 27. S 250-255. Elsevier 2005

Bilgin, Yasar: Islam. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg). Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. Herder. Freiburg im Breisgau 2004. S 101-104

Boehmke, Marcia; Dickerson, Suzanne S.: The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. In: Oncology Nursing Forum. Vol. 33. Nr. 6. S 1121-1127. Oncology Nursing Society 2006

Brantl, George: Der Katholizismus. Editio-Service. Genf 1973

Brockhaus – Die Enzyklopädie. Deutsches Wörterbuch III. 29. Band. S 3166. 20.Auflage. F.A. Brockhaus. Leipzig 1999

Brockhaus – Die Enzyklopädie. Deutsches Wörterbuch III. 30. Band. S 3653. 20.Auflage. F.A. Brockhaus. Leipzig 1999

Bucher, Anton: Empirische Psychologie der Spiritualität. Möglichkeiten und Grenzen – ein Forschungsüberblick. In: Reiter, Alfons; Bucher, Anton (Hg): Psychologie – Spiritualität interdisziplinär. S 11-25. 2. Auflage. Verlag Dietmar Klotz GmbH. Frankfurt/Main 2009

Bundesanstalt Statistik Österreich (Hrsg): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien 2008. Zuletzt zugegriffen am 5.Juni 2009 unter http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=495

Cappiello, Michelle; Cunningham, Regina S.; Knobf, M. Tish; Erdos, Diane: Breast cancer survivors – information and support after treatment. In: Clinical Nursing Research. Vol. 16. Nr. 4. S 278-293. Sage Publications 2007 Letzter Zugriff unter: <http://cnr.sagepub.com/content/vol16/issue4/> am 15.April 2010

Cimprich; Bernadine: Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. In: Cancer Nursing. Vol. 22. Nr. 3. S 185-194. Lippincott Williams & Wilkins 1999

Costanzo, Erin S.; Lutgendorf, Susan K.; Mattes, ML; Trehan, Shruti; Robinson, CB; Tewfik, Ferial; Roman, Susan L.: Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. In: British Journal of Cancer. Vol.97. S 1625-1631. Cancer Research UK 2007

Coyne, Elisabeth; Borbasi, Sally: Living with the experience of breast cancer treatment: the younger women's perspective. In: Australian journal of advanced nursing. Vol. 26. Nr. 4. S 6-13. Australian Nursing Federation 2008

Dehn, Ulrich: Hinduismus. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg). Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. Herder. Freiburg im Breisgau 2004. S 87-90

Dtv-Lexikon. Ein Konversationslexikon in 20 Bänden. S 101 Deutscher Taschenbuch Verlag. München 1976

Frick, Eckhard: Spiritualität. Religion und Glauben. In: Dorfmueller, Monika; Dietzfelbinger, Hermann (Hg): Psychoonkologie. Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren. S 77-80. 3. Auflage. Elsevier, Urban Fischer Verlag. München 2009

Gall, Terry L.; Cornblat, Mark W.: Breast cancer survivors give a voice. A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. In: Psycho-Oncology. Nr. 11. S 524-535. 2002

Gall, Terry L.; Kristjansson, Elisabet; Charbonneau, Claire; Florack, Peggy: A longitudinal study of the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. In: Journal of Behavioral Medicine. Nr. 32. S 174-186. Springer 2009

Hall, Allyson G.; Khoury, Amal J.; Lopez, Ellen D.S.; Lisovics, Nedra; Avis-Williams, Amanda; Mitra, Amal: Breast cancer fatalism: the role of women's perceptions of the health care system. In: Journal of Health Care for the Poor and Underserved. Nr. 19. S 1321-1335. Meharry Medical College 2008

Halstead, Marilyn T.; Hull, Margaret: Struggling with paradoxes. The process of spiritual development in women with cancer. In: Oncology Nurse Forum. Vol. 28 Nr. 10. S 1534-1544. 2001

Holtgräwe, Martina; Pinkert, Christiane; Remmers, Hartmut: Belastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Brustkrebs in der Phase der chirurgischen Primärtherapie – die Sicht der Pflegenden. In: Pflege. Nr. 20. S 72-81. Hans Huber Bern 2007

Jensen, Kirsten; Bäck-Pettersson, Siv; Segesten, Kerstin: The meaning of „Not giving in“: lived experience among women with breast cancer. In: Cancer Nursing. Vol. 23. Nr. 1. S 6-11. Lippincott Williams & Wilkins 2000

Kirkevold, Marit: Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Hans Huber Verlag. Bern 2002

Körtner, Ulrich H.J.: Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff. Eine interdisziplinäre Perspektive. In: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hg): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. S 26-34. Kohlhammer. Stuttgart 2009

Kübler-Ross, Elisabeth: Jedes Ende ist ein strahlender Beginn. Die Silberschnur GmbH. Neuwied 1992

Landmark, Bjorg T.; Wahl Astrid: Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women newly diagnosed breast cancer. In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 40. Nr. 1. S 112-121. Blackwell Publishing Ltd 2002

Levine, Ellen G.; Targ, Elisabeth: Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. In: Integrative Cancer Therapies. Nr. 1/2. S 166-174. 2002

LoBiondo-Wood, Geri; Haber, Judith: Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Auflage. Elsevier. München 2005

Lyons, Margaret A.; Jacobson, Sharol S.; Prescott, Betty; Oswalt, Deanna: Women's experiences during the first year following diagnosis of breast cancer. In: Southern online journal of nursing research. Vol.3. Nr. 3. S 1-26. 2002. Letzter Zugriff unter: <http://snrs.org/publications/journal.html> am 15. April 2010

Manning-Walsh, Juanita: Spiritual struggle. Effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. In: Journal of Holistic Nursing. Vol. 23 Nr. 2. S 120-140. American Holistic Nurses' Association 2005

Mayer, Hanna: Einführung in die Pflegeforschung. Facultas. Wien 2002

Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 3. Auflage. Psychologie Verlagsunion. Weinheim 1996

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Auflage. Deutscher Studien Verlag. Weinheim 2000

Meyers großes Taschenlexikon. Bibliographisches Institut AG. Mannheim 1981

Morgan, John D.: Der historische und gesellschaftliche Kontext von Sterben, Tod und Trauer. In: Wittkowski, Joachim (Hg): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder. S 15-30. Kohlhammer. Stuttgart 2003

Morse, Janice M.; Field, Peggy A.: Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Ullstein Medical. Wiesbaden 1998

Müller, Claudia: Vielleicht mal ein Gebet mehr gesprochen. Religiosität im Verarbeitungsprozess von Angst und Todesangst bei Brustkrebspatientinnen. Tectum Verlag. Marburg 2008

Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Walter de Gruyter. New York 1998

Regel, Yesche Udo; Freund, Lisa: Buddhismus. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg). Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. Herder. Freiburg im Breisgau 2004. S 57-60

Remmers, Hartmut: Belastungs- und Verarbeitungsprobleme bei Patientinnen mit Brustkrebs – Anforderungen an pflegerische Betreuungs- und Unterstützungskonzepte. In: Pflege. Nr. 14. S367-376. Hans Huber. Bern 2001

Richer, Marie-Claire; Ezer, Helene: Living in it, Living with it, and Moving on: Dimensions of Meaning During Chemotherapy. In: Oncology Nursing Forum. Vol. 29. Nr. 1. S 113-119. Oncology Nursing Society 2002

Riedner, Carola: Spiritualität in der Psychoonkologie. In: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hg): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. S 130 – 134. Kohlhammer. Stuttgart 2009

Rosedale, Mary: Survivor loneliness of women following breast cancer. In: Oncology Nursing Forum. Vol. 36. Nr. 2. S 175-179. Oncology Nursing Society 2009

Rosedale, Mary; Fu, Mei R.: Confronting the unexpected: temporal, situational, and attributive dimensions of distressing symptom experience for breast cancer survivors. In: Oncology Nursing Forum. Vol. 37. Nr. 1. S E28-E33. Oncology Nursing Society 2010

Samarel, Nelda: Mit dem Sterben leben. Der Umgang mit ernsthafter Erkrankung. In: Wittkowski, Joachim (Hg): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder. S 132-149. Kohlhammer. Stuttgart 2003

Sammarco, Angela: Perceived social support, uncertainty, and quality of life of young breast cancer survivors. In: Cancer Nursing. Vol. 24. Nr. 3. S 212-219. Lippincott Williams & Wilkins 2001

Sammarco, Angela: Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. In: Cancer Nursing. Vol. 24. Nr. 4. S 272-277. Lippincott Williams & Wilkins 2001

Sammarco, Angela: Quality of life among older survivors of breast cancer. In: Cancer Nursing. Vol. 26. Nr. 6. S 431-438. Lippincott Williams & Wilkins 2003
Schmid-Büchi, Silvia; Dassen, Theo; Halfens, Ruud J.G.: Die Erfahrung an Brustkrebs zu erkranken, und wie die betroffenen Frauen ihr Leben wieder unter Kontrolle bringen. In: Pflege. Nr. 18. S345-352. Hans Huber. Bern 2005

Schmid, Wilhelm: Vom Leben mit dem Tod als Bestandteil der Lebenskunst. In: Büning, Andreas; Piechotta, Gudrun: Die Zeit des Sterbens. Diskussionen über das Lebensende des Menschen in der Gesellschaft. S 182-194. Schibri-Verlag. Berlin 2005

Schnell, Martin W.; Heinritz, Charlotte: Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Hans Huber Verlag 2006

Wang, Xingqiu; Cosby, Lynda; Harris, Madeline; Liu, Tiepu: Major concerns and needs of breast cancer patients. In: Cancer Nursing. Vol. 22. Nr. 2. S 157-163. Lippincott Williams & Wilkins 1999

Weber, Susan; Frick, Eckhard: Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. In: Tumorzentrum München (Hg): Manual Psychoonkologie. S 106-109. W. Zuckschwerdt Verlag. München 2002

Wittkowski, Joachim: Psychologie des Todes. S 76-80. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt 1990

Zwingmann, Christian; Wirtz, Markus; Müller, Claudia; Körber, Jürgen; Murken, Sebastian: Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. In: Journal of Behavioral Medicine. Vol. 29 Nr. 6. S 533-544. Springer 2006

10. Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1	38
-----------------	----

11. Anhang

11.1. Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung der Endlichkeitserfahrung, die Frauen mit einer Brustkrebsdiagnose durchleben. Zahlreiche Studien und Erfahrungsberichte lassen erkennen, dass Ängste, sowie Gedanken an das mögliche Lebensende bei Frauen mit Brustkrebs immer wiederkehren. Da ein besseres Verständnis für die Erlebniswelt der Frauen geschaffen werden soll, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Für die offenen Interviews, die ohne festen Leitfaden geführt wurden, war zum einen die Bedeutung der Endlichkeitserfahrung, zum anderen der individuelle Umgang damit, leitend. Sechs der sieben geführten Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring ausgewertet. Die Datenanalyse führte zu sieben großen Kategorien, die ihrerseits in spezifische Charakteristika gegliedert wurden. **Belastungen** bestehen bereits vor der Diagnose, verändern sich während der Krebserfahrung und finden sich aktuell als, durch die Erkrankung, beeinflusste, meist psychische Herausforderungen. Der **Diagnoseverlauf** beginnt in den meisten Fällen mit einer Vorahnung oder einem konkreten Organgefühl lange vor der eigentlichen Diagnosestellung, die alle Betroffenen in einen Schockzustand versetzt. Durch die Gewissheit wird der Kampfgeist der Frauen entfacht, der sie die Akutphasen durchstehen lässt. **Angst vor dem Tod**, entfacht durch den Krebsverdacht, bleibt den Frauen als Begleiter durch die Krankheit und darüber hinaus erhalten. Die Krebsdiagnose löst eine **Endlichkeitsauseinandersetzung** aus, welche die eigene Person betrifft und somit die eigene Sterblichkeit in voller Wahrhaftigkeit vor Augen führt. Im Verlauf lassen sich eine wellenartige Dynamik und verschiedene Erscheinungsformen erkennen. Die betroffenen Frauen sehen sich nach der Diagnose einer enormen Fülle an **Unterstützungsangeboten** gegenüber. Diese werden von professionellen Helfern, der Familie und Freunden erbracht und sind wichtige Stützen in der schweren Zeit. **Spiritualität** als besondere Form der Selbsthilfe kann bereits vor der Erkrankung als Lebensbegleiter vorhanden sein, oder aber durch die

Diagnose als neue Hilfsquelle entdeckt werden. Das neue Endlichkeitsbewusstsein initiiert zahlreiche **Veränderungen**, die die Haltung zum Leben sowie zum Tod, die eigene Persönlichkeit und das Umfeld betreffen.

11.2. Abstract

This study tries to explore the experience of finitude of women, who lived through a breast cancer disease. Many other surveys and field reports show the permanent presence of fears and thoughts about death and dying. A qualitative design was chosen to develop a deeper understanding for the experiences of women with breast cancer. The interviews were done without any guidelines to maintain freedom and flexibility. The meaning of the finitude experience and how women cope with it were the main aspects of interest. Six interviews were analyzed by using the method of content analysis with revealed seven categories containing specific characteristics.

Physical and mental stresses exist already before the diagnosis, but change through the breast cancer experience. Challenges of the new daily life are mostly mental and influenced by the cancer experience. The **diagnosis process** starts with a foreboding without the existence of any medical indicators. The confirmation of diagnosis is a shock for all of the women, but also arouses a fighting spirit which helps them to cope with the situation. The **fear of death** becomes to a permanent accompanist for the rest of their lives. The diagnosis indicates a **preoccupation with finitude**, which causes the awareness of the own mortality. After the diagnosis the women get many **support** from professional helpers, the family and friends, which is very important for the coping process. **Spirituality** as a special support type exists already before the cancer diagnosis, or becomes a new found aid. The new awareness of finitude indicates many **changes** regarding personality, environment and also the attitude towards life and death.

11.3. Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name	Elsa Sagmeister
Geburtsdatum/-ort	19.01.1985; Korneuburg
Anschrift	Austraße 64 2823 Pitten

Schulische Ausbildung

1991 – 1995	Volkschule Pitten
1995 - 2003	Bundesrealgymnasium Wiener Neustadt

Universitäre Ausbildung

2003 - 2005	Medizinstudium Medizinische Universität Wien
2005 – 2006	Medizinstudium Medizinische Universität Graz
2006 – 2011	Pflegewissenschaftsstudium Universität Wien

Sonstige Ausbildungen

2009 – 2010	Lehrgang für Homöopathie in der Geburtshilfe
-------------	---

Berufserfahrung

März 2005 - Mai 2005	Pflegepraktikum Lukas Klinik Arlesheim, Schweiz
2005 – 2008	Ferienjob als Pflegehilfe Lukas Klinik Arlesheim, Schweiz

Sonstige Tätigkeiten

Seit 2008	Co-Leitung des Seminars „Natur Tanz Stimme“ des Universitätssportinstituts Wien
Seit 2009	Obmannstellvertreterin des Vereins „Bibliothek Bücherturm“