FH Salzburg

# *„Muss ich jetzt sterben?“*
# *Die Erfahrungen von Frauen mit Brustkrebs*

## BACHELORARBEIT


| | |
|---|---|
| Studierende/Studierender | PETER SCHLUET, 52303168 |
| BetreuerIn | WERNER REINGRUBER, M.Ed. |
| Studiengang | GESUNDHEITS- & KRANKENPFLEGE |

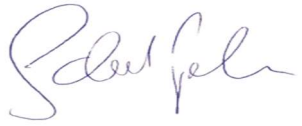

Salzburg, am 21.02.2025

kompetent
relevant
nachhaltig

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Weiters versichere ich hiermit, dass ich die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission, weder im In- noch im Ausland, vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.



Salzburg, 21.02.2025

.....

Unterschrift

## Abstract

**Fragestellung:** Wie erleben Frauen mit Brustkrebs ihre Erkrankung?

**Hintergrund:** Das Mammakarzinom stellt mit über 30 Prozent aller bösartigen Tumoren die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar. Jede siebte weibliche Person erkrankt im Laufe ihres Lebens an einem Mammakarzinom. In Österreich betrifft diese Diagnose rund 700.000 Frauen und stellt somit eine signifikante Auswirkung auf das Gesundheitswesen, hauptsächlich für den klinischen Bereich, dar. Dazu steht neben dem Kosten- und Ressourcenfaktor insbesondere die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Frauen im Fokus. Durch gezielte Pflegeinterventionen können Copingstrategien für Patientinnen entwickelt werden, die es den Frauen ermöglichen, ihre Krankheit besser zu bewältigen. Dies hat letztendlich sowohl positive Auswirkungen auf das Leben von Brustkrebspatientinnen als auch auf den gesamten Gesundheitsbereich.

**Methode:** Zur Sichtung der aktuellen Studienlage wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Medline via Pubmed sowie eine ergänzende Handsuche veröffentlichter Literatur durchgeführt. Eingeschlossen wurden jene Studien, welche das Erleben von Frauen mit Brustkrebs auf qualitativer Ebene untersuchten und Ergebnisse zur Analyse der biologischen, psychologischen und sozialen Bedürfnisse von Betroffenen lieferten. Insgesamt wurden sechs Studien der jüngeren Forschung zwischen 2021 und 2024 eingeschlossen. Diese sechs Arbeiten wurden in weiterer Folge beschrieben, bewertet, im Rahmen eine Meta-Analyse synthetisiert, ihre Ergebnisse einer Beurteilung unterzogen und letztendlich zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

**Resultate:** Basierend auf der Forschungsfrage *Wie erleben Frauen mit Brustkrebs ihre Erkrankung?* und der Zielsetzung, die Erfahrungen, Bedürfnisse und den Beratungsbedarf von Betroffenen zu erheben, konnten im Rahmen dieser Arbeit wesentliche Erkenntnisse abgeleitet werden. Eine Krebserkrankung hat massive Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche betroffener Frauen. Dabei kristallisieren sich insbesondere hohe Belastungen in Bezug auf die körperliche Ebene, auf Begleitsymptome, auf Schmerzen sowie auf die Sexualität heraus. Einen hohen Stellenwert nehmen die psychischen und emotionalen Herausforderungen ein, dabei spielen Angst, Gefühle und Emotionen eine entscheidende Rolle. Ein weiteres Hauptaugenmerk liegt auf den Bewältigungsmechanismen und der Gesundheitskompetenz der Betroffenen, die großen Einfluss auf das Leben mit Brustkrebs haben. Zudem stellt das familiäre und soziale Umfeld den wichtigsten Faktor als Ressource und zur Unterstützung von Frauen mit einem Mammakarzinom dar. Zu guter Letzt stehen das medizinische und pflegerische Personal besonders im Fokus der Patientinnen.

**Diskussion:** In den Studien ergaben sich vereinzelt qualitative Einschränkungen im Bereich der Fragestellungen, der Designs, der Samples, der Datensammlungen und der Gesprächsleitfäden. Limitationen konnten auch in Bezug auf die Forschungsschwerpunkte festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede zeigen die Resultate jedoch zahlreiche Übereinstimmungen. Aufgrund der Schlüssigkeit in den Ergebnissen der Arbeiten sowie der insgesamt guten Qualität der Studien konnten diese als glaubwürdig eingestuft und zur Ableitung neuer Erkenntnisse für die Pflegepraxis herangezogen werden.

**Schlussfolgerung:** Patientinnen mit einem Mammakarzinom sind ab dem Zeitpunkt der Diagnose sowie über den gesamten Krankheitsprozess hinweg auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene großen Belastungen ausgesetzt. Brustkrebs gilt vom medizinischen Standpunkt her mittlerweile als gut behandel- bzw. heilbar. Jedoch erleben Frauen mit Brustkrebs enorme Herausforderungen in mehreren Dimensionen, die gezielte Interventionen zur Verbesserung der Copingfähigkeit und damit zur Bewältigung der Krankheit erfordern. Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen müssen sich der hohen Bedeutung bewusst sein, einerseits für negative Entwicklungen und Risiken, andererseits aber vor allem für Chancen, Möglichkeiten und positive Veränderungen in der Verantwortung zu stehen. Die Kernaufgabe für Mediziner*innen und Pflegekräfte besteht darin, Betroffene bei der Bewältigung ihrer Erkrankung bestmöglich zu unterstützen, sie umfangreich zu informieren, ganzheitlich zu betreuen und sie über den gesamten Behandlungszeitraum zu begleiten. Anhand der vorliegenden Arbeit konnten wertvolle Erkenntnisse zur Implikation von entsprechenden Pflegeinterventionen herausgearbeitet werden. Durch die Umsetzung punktueller Maßnahmen in der Pflegepraxis kann es gelingen, das Leben für Betroffene und deren Familien zu erleichtern und dadurch die Lebensqualität wesentlich zu steigern.

**Schlüsselwörter:** Frauen, Mammakarzinom, Brustkrebs, Erleben, Erfahrungen, Bedürfnisse

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich auf dem Weg zum Diplom in der Gesundheits- und Krankenpflege (Bachelor of Science) und bei der Umsetzung dieser Arbeit unterstützt haben:

Bei den Lehrenden der Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Salzburger Landeskliniken, welche mir im Rahmen meiner PFA-Ausbildung zum pflegerischen Basiswissen zahlreichen Input gegeben haben. Sie haben mich nicht nur gefördert, sondern besonders motiviert, mich in Form dieses Studiums weiterzuentwickeln.

Bei meinem Arbeitgeber, dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg, insbesondere bei Pflegedirektorin Frau Dr. Margareta Bruckner, MBA MSc, die mir mit ihrer Unterstützung und ihrem Engagement dieses Studium im Rahmen einer Fortbildungsmaßnahme ermöglicht hat.

Ein großer Dank gilt allen Kolleg*innen, die ich in Beruf und Ausbildung kennenlernen und von denen ich einen Großteil des gesamten praktischen Wissens erlernen durfte.

Bedanken möchte ich mich bei den Lehrenden der Fachhochschule Salzburg für ihren Support und die pflegewissenschaftliche Expertise, welche ich im Rahmen dieses Studiums erwerben konnte. Insbesondere bei meiner Betreuungsperson, Herrn Werner Reingruber, M.Ed., für die Begleitung, Unterstützung, Zusammenarbeit sowie konstruktive Kritik und Bewertung im Rahmen dieser Bachelorarbeit.

Ein spezieller Dank gilt meiner Familie, die mich bei sämtlichen Meilensteinen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zu jedem Zeitpunkt unterstützt, motiviert und auch in schwierigen Phasen ermutigt hat, diesen Weg weiterzugehen.

Zu guter Letzt gilt mein besonderer Dank einer jungen Brustkrebspatientin, welche ich als Pflegeperson und zugleich nahestehende Person seit 2024 begleiten darf. Als Betroffene hat sie mir nicht nur eine besondere Sichtweise auf das Thema Brustkrebs ermöglicht, Input gegeben und in meiner Doppelrolle wertvolle Erfahrungen geschenkt; Ich möchte ihr an dieser Stelle vor allem meinen großen Respekt und meine Wertschätzung für ihre positive Art der Krankheitsbewältigung zum Ausdruck bringen. Sie ist Motivator und Vorbild für viele betroffene Frauen, wie ein adäquater Umgang und das Erreichen hoher Lebensqualität, trotz der Diagnose Brustkrebs, möglich ist. Ich bedanke mich für die vertrauensvolle, intensive, besonders aber wertschätzende Zusammenarbeit und wünsche der Patientin auf ihrem weiteren Lebensweg an dieser Stelle nur das Allerbeste! Diese Arbeit ist ihr in besonderer Weise gewidmet.

Salzburg im Februar 2025 Peter Schluet

# Inhaltsverzeichnis


1 Einleitung ..... 1

2 Hauptteil I – Begriffsbestimmungen und Rechercheprozess ..... 2

2.1 Theoretischer Hintergrund ..... 3

2.1.1 Epidemiologie, Inzidenz und Mortalität ..... 3

2.1.2 Pathophysiologie und Ätiologie ..... 3

2.1.3 Ursachen und Risikofaktoren ..... 3

2.1.4 Symptomatik ..... 4

2.1.5 Formen des Mammakarzinoms ..... 4

2.1.6 Stadieneinteilung ..... 4

2.1.7 Metastasiertes Mammakarzinom ..... 5

2.1.8 Diagnostik ..... 5

2.2 Brustkrebs Früherkennungsprogramm ..... 6

2.2.1 Screeningprogramm „früh erkennen“ ..... 6

2.2.2 Kritik ..... 6

2.3 Bedeutung und Auswirkungen für Betroffene ..... 7

2.4 Forschungshintergrund und Forschungsinteresse ..... 7

2.5 Zielsetzung und Forschungsfrage ..... 8

2.6 Methode ..... 8

2.6.1 Recherchestrategie und Operationalisierung ..... 8

2.6.2 Ergebnisse der Literaturrecherche ..... 10

2.6.3 Auswahlprozess ..... 10

2.6.4 Eingeschlossene Publikationen ..... 11

3 Hauptteil II – Beschreibung der Studien ..... 12

3.1 Inhalt der Studien ..... 16

3.2 Fragestellungen und Ziele der Studien ..... 16

3.3 Tradition, Design und Methoden der Datensammlung ..... 16

3.3.1 Forschungstradition ..... 16

3.3.2 Design der Studien ..... 17

3.3.3 Methoden der Datensammlung ..... 17

3.4 Samples ..... 17

3.5 Durchführung der Befragungen ..... 19

3.5.1 Datensammlung ..... 19

3.5.2 Aufklärung ..... 19

3.5.3 Datensicherung ..... 20

3.5.4 Durchführungsort, Beobachtungszeitraum und Gesprächsdauer ..... 20

3.6 Interviewleitfäden ..... 21

3.7 Auswertung der Daten ..... 21

4 Hauptteil III – Zusammenfassung der Ergebnisse ..... 22
4.1 Physiologische und körperliche Ebene ..... 28
4.1.1 Körperliche Wahrnehmung, körperliches Erleben und Körperbild ..... 28
4.1.2 Schmerzen und Schmerzempfinden ..... 28
4.1.3 Körperliche Symptome und Leistungsfähigkeit ..... 29
4.1.4 Sexualität ..... 29
4.2 Psychische und emotionale Ebene ..... 30
4.2.1 Angst und Angstempfinden ..... 30
4.2.2 Wahrnehmung und Erleben ..... 31
4.2.3 Gefühle und Emotionen ..... 32
4.3 Krankheitsbewältigung und Coping ..... 32
4.3.1 Resilienz, Bewältigungsmechanismen und Bewältigungsstrategien ..... 32
4.3.2 Gesundheitskompetenz ..... 34
4.4 Soziale Beziehungen ..... 35
4.4.1 Familie, Verwandte und Rolle als Frau ..... 35
4.4.2 Soziales Umfeld ..... 35
4.4.3 Arbeitsleben und finanzielle Aspekte ..... 36
4.5 Gesundheitswesen und Dienstleister ..... 37
5 Hauptteil IV - Diskussion ..... 38
5.1 Qualität der Fragestellungen ..... 42
5.2 Eignung der Designs ..... 43
5.3 Qualität der Samples ..... 43
5.4 Qualität der Datensammlungen ..... 45
5.5 Qualität der Leitfäden ..... 46
5.6 Qualität der Auswertungen ..... 47
6 Bewertung der Studienergebnisse ..... 48
7 Exkurs: Erfahrungen aus anderen Perspektiven ..... 52
7.1 Erfahrungen einer jungen Brustkrebspatientin in Österreich ..... 52
7.2 Rolle als Pflegeperson und nahestehende Person ..... 53
8 Conclusio ..... 55
8.1 Beantwortung der Forschungsfrage ..... 55
8.2 Evidenz der Ergebnisse ..... 55
8.3 Weiterer Forschungsbedarf ..... 56
8.4 Pflegerelevanz ..... 56
8.5 Implikationen für die Pflegepraxis ..... 57
Tabellenverzeichnis ..... 59
Abbildungsverzeichnis ..... 59
Abkürzungsverzeichnis ..... 59
Literaturverzeichnis ..... 60
Anhang ..... 65

# 1 Einleitung

Eine der größten aktuellen und globalen Gesundheitskrisen stellt der enorme Anstieg von Krebserkrankungen, insbesondere von Brustkrebs bei Frauen, dar. Weltweit sind pro Jahr mehrere Millionen Patientinnen von der Diagnose eines Mammakarzinoms betroffen, damit ist Brustkrebs die häufigste Form aller bösartigen Krebserkrankungen (Sung, Ferlay, Siegal, Laversanne, Soerjomataram, Jemal & Bray, 2021, S. 212).

Die Behandlung von Krebserkrankungen bedeutet für das Gesundheitswesen in Österreich einen enormen Kostenfaktor und lag im Beobachtungszeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2020 über dem Wachstum der Gesamtwirtschaft, dazu entwickeln sich die LKF-Punkte in der Onkologie um das bis zu Dreifache dynamischer als in der Nicht-Onkologie. Die Kosten in der Behandlung von Krebserkrankungen werden laut dem Institut für höhere Studien aufgrund von Faktoren wie demografischer Veränderung, gezielten Therapien, neuen Behandlungsoptionen, technologischen Entwicklungen sowie Mengen- und Preiseffekten weiter anwachsen und die Ressourcen des Gesundheitssystems zunehmend belasten (Czypionka, Kraus & Röhrling, 2022, S. 1f).

Neben der volkswirtschaftlichen Bedeutung stehen aus pflegerischer Sicht besonders die betroffenen Frauen im Fokus, die Diagnose Brustkrebs bringt für sie massive Veränderungen im Leben mit sich. Diese führen zu Gefühlen wie Unsicherheit, Angst und Anpassungsschwierigkeiten (Vardaramatou, Tsesmeli, Koukouli, Rovithis, Moudatsou & Stavropoulou, 2021, S. 195).

Weiters haben Brustkrebsbehandlungen Auswirkungen auf das körperliche Aussehen, die Sexualität, Identität, Attraktivität, das Selbstwertgefühl und die sozialen Beziehungen (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 3).

Aufgrund besserer Diagnoseverfahren und einer früheren Erkennung von bösartigen Erkrankungen der Brust haben sich Prognosen und Überlebensraten mittlerweile deutlich verbessert. Betroffene stehen dennoch vor zahlreichen Problemen und Bedürfnissen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene (Khajoei, Azadeh, Anboohi, Ilkhani & Nabavi, 2024, S. 2).

Frauen mit Brustkrebs reagieren unterschiedlich auf die Krankheit. Diese Reaktionen haben großen Einfluss auf die Bewältigungsstrategie und somit eine direkte Auswirkung auf die Lebensqualität der Patientinnen (Kedida, Mukacho, Alemayehu, Samuiel, Kussa, Sisay & Mimani 2024, S. 2).

Aufgrund der beschriebenen Faktoren ergibt sich für den Verfasser ein besonderes Forschungsinteresse im Bereich des Erlebens und der Erfahrungen von Patientinnen mit einem Mammakarzinom. Es zeigt sich eine Forschungslücke in Bezug auf die konkreten Bedürfnisse von Patientinnen und die daraus abzuleitenden Pflegeinterventionen. Aus dieser Problemstellung heraus sollten gezielte Maßnahmen abgeleitet werden, die es Frauen mit Brustkrebs ermöglichen, eigene und individuelle Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Dies hat einerseits positive Auswirkungen auf das Gesundheitswesen sowie auf die Kosten der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen. Andererseits hat es eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen und deren Familien zur Folge, woraus die hohe Bedeutung aus pflegerischer Sicht abzuleiten ist.

Zielsetzung dieser Arbeit ist es, aus den Erfahrungen, den Bedürfnissen und dem Erleben von Frauen mit einem Mammakarzinom explizit die Defizite in der Pflege und Betreuung von Brustkrebspatientinnen zu identifizieren, davon individuelle und gezielte Interventionen abzuleiten und daraus verbesserte Bewältigungsstrategien für Betroffene zu entwickeln.

Um diese Problemstellung einer Lösung zuzuführen und die Forschungsfrage zu beantworten, ist diese Arbeit wie folgt aufgebaut: Zunächst erfolgt eine Beschreibung des theoretischen Hintergrunds zum qualitativen Erleben von Frauen mit einem Mammakarzinom, woraus der Forschungshintergrund und die Forschungsfrage abgeleitet werden. Nach einer Übersicht der Methode und Literatur erfolgt die Beschreibung, Darstellung der Ergebnisse sowie eine Diskussion in Form einer kritischen Würdigung und Bewertung der Ergebnisse der ausgewählten Studien. Ergänzend sind die Erfahrungen einer Betroffenen in Österreich und die Rolle des Verfassers als Pflege- und nahestehende Person weitere fakultative Bestandteile der Informationssammlung. Der Schlussteil dieser Arbeit besteht aus einer Conclusio mit der Beantwortung der Forschungsfrage, der Erhebung des weiteren Forschungsbedarfs, einer Analyse der Relevanz für die Pflege und der Implementierung entsprechender Lösungsansätze für die Pflegepraxis.

# 2 Hauptteil I - Begriffsbestimmungen und Rechercheprozess

Im folgenden Kapitel werden zunächst der theoretische Hintergrund sowie Begriffsbestimmungen erläutert, danach erfolgt die Betrachtung der Bedeutung und der Auswirkungen für Betroffene. In weiterer Folge wird auf den Forschungshintergrund, die Forschungsfrage, Methode und Literaturrecherche eingegangen sowie die Studienauswahl der eingeschlossenen Arbeiten dargestellt.

## 2.1 Theoretischer Hintergrund

Ein Mammakarzinom (Mamma-Ca), umgangssprachlich auch als „Brustkrebs“ bezeichnet, stellt eine bösartige Erkrankung des Brustdrüsengewebes dar. Dabei kommt es zu einer Entartung des Gewebes in der Brust und zum Wachstum des Tumors durch die Teilung bösartiger Zellen. Das Mamma-Ca ist mit 30,5 Prozent aller bösartigen Tumoren die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, etwa jede siebte weibliche Person erkrankt im Laufe ihres Lebens an einem Mamma-Ca. Es können jedoch auch Männer von Brustkrebs betroffen sein. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren, aber auch junge Frauen können ein Mammakarzinom entwickeln (Goerke, Menche & Renz-Polster, 2019, S. 966).

### 2.1.1 Epidemiologie, Inzidenz und Mortalität

Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung der Frau in den westlichen Gesellschaften. In Deutschland beträgt die Anzahl der Neuerkrankungen 72.000 pro Jahr, die Inzidenz liegt damit bei 120 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen pro Jahr. Die Mortalität (Todesursache pro 100.000 Einwohner*innen) liegt bei 40 Frauen, die ursächlich an einem Mamma-Ca versterben, und bedeutet in absoluten Zahlen rund 17.000 Patient*innen jährlich in Deutschland (Fischer & Baum, 2014, S. 20).

Die Inzidenz und Mortalität bewegen sich prozentuell in Österreich analog zu diesen Werten, laut der letzten Auswertung der Bundesanstalt Statistik Österreich sind hierzulande im Jahr 2022 insgesamt 6.096 Frauen an Brustkrebs erkrankt (Statistik Austria, 2024, Abs. 3).

### 2.1.2 Pathophysiologie und Ätiologie

Rund 80 Prozent der Mammakarzinome gehen vom Gangepithel in der Brust aus. Weitere zehn Prozent sind lobuläre Karzinome der Drüsenläppchen, die restlichen zehn Prozent stellen Sonderformen, wie etwa Karzinome der Mamille, dar. Die genaue Ursache der Entartung des Brustdrüsengewebes ist nach wie vor unbekannt, jedoch gibt es zahlreiche Risikofaktoren, welche die Entstehung eines Mamma-Ca begünstigen bzw. erhöhen (Goerke, Menche & Renz-Polster, 2019, S. 966).

### 2.1.3 Ursachen und Risikofaktoren

Zu den wesentlichen Risikofaktoren, um an einem Mamma-Ca zu erkranken, zählt zunächst eine entsprechende genetische Disposition. Dabei mutieren die brustspezifischen Gene BRCA-1 (Breast-Cancer-Gen-1) sowie BRCA-2 und können eine bösartige Entwicklung auslösen. Weitere Risikofaktoren sind Mammakarzinome der anderen Brust, erblich bedingte Ursachen (früheres Karzinom bspw. der Mutter), Krebserkrankungen anderer Organe, Menarche vor dem zwölften Lebensjahr, Menopause nach dem 50. Lebensjahr, Kinderlosigkeit oder eine

späte erste Schwangerschaft. Zudem zählen Rauchen, starker Alkoholkonsum und Übergewicht zu den Risikofaktoren, um an Brustkrebs zu erkranken (Goerke, Menche & Renz-Polster, 2019, S. 966f).

### 2.1.4 Symptomatik

Die Symptome eines Mammakarzinoms sind vielfältig und variieren je nach Stadium sowie gegebenenfalls vorhandener Metastasierung anderer Organe durch lokale Beschwerden der betroffenen Region. Typische Anzeichen sind Schmerzen und Drückgefühl in der Brust, Veränderungen und einseitige, teils blutige Sekretion der Mamille, Einziehung oder Vorwölbung der Haut sowie Größe und Formdifferenz der Brüste. Ein häufiges Symptom sind tastbare Verhärtungen oder Knoten im Brustgewebe (Bäumer & Maiwald, 2008, S. 257f).

### 2.1.5 Formen des Mammakarzinoms

Ein ductales Carcinoma in situ (DCIS) ist eine Frühform von Brustkrebs. Dabei handelt es sich um Veränderungen in den Milchgängen, die noch nicht in das umgebende Gewebe hineingewachsen (nicht-invasiv) und damit gut therapierbar sind. Invasive Mammakarzinome werden zwischen duktalen (Milchgänge sind betroffen) und lobulären (Milchdrüsen sind betroffen) Brustkrebsformen unterschieden, wobei lobuläre Erkrankungen eine günstigere Prognose aufweisen (Deutsche Krebsgesellschaft, 2024).

Weiters spielen bei den verschiedenen malignen Tumoren noch entsprechende Hormonrezeptoren eine wesentliche Rolle. Besonders die weiblichen Sexualhormone Östrogen, Progesteron und der HER2-Rezeptor sind wesentliche Faktoren zur Beurteilung, zum Wachstum, zur Aggressivität und zur Behandlung der jeweiligen Krebsform. Ein triple-negatives Mamma-Ca (TNBC) hat keine oder nur wenige Rezeptoren für Hormone, gilt als besonders schnell wachsend und aggressiv (Novartis, 2024).

### 2.1.6 Stadieneinteilung

Um den Schweregrad und die Ausbreitung eines Tumors zu bestimmen, erfolgt eine Einteilung in Stadien nach dem TNM-System. Dieser Prozess wird allgemein als „Staging“ bezeichnet. Dabei werden die Tumorgröße (T), der Lymphknotenbefall (N) sowie das Vorhandensein von Fernmetastasen (M) beschrieben und einem Stadium von 0 bis IV zugeordnet. In den Frühstadien I und II ist der Tumor in der Regel noch auf die Brust begrenzt, im Stadium III sind bereits das Lymphsystem oder andere Organe betroffen. Im Stadium IV ist der Tumor aufgrund seiner Ausbreitung meist inoperabel (Buser, 2017, S. 32ff).

### 2.1.7 Metastasiertes Mammakarzinom

Schreitet eine Krebserkrankung voran, können sich Tumorzellen über die Blut- oder Lymphbahnen in andere Organe ausbreiten. Besonders bei Brust-, Darm- oder Lungenkarzinomen kommt es nicht selten zu Fernmetastasen in anderen Organen. Sind der Umfang und die Ausbreitung dieser Metastasen im betreffenden Organ begrenzt, sind diese noch operativ behandelbar. Meist sind jedoch aufgrund der Lage oder Anzahl der Fernmetastasen systemische Therapien, wie Chemotherapie oder endokrine Therapie und Target- (zielgerichtete) Therapien angezeigt, um die weitere Ausbreitung und das Fortschreiten der Metastasierung zu verlangsamen. In diesem Zusammenhang handelt es sich um eine palliative (symptomlindernde), nicht mehr auf Heilung ausgerichtete Behandlungsstrategie. Im Fokus stehen dabei der Nutzen, die Lebensqualität und eine Verlängerung der Lebenszeit für Betroffene (Deutsche Krebsgesellschaft, 2024).

### 2.1.8 Diagnostik

Um ein Mammakarzinom zu diagnostizieren, kommen mehrere Untersuchungen zur Anwendung. Standardmäßig werden zunächst bildgebende Verfahren wie Sonografie (Ultraschall- bzw. Echografie), Mammografie (Röntgenuntersuchung), Computertomografie (CT) und Magnetresonanztomografie (MRT) angewendet, die weitere Erkenntnisse über Gewebsveränderungen in Organen und über die Lokalisation eines Tumors bringen (Goerke, Menche & Renz-Polster, 2019, S. 967).

Die Sicherung der Diagnose erfolgt in der Regel durch eine histologische Untersuchung, bei welcher im Rahmen einer Biopsie Gewebeproben des Tumorgewebes und ggf. auch des Gewebes der Fernmetastasen entnommen werden. Anschließend erfolgt durch eine Patholog*in die Analyse der entnommenen Proben, Feststellung, ob eine benigne oder maligne Veränderung vorliegt, sowie abschließend eine Prüfung der Oberfläche des Gewebes auf Hormon- und HER-2-Rezeptoren. Dieses Verfahren ist entscheidend für die Auswahl der weiteren Behandlungsstrategie und der Therapieform (Goerke, Menche & Renz-Polster, 2019, S. 967).

Zur vollständigen Diagnostik eines Mammakarzinoms ist eine umfangreiche Blutuntersuchung unerlässlich. Zur Bestimmung der Eigenschaften der roten und weißen Blutzellen (Erythrozyten und Leukozyten) sowie der Blutplättchen (Thrombozyten) wird ein Basislabor durchgeführt. Ein großes Blutbild bietet unter anderem weitere Aufschlüsse zu den verschiedenen Untergruppen der Leukozyten (Gampenrieder, 2019).

Sollen spezifische Daten wie Funktionswerte von bestimmten Organen oder Tumormarker erhoben werden, werden diese über eine zusätzliche Laboruntersuchung des entnommenen Blutes ausgewertet und gehören nicht zum Teil des großen Blutbildes (Bioscientia, 2024).

Ergänzend zu den beschriebenen diagnostischen Maßnahmen werden noch weitere Elemente in die Diagnosestellung miteinbezogen, um die gesamte Untersuchung zu komplettieren. Zu diesen zählen: Anamnese, Aufklärung, Selbstuntersuchung, Inspektion und Palpation der Brust (Fischer & Baum, 2014, S. 48f).

## 2.2 Brustkrebs-Früherkennungsprogramm

In diesem Kapitel wird ergänzend auf das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm eingegangen, da es einen wesentlichen Bestandteil der Brustkrebsvorsorge als auch der Diagnostik darstellt.

### 2.2.1 Screeningprogramm „früh erkennen“

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) bietet seit 2014 ein präventives Brustkrebs-Früherkennungsprogramm unter dem Titel „früh erkennen“ an. Dabei wird Frauen von 45 bis 74 Jahren eine kostenlose Mammografie angeboten, die alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden kann. Ziel des Programms ist es unter anderem, die Brustkrebssterblichkeit zu senken, Karzinome frühzeitig zu erkennen, die Heilungschancen zu verbessern und eine umfassende Qualitätssicherung der Untersuchungen zu gewährleisten. Die Begutachtung der Befunde erfolgt im Vier-Augen-Prinzip durch zwei Radiolog*innen. Bei Auffälligkeiten in der Bildgebung können weiterführende Untersuchungen eingeleitet werden (BMSGPK, 2024).

### 2.2.2 Kritik

Kreienberg et al. stellten bereits 2010 zum Wert einer prophylaktischen Mammografie fest, dass diese Untersuchung zur Abklärung eines klinisch auffälligen Befundes unbestritten ist. Jedoch sind die praktische Umsetzung und der Nutzen eines flächendeckenden Brustkrebs-Vorsorgescreenings heftig umstritten. Auch derzeit wird der Wert flächendeckender Vorsorgeuntersuchungen nach wie vor diskutiert, da der Nutzenfaktor, im Kontext zu Kosten und Aufwand, kritisch in Frage gestellt wird. Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass bei einer Mortalitätsreduktion von 25 Prozent, bei einer Inzidenz von 0,3 bis 0,4 Prozent und einer Population von 1000 untersuchten Frauen lediglich einer von 1000 Frauen (0,1 Prozent) das Leben gerettet wird, drei Frauen trotzdem an einem Mammakarzinom versterben und 996 Patient*innen (99,6 Prozent) umsonst mammografiert wurden (Kreienberg et al., 2010, S. 59).

## 2.3 Bedeutung und Auswirkungen für Betroffene

Frauen mit Brustkrebs sind hohen psychischen und emotionalen Belastungen sowie körperlichen und funktionellen Herausforderungen ausgesetzt. Diese Faktoren führen dazu, dass die Symptomatik und die emotionale Belastungssituation weiter verstärkt werden. Betroffene neigen dazu, ihre Krankheit zu ertragen, im Bewusstsein, dass die Erkrankung ihnen das Leben kosten kann. So leben und arbeiten Frauen trotz Krankheit wie gewohnt weiter und versuchen, ihre typischen Rollen, Aufgaben und Verpflichtungen zu erfüllen. Die Diagnose eines Mammakarzinoms stellt für die Patientinnen und ihre Familien eine große Herausforderung dar und beeinflusst das Leben auf persönlicher, familiärer, sozialer und wirtschaftlicher Ebene. Mit der Bewältigung stoßen Frauen mit einem Mamma-Ca auf zahlreiche psychosoziale Probleme, die großen Einfluss auf die Lebensqualität nehmen (Lundquist, Berry, Boltz, DeSanto-Madeya & Grace, 2019, S. 329-330).

## 2.4 Forschungshintergrund und Forschungsinteresse

Das Erleben, die Bedürfnisse und der Beratungsbedarf von Frauen mit Brustkrebs werden bereits seit längerer Zeit erforscht. Nach Sichtung der Literatur zeigt sich aus Sicht des Verfassers jedoch ein Defizit in der Umsetzung gezielter Pflegeinterventionen, die es den Frauen ermöglichen, eine eigene und bessere Copingstrategie zu entwickeln. Lundquist et al. (2019, S. 330) halten dazu fest, dass die Herausforderungen und das Erleben von Frauen mit Brustkrebs nicht gut verstanden werden und dies zu unerfüllten Bedürfnissen auf körperlicher, informativer, psychosozialer und existenzieller Ebene führt.

Laut Hamid & Khan (2021, S. 52) wird die soziale Unterstützung als entscheidend angesehen, um Frauen mit Brustkrebs zu helfen, mit dem mit der Krankheit verbundenen Stress umzugehen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Autor*innen sind zudem der Meinung, dass Erfahrungen mit der Unterstützungsdynamik zeigen, dass dieser Aspekt nach Diagnosestellung meist vernachlässigt wird (Hamid & Khan, 2021, S. 52).

Neben der medizinischen Behandlung ist es gemäß Ringwald & Teufel (2017, S. 468) von großer Wichtigkeit, die betroffenen Frauen auf ihrem Weg zu begleiten und ihnen Orientierung in ihrem Anpassungsprozess an die Veränderungen der verschiedenen Lebensbereiche aufgrund der Krebserkrankung zu geben.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse zeigt sich für den Verfasser ein besonderes Forschungsinteresse in Bezug auf die tatsächlichen und relevanten Bedürfnisse von Frauen mit einem Mammakarzinom, um daraus gezielte Maßnahmen abzuleiten, die es Betroffenen ermöglichen, eine Copingstrategie und Werkzeuge zur Bewältigung zu entwickeln.

## 2.5 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die Zielsetzung dieser Arbeit liegt darin, diese Forschungslücke zu schließen, durch eine Meta-Analyse von sechs relevanten Studien das Erleben, die Erfahrungen, die Bedürfnisse und den Beratungsbedarf von Frauen mit Brustkrebs zu erheben und daraus gezielte Pflegemaßnahmen abzuleiten. Aus dieser Zielsetzung ergibt sich für den Verfasser folgende Forschungsfrage: **Wie erleben Frauen mit Brustkrebs ihre Erkrankung?**

## 2.6 Methode

Im folgenden Kapitel wird auf die methodische Vorgehensweise der durchgeführten Literaturrecherche eingegangen. Es wird die angewendete Suchstrategie mit der Ermittlung von geeigneten Suchbegriffen, den Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Recherchepfad der Literaturrecherche beschrieben.

### 2.6.1 Recherchestrategie und Operationalisierung

Um eine Forschungsfrage zu beantworten, ist es notwendig, eine systematische Analyse der vorhandenen Literatur durchzuführen. Dazu ist nicht nur von Bedeutung, Überlegungen zur Literatur anzustellen. Auch die Auswahl der Recherchequellen, der sinnvolle Umgang mit Quellen und eine effektive Suchstrategie sind für eine erfolgreiche Literaturrecherche unerlässlich (Behrens & Langer, 2022, S. 129).

Zur Auswahl aktueller und relevanter Literatur muss eine präzise Forschungsfrage generiert werden. Dieser Prozess erfolgt in Form der Operationalisierung mittels PICo-Schema, welches dazu geeignet ist, eine gezielte Fragestellung zu klinischen Zusammenhängen zu formulieren (Simon, 2018, S. 67f).

Anhand der Operationalisierung kann in weiterer Folge eine strukturierte Recherchestrategie für die Suche nach entsprechenden Übersichtsarbeiten in den Fachdatenbanken festgelegt werden (Hirt & Nordhausen, 2022, S. 135).

Für die vorliegende Arbeit wurde als Population *Frauen* festgelegt. Das Interest wurde mit dem *Erleben* im Kontext einer *Brustkrebserkrankung* definiert (Tabelle 1). Obwohl auch Männer an Brustkrebs erkranken können, gilt das Forschungsinteresse des Verfassers explizit Frauen mit einem Mamma-Ca. Das Interesse wurde bewusst breit mit dem *Erleben* festgelegt, da dieses sämtliche Faktoren der biologischen, psychischen und sozialen Ebene beinhaltet. Zudem wurden keine Einschränkungen in Bezug auf das Stadium, spezielle Formen von Brustkrebs und das Alter gesetzt, da das gesamte Spektrum in Bezug auf Brustkrebs bei Frauen untersucht werden sollte (Tabelle 1).

Tabelle 1: Operationalisierung der Forschungsfrage (eigene Darstellung, 2024).

| | | **Komponenten** | **Suchbegriffe** |
|---|---|---|---|
| **P** | Population | Frauen | woman OR women OR female OR females |
| **I** | Interest | Erleben | experiences OR perceptions OR attitudes OR views |
| **Co** | Context | Brustkrebs | breast cancer OR BC |

Die Suche wurde am 15.12.2024 und 28.12.2024 in den Fachdatenbanken CINAHL und Medline (via PubMed) sowie vom 28.12.2024 bis zum 30.12.2024 ergänzend mittels freier Recherche in verschiedenen öffentlichen Publikationen, Querverweisen und mittels Suchmaschinen durchgeführt, um weitere Forschungsarbeiten sowie Literatur außerhalb von Datenbanken zu sichten. Die Suche wurde nach den Suchkriterien des PICo-Schemas (Tabelle 1) durchgeführt. Um laut Behrens & Langer (2022, S. 143f) in Datenbanken eine gezielte Suche durchzuführen, werden Operatoren verwendet, um die Suchanfragen zu kombinieren und einzuschränken. Die grundlegenden Operatoren sind: UND (beide Suchbegriffe müssen in den Ergebnissen vorhanden sein), OR (mindestens einer der Suchbegriffe muss in den Ergebnissen vorhanden sein) und NOT (ein spezifischer Begriff ist in den Ergebnissen ausgeschlossen). Darüber hinaus kann mit adäquaten Filtern gearbeitet werden, um die Suche zu präzisieren. Neben dem Zeitraum der Veröffentlichung können etwa Sprache, Publikationstyp, Altersgruppe und weitere spezifische Filter gesetzt werden (Hausner & Simon, 2023, S. 71).

Um die Suchergebnisse zu präzisieren und eine konkretisierte Literaturrecherche durchzuführen, wurden in der Folge weitere Ein- und Ausschlusskriterien definiert (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2024).

| | **Einschlusskriterien** | **Ausschlusskriterien** |
|---|---|---|
| **Sample** | Frauen | Männer, Divers |
| **Design** | Qualitative Studien | Andere Designs, Reviews |
| **Zeitraum** | Jänner 2019 bis Dezember 2024 | bis 2019 |
| **Sprache** | Englisch, Deutsch | Andere Sprache |
| **Artikeltyp** | Wissenschaftliche Artikel | Andere Artikel |
| **Geografie** | Weltweit | - |

### 2.6.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die orientierende Suche am 15.12.2024 in den Datenbanken lieferte insgesamt 4.264 Resultate. Nachdem die beschriebenen Kriterien und Filter für die spezifische Literaturrecherche in einem konkretisierten Suchdurchlauf angewendet wurden, führte die Suche zu folgenden Resultaten, die letztendlich einer genaueren Analyse unterzogen wurden: CINAHL: 52 Publikationen, Medline (via PubMed): 343 Publikationen, Handsuche: drei Publikationen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Suchprotokoll (eigene Darstellung, 2024).

| Suche / Datum | Datenbank | Suchbegriffe | Filter | Treffer |
|---|---|---|---|---|
| orientierender Suchdurchlauf | | | | |
| **#1** 15.12.2024 | CINAHL | *breast cancer AND experiences* | *2019-2024, female, english, german* | 582 |
| **#2** 15.12.2024 | Medline (via PubMed) | *breast cancer AND experiences* | *2019-2024, female, english, german* | 3.682 |
| **konkretisierter Suchdurchlauf** | | | | |
| **#3** 28.12.2024 | CINAHL | *woman OR women OR female OR females AND breast cancer OR BC AND experiences OR perceptions OR attitudes OR views AND qualitative research OR qualitative study* | *2019-2024, female, english, german* | 52 |
| **#4** 28.12.2024 | Medline (via PubMed) | *woman OR women OR female OR females AND breast cancer OR BC AND experiences OR perceptions OR attitudes OR views AND qualitative research OR qualitative study* | *2019-2024, female, english, german* | 343 |
| **#5** 28.12.2024 - 30.12.2024 | Handsuche (Internet, KI, Suchmaschinen, Querverweise) | *Brustkrebs UND Frauen UND Erfahrungen ODER Erleben ODER Bedürfnisse UND qualitative Studien UND nicht älter als fünf Jahre* | *2019-2024* | 3 |

### 2.6.3 Auswahlprozess

Im finalen Auswahlprozess wurden diese 398 Treffer einer genaueren Sichtung (zum Titel und Abstract, sowie in weiterer Folge zum Fokus und Sample) zugeführt. Es fanden sich trotz der hohen Anzahl von Treffern keine Duplikate. 363 Artikel konnten aufgrund des Titel-Screenings ausgeschlossen werden, weitere 21 aufgrund ihres Abstracts. Im Volltext wurden letztendlich 14 Studien gesichtet und qualitativ bewertet. Davon wurden acht Artikel aufgrund einer mangelhaften Passung oder eines abweichenden Fokus verworfen. Somit konnten sechs Studien (n = 6) ermittelt werden, die als eingeschlossene Publikationen für die weitere Bearbeitung und zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen wurden (Abbildung 1).

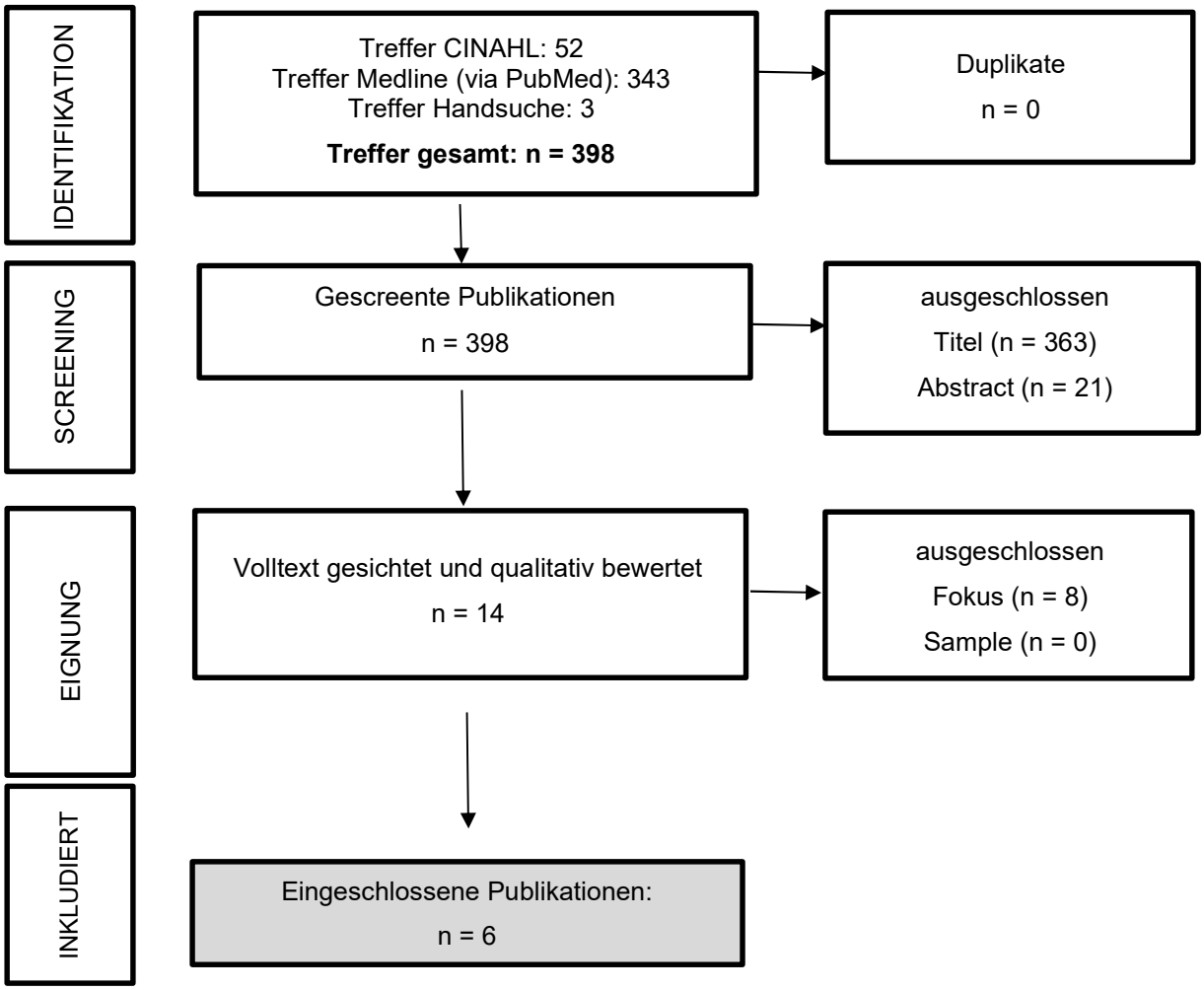



Abbildung 1: Flow-Chart zum Studienselektionsprozess (eigene Darstellung, 2024).

### 2.6.4 Eingeschlossene Publikationen

Nachstehende sechs Studien, gereiht nach Autor*innen, wurden für die Beschreibung, Bewertung und Erstellung einer Meta-Analyse zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgewählt (Abbildung 2):

| Studie Titel | Autor*innen, Veröffentlichung |
|---|---|
| Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study | (Ciria-Suarez et al., 2021). |
| Experiences of social support among Kashmiri women with breast cancer | (Hamid & Khan, 2021). |
| Women's experiences with breast cancer during diagnosis and therapy, Wolaita, Ethiopia: a qualitative study | (Kedida et al., 2024). |
| Lived experiences of breast cancer in patients under the age of 40: A phenomenological study | (Kim & Lee, 2023). |
| Posttreatment Experiences of Breast Cancer Survivors in Turkey: A Qualitative Study | (Kocak, Arslan & Ilik, 2022). |
| Exploring Women´s Experiences after Breast Cancer Diagnosis. A qualitative Study | (Vardaramatou, Tsesmeli, Koukouli, Rovithis, Moudatsou & Stavropoulou, 2021). |

Abbildung 2: Studienübersicht (eigene Darstellung, 2024).

# 3 Hauptteil II - Beschreibung der Studien

Nachfolgend werden die Studien „*Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study“* (Ciria-Suarez et al., 2021), „*Experiences of social support among Kashmiri women with breast cancer“* (Hamid & Khan, 2021), „*Women’s experiences with breast cancer during diagnosis and therapy, Wolaita, Ethiopia: a qualitative study“* (Kedida et al., 2024), „*Lived experiences of breast cancer in patients under the age of 40: A phenomenological study“* (Kim & Lee, 2023), „*Posttreatment Experiences of Breast Cancer Survivors in Turkey: A Qualitative Study“* (Kocak, Arslan & Ilik, 2022) und „*Exploring Women´s Experiences after Breast Cancer Diagnosis. A qualitative Study“* (Vardaramatou et al., 2021) tabellarisch dargestellt (Tabelle 4) und in weiterer Folge genauer beschrieben.

Tabelle 4: Beschreibung der Studien (eigene Darstellung, 2025).

| Studie | Forschungsfrage | Tradition / Design / Methode der Datensammlung | Sample | Durchführung | Leitfaden | Auswertung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ciria-Suarez et al., 2021 | Welche Erfahrungen in den verschiedenen Phasen von Brustkrebs machen Frauen? | k. A. /<br>Querschnitt /<br>Einzelinterviews (halbstrukturiert) | *Land:*<br>Spanien<br>*Setting:*<br>Krankenhaus mit onkologischer Referenz (9 Krankenhäuser)<br>*Teilnehmer*innen:*<br>n = 21<br>♀ = 21 (100%)<br>Alter: 34-61a; Ø k. A.; ± k. A.<br>*Einschlusskriterien:*<br>Histologisch gesichertes Adenokarzinom der Brust in den letzten 5 Jahren, 18. Lebensjahr vollendet<br>*Ausschlusskriterien:*<br>Schlechter körperlicher oder geistiger Zustand während des Studienzeitraums | *Datensammler*innen:*<br>Externe Forscher*in (1) (Erstautor*in)<br>*Aufklärung:*<br>schriftliche Aufklärung und Einwilligung<br>*Datensicherung:*<br>Videoaufzeichnung, Notizen, Transkription<br>*Durchführungsort/ Beobachtungszeitraum bzw. Gesprächsdauer:*<br>Online;<br>nach der OP od. während systemischer Behandlung od. nach Abschluss der Behandlung<br>Gesprächsdauer: 60-75 min. | - Soziodemografische und medizinische Daten<br>- Tägliche Aktivitäten, Familie und Unterstützungsnetzwerk<br>- Allgemeine Wahrnehmung von Brustkrebs und der Bewältigungsmechanismen<br>- Körperliche, emotionale, kognitive, spirituelle und medizinische Aspekte<br>- Freie Äußerung von Gedanken<br>- Prä-Studienphase: Durchführung eines Pilotversuchs zur Prüfung des Interviewprozesses | Qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundman (2004) |
| Hamid & Khan, 2021 | Welche Erfahrungen in Bezug auf die soziale Unterstützung machen Frauen mit Brustkrebs? | Phänomenologie /<br>Querschnitt /<br>Einzelinterviews (halbstrukturiert) | *Land:*<br>Indien<br>*Setting:*<br>Häusliches Setting<br>*Teilnehmer*innen:*<br>n = 12<br>♀ = 12 (100%)<br>Alter: 21-k. A..; Ø k. A.; ± k. A.<br>*Einschlusskriterien:*<br>Über 18 Jahre alt, Bürgerinnen von Kaschmir/Indien, Diagnose Brustkrebs vor mind. 6 Monaten, Bereitschaft zur Teilnahme, derzeit in Behandlung<br>*Ausschlusskriterien:*<br>k. A. | *Datensammler*innen:*<br>Externe Forscher*in (1) (Erstautor*in)<br>*Aufklärung:*<br>schriftliche Aufklärung und Einwilligung<br>*Datensicherung:*<br>Tonbandaufzeichnung, Transkription<br>*Durchführungsort/ Beobachtungszeitraum bzw. Gesprächsdauer:*<br>Häusliche Umgebung; während des Behandlungszeitraums<br>Gesprächsdauer: 90-180 min. | Kein Leitfaden; Interviewplan<br>- Soziodemografische Daten<br>- Offene Einleitungsfrage nach Erfahrungen zur Unterstützung<br>- in weiterer Folge offene, breitere und tiefer greifende sowie interpretierende Fragen | Qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundman (2004) |

a: Jahre k. A.: keine Angabe n: Stichprobe

| Studie | Forschungsfrage | Tradition / Design / Methode der Datensammlung | Sample | Durchführung | Leitfaden | Auswertung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kedida et al., 2024 | Welche Erfahrungen machen Frauen mit Brustkrebs? | k. A. / Längsschnitt / Einzelinterviews (halbstrukturiert) | *Land:* Äthiopien<br>*Setting:* Krankenhaus (Univ.-Klinik)<br>*Teilnehmer*innen:* n = 10 ♀ = 10 (100%) Alter: 20-52a; Ø 34,4a; ± 9,44a<br>*Einschlusskriterien:* Diagnose seit mind. 6 Monaten, derzeit in Therapie, mind. 18 Jahre alt<br>*Ausschlusskriterien:* Teilnehmerinnen mit psychischen Erkrankungen, mit schwerer Komorbidität, keine Zustimmung zur Teilnahme gegeben | *Datensammler*innen:* Externe Forscher*in (1) (Erstautor*in)<br>*Aufklärung:* schriftliche Aufklärung und Einwilligung<br>*Datensicherung:* Tonbandaufzeichnung, Notizen, Transkription<br>*Durchführungsort/ Beobachtungszeitraum bzw. Gesprächsdauer:* Krankenhaus und privates Setting Zeitraum: k. A.; mehrere Interviews bis zur Datensättigung;<br>Gesprächsdauer: k. A. | - Gefühl nach Erhalt der Diagnose?<br>- Körperliche und psychische Veränderungen<br>- Schwierigkeiten bei der Behandlung<br>- Erhaltene Unterstützung<br>- Momente und Erlebnisse der Hoffnung und im Umgang mit Brustkrebs<br>- Bewältigung der emotionalen und psychologischen Auswirkungen<br>- Bewältigungsstrategien und Ressourcen<br>- Bedürfnisse, Anliegen und Beziehungen | Thematische Analyse (Castleberry & Nolen, 2018) |
| Kim & Lee, 2023 | Welche Erfahrungen mit Brustkrebs machen Frauen unter 40 Jahren? | Phänomenologie / Längsschnitt / Einzelinterviews (halbstrukturiert) | *Land:* Südkorea<br>*Setting:* Krankenhaus mit onkologischer Behandlung<br>*Teilnehmer*innen:* n = 10 ♀ = 10 (100%) Alter: 30-40a; Ø 35.8a; ± 3,37a<br>*Einschlusskriterien:* Teilnehmerinnen unter 40 Jahren, Behandlung abgeschlossen, klarer Ausdruck möglich<br>*Ausschlusskriterien:* k. A. | *Datensammler*innen:* Externe Forscher*in (1) (Erstautor*in)<br>*Aufklärung:* schriftliche Aufklärung und Einwilligung<br>*Datensicherung:* Tonbandaufzeichnung, Transkription<br>*Durchführungsort/ Beobachtungszeitraum bzw. Gesprächsdauer:* Ort: k. A. nach Abschluss der Behandlung; zweimalige Durchführung des Interviews;<br>Gesprächsdauer: 60-120 min. | Kein Leitfaden; Interviewplan<br>- Einleitungsfrage zu den Behandlungserfahrungen<br>- Offene Fragen zu schwierigen und guten Erfahrungen im Verlauf der Behandlung<br>- Erfahrungen mit der Behandlungsumgebung<br>- Wiederholung der Fragen | Qualitative Inhaltsanalyse nach Colaizzi (1978) |

a: Jahre k. A.: keine Angabe n: Stichprobe

| Studie | Forschungsfrage | Tradition / Design / Methode der Datensammlung | Sample | Durchführung | Leitfaden | Auswertung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kocak, Arslan & Ilik, 2022 | Welche Nachbehandlungs-erfahrungen machen Brustkrebsüberlebende? | Phänomenologie / Querschnitt / Einzelinterviews (halbstrukturiert) | *Land:* Türkei<br>*Setting:* Krankenhaus (Onkologie, Universitätsklinik)<br>*Teilnehmer*innen:* n = 18<br>♀ = 18 (100%)<br>Alter: 24-59a; Ø 43.4a; ± 8.17<br>*Einschlusskriterien:* Älter als 18 Jahre, Abschluss der Behandlung seit mind. 6 Monaten, keine kognitiven Einschränkungen, Bereitschaft, über Erfahrungen zu sprechen<br>*Ausschlusskriterien:* Fr. mit Rezidiven/Metastasen | *Datensammler*innen:* Externe Forscher*innen (2) (Zweit- und Drittautor*in)<br>*Aufklärung:* schriftliche Aufklärung und Einwilligung<br>*Datensicherung:* Tonbandaufzeichnung, Notizen, Transkription<br>*Durchführungsort/ Beobachtungszeitraum bzw. Gesprächsdauer:* Krankenhaus; nach Abschluss der Behandlung vor dem nächsten Kontrolltermin; Gesprächsdauer: 40-45 min. | - Probleme nach Beendigung der Behandlung<br>- Umgang mit den Problemen<br>- Erfahrungen mit sich selbst und Umgebung<br>- Veränderungen im Leben<br>- Aktueller Gesundheitszustand<br>- Erfahrungen mit der routinemäßigen Nachbetreuung<br>- Einschätzung zur erhaltenen medizinischen Versorgung nach Behandlung | Qualitative Inhaltsanalyse nach Colaizzi (1978) |
| Vardaramatou et al., 2021 | Welche Erfahrungen machen Frauen nach der Diagnose Brustkrebs? | k. A. / Querschnitt / Einzelinterviews (halbstrukturiert) | *Land:* Griechenland<br>*Setting:* Häusliches Setting<br>*Teilnehmer*innen:* n = 10<br>♀ = 10 (100%)<br>Alter: 49-71a; Ø k. A.; ± k. A.<br>*Einschlusskriterien:* Zustimmung zur Analyse, Therapie abgeschlossen und vollständig genesen<br>*Ausschlusskriterien:* k. A. | *Datensammler*innen:* Externe Forscher*innen (2 Pflegepersonen, Co-Autor*innen)<br>*Aufklärung:* schriftliche Aufklärung und Einwilligung<br>*Datensicherung:* Tonbandaufzeichnung, Transkription<br>*Durchführungsort/ Beobachtungszeitraum bzw. Gesprächsdauer:* Ort individuell nach Abschluss der Behandlung; Gesprächsdauer: 25 min. | Kein Leitfaden; Interviewplan<br>- Offene Einleitungsfrage zu Erfahrungen nach der Brustkrebsdiagnose<br>- Fragen zu Unsicherheit, Bewältigungsstrategien und Anpassungs-Mechanismen | Qualitative Inhaltsanalyse (induktiv) |

a: Jahre k. A.: keine Angabe n: Stichprobe

## 3.1 Inhalt der Studien

Alle sechs Studien beschäftigen sich mit den Erfahrungen und dem Erleben einer Brustkrebserkrankung bei Frauen und liegen dem qualitativen Forschungsparadigma zugrunde, wobei in den einzelnen Artikeln noch verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021).

## 3.2 Fragestellungen und Ziele der Studien

In den Studien von Ciria-Suarez et al. (2021), Kedida et al. (2024), Kim & Lee (2023) und Vardaramatou et al. (2021) zielen die Fragestellungen darauf ab, die Erfahrungen von Frauen mit Brustkrebs allgemein zu untersuchen, wobei in der Studie von Kim & Lee (2023) der Fokus auf Frauen unter 40 Jahren liegt. In der Studie von Hamid & Khan (2021) wird primär die Frage nach der sozialen Unterstützung von Frauen mit Brustkrebs gestellt, in der Studie von Kocak, Arslan & Ilik (2022) liegt das Forschungsziel in den besonderen Nachbehandlungserfahrungen von Brustkrebsüberlebenden. Ciria-Suarez et al. (2021) beleuchten in ihrer Forschungsarbeit speziell das Erleben der verschiedenen Phasen eines Mammakarzinoms bei Frauen.

## 3.3 Tradition, Design und Methoden der Datensammlung

In diesem Kapitel erfolgt die Beschreibung der Forschungstradition, des Forschungsdesigns sowie ein Überblick über die Methoden der Datensammlung der ausgewählten Studien.

### 3.3.1 Forschungstradition

Die Autor*innen der Arbeiten von Ciria-Suarez et al. (2021) Kedida et al. (2024) und Vardaramatou et al. (2021) führen in ihren Studien keine Informationen zur Tradition an, worauf ihre Forschung basiert. Die Charakteristika dieser drei Forschungsarbeiten beinhalten jedoch aufgrund ihrer Fragestellungen und des Aufbaus her zahlreiche phänomenologische Elemente, da Betroffene die Merkmale des Erlebens der Erkrankung aus ihrer individuellen Perspektive beschreiben und die wesentlichen Voraussetzungen der Phänomenologie erfüllen (Fringer & Schrems, 2018, S. 86). In den weiteren drei Artikeln (Hamid & Khan, 2021; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) wird die Phänomenologie als Tradition genannt. Die Phänomenologie steht sowohl für eine philosophische Denkrichtung als auch auf methodologischer Ebene für ein Forschungsdesign. Obwohl sich die Phänomenologie über einen langen Zeitraum in mehrere unterschiedliche Ansätze aufgesplittet hat, weist sie eine gemeinsame Basis auf: die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen von Menschen, dem Bewusstsein sowie die Entwicklung und Beschreibung der Essenz dieser Erfahrungen (Fringer & Schrems, 2018, S. 85f).

### 3.3.2 Design der Studien

Vier Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) wurden als Querschnittsstudien durchgeführt. Bei Querschnittserhebungen werden die Befragungen zur Perspektive der Teilnehmerinnen einmalig und zu einem bestimmten Zeitpunkt durchgeführt (Panfil & Mayer, 2018, S. 99). Zwei Studien (Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023) wurden als Längsschnittstudien durchgeführt. Längsschnittstudien zeichnen sich dadurch aus, dass weitere Daten zu einem oder mehreren späteren Zeitpunkten erneut erhoben werden, um dadurch beispielsweise Veränderungen oder Verläufe darzustellen (Panfil & Mayer, 2018, S. 99f).

### 3.3.3 Methoden der Datensammlung

Als Methode der Datensammlung wurde von den Autor*innen aller sechs Studien ein Interview gewählt, sämtliche Befragungen erfolgten in Form von halbstrukturierten Einzelinterviews (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Einer halb- oder teilstrukturierten Befragung liegt in der Regel ein Leitfaden oder Interviewplan mit offenen Fragen zugrunde, welcher das Grundgerüst für das Interview darstellt. Dieser Leitfaden sorgt für eine Vergleichbarkeit der Befragungen und kann flexibel an die jeweilige Interviewsituation angepasst werden (Coch, 2025).

## 3.4 Samples

Vier der sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) wurden von den Forscher*innen in Krankenhäusern durchgeführt, zwei Studien (Hamid & Khan, 2021; Vardaramatou et al., 2021) fanden im häuslichen Setting statt. Drei der sechs Studien wurden in Europa bzw. Eurasien durchgeführt (Spanien, Griechenland, Türkei), jeweils eine Studie in Indien, Afrika und Südkorea. In allen sechs Forschungsarbeiten zusammen wurden insgesamt 81 Frauen mit einer aktuellen oder früheren Brustkrebsdiagnose in einer Altersrange von 20 bis 71 Jahren befragt. Die Frauen befanden sich entweder in Behandlung oder hatten diese bereits abgeschlossen (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Nachstehend wird das jeweilige Sample der einzelnen Studien genauer beschrieben.

Die Studie von Ciria-Suarez et al. (2021) wurde in Spanien durchgeführt, die Befragung der Teilnehmerinnen erfolgte in neun Krankenhäusern mit onkologischem Fachbereich. An der Studie nahmen insgesamt 21 Frauen mit Brustkrebs im Alter von 34 bis 61 Jahren teil, zum Durchschnittsalter und zur Standardabweichung werden keine Angaben gemacht. Einschlusskriterien für die Auswahl der Befragten waren ein histologisch gesichertes Adenokarzinom der

Brust in den letzten fünf Jahren und die Vollendung des 18. Lebensjahres. Als Ausschlusskriterium wurde ein schlechter körperlicher oder geistiger Zustand während des Studienzeitraums festgelegt. Um ein möglichst breites Spektrum der Erfahrungen zu erfassen, wurden sowohl Patientinnen mit einer Erkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre (80%), als auch Patientinnen mit einer Erkrankung vor mehr als fünf Jahren (20%) in die Studie aufgenommen (Ciria-Suarez et al., 2021).

Die Durchführung der Studie von Hamid & Khan (2021) fand im häuslichen Setting in Kaschmir (indisches Unionsterritorium) statt. Insgesamt wurden zwölf Teilnehmerinnen mit einem Mammakarzinom zu ihren Erfahrungen in Bezug auf die soziale Unterstützung interviewt. Zur genauen Altersrange und zur Standardabweichung werden keine Angaben gemacht, die jüngste Teilnehmerin war 21 Jahre alt. Als Einschlusskriterien wurden folgende Parameter von den Forscher*innen festgelegt: Alter über 18 Jahre, Wohnhaft in Kaschmir/Indien, Zeitpunkt der Diagnosestellung vor mindestens sechs Monaten, Bereitschaft zur Teilnahme und derzeit in onkologischer Behandlung. Es wurden in dieser Studie keine expliziten Ausschlusskriterien definiert (Hamid & Khan, 2021).

Die Studie von Kedida et al. (2024) wurde in einer Universitätsklinik in Äthiopien durchgeführt. An dieser Studie nahmen insgesamt zehn Frauen mit Brustkrebs im Alter von 20 bis 52 Jahren teil, der Altersdurchschnitt betrug 34,4 Jahre bei einer Standardabweichung von ± 9,44 Jahren. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren eine Brustkrebsdiagnose seit mindestens sechs Monaten, eine derzeit laufende Therapie und ein Mindestalter von 18 Jahren. Von der Studie ausgeschlossen waren Frauen mit psychischen Erkrankungen, schwerer Komorbidität und Teilnehmerinnen, die der Befragung nicht zustimmten (Kedida et al., 2024).

Kim & Lee (2023) führten ihre qualitative Forschung in Südkorea durch. Als Setting wurde ein Krankenhaus mit onkologischem Schwerpunkt gewählt. Zehn Teilnehmerinnen mit einer Brustkrebsdiagnose erklärten sich bereit, an der Studie mitzuwirken. Das Alter der Frauen lag aufgrund des Forschungsschwerpunktes, die Erfahrungen speziell von jungen Frauen zu untersuchen, zwischen 30 und 40 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 35,8 Jahre, die Standardabweichung lag bei ± 3,37 Jahren. Als Einschlusskriterien legten die Autor*innen eine Altersgrenze von unter 40 Jahren, eine abgeschlossene Behandlung und die Möglichkeit, sich klar auszudrücken, fest. Ausschlusskriterien wurden keine definiert (Kim & Lee, 2023).

In der Studie von Kocak, Arslan & Ilik (2022) wurde eine Universitätsklinik in der Türkei zur Durchführung der qualitativen Erhebung ausgewählt. An dieser Befragung nahmen 18 Frauen

mit einer früheren Brustkrebsdiagnose zwischen 24 und 59 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 43,4 Jahren und einer Standardabweichung von ± 8,17 Jahren teil. Aufgrund des Forschungsziels, die besonderen Nachbehandlungserfahrungen von Frauen mit Brustkrebs zu untersuchen, war eines der Einschlusskriterien die abgeschlossene Behandlung vor mindestens sechs Monaten. Weitere Einschlusskriterien waren keine kognitiven Einschränkungen sowie die Bereitschaft, über die Erfahrungen offen zu sprechen. Von der Studie ausgeschlossen waren Frauen, die entweder ein Rezidiv oder Metastasen nach Abschluss der Behandlung entwickelten (Kocak, Arslan & Ilik, 2022).

Vardaramatou et al. (2021) forschten in Griechenland außerhalb des klinischen Settings im häuslichen Bereich und interviewten dazu zehn Frauen mit Brustkrebs. Das Alter der Befragten lag zwischen 49 und 71 Jahren. Zum Altersdurchschnitt und zur Standardabweichung gibt es keine Angaben. Um in der Studie eingeschlossen zu werden, mussten die Frauen ihre Therapie abgeschlossen haben, vollständig genesen sein, sowie ihre Zustimmung zur Analyse der Daten abgeben. Die Autor*innen legten in dieser Studie keine speziellen Ausschlusskriterien fest (Vardaramatou et al., 2021).

## 3.5 Durchführung der Befragungen

In diesem Kapitel erfolgt die genauere Beschreibung der Merkmale zur Durchführung der Forschungsarbeiten.

### 3.5.1 Datensammlung

Die Datensammlung wurde in allen Studien von externen Forscher*innen durchgeführt, die in keiner Beziehung zu den Teilnehmerinnen standen (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). In den Arbeiten von Ciria-Suarez et al. (2021), Hamid & Khan (2021), Kedida et al. (2024) sowie Kim & Lee (2023) erfolgte die Befragung der Frauen jeweils ausschließlich durch die Erstautor*in, in den Studien von Kocak, Arslan & Ilik (2022) und Vardaramatou et al. (2021) interviewten jeweils zwei Personen (Co-Autor*innen) die Teilnehmerinnen. In der Befragung der Studie von Vardaramatou et al. (2021) waren zwei Pflegepersonen tätig, die jedoch in keinem Verhältnis zu den interviewten Frauen standen, in den anderen Studien führten jeweils Personen ohne Bezug zur Pflege die Interviews durch (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022).

### 3.5.2 Aufklärung

Die Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgte in allen sechs Studien in schriftlicher Form, wobei in den Studien von Hamid & Khan (2021), Kedida et al. (2024), Kocak, Arslan &

Ilik (2022) und Vardaramatou et al. (2021) die schriftliche Einwilligung oder Ablehnung auch Teil der Ein- bzw. Ausschlusskriterien war (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021).

### 3.5.3 Datensicherung

Die Sicherung der Daten aus den Interviews erfolgte in fünf Arbeiten durch Tonbandaufzeichnungen, in der Studie von Ciria-Suarez et al. (2021) mittels Videokonferenz. Anschließend erfolgte bei allen Arbeiten eine Transkription. In den Studien von Ciria-Suarez et al. (2021), Kedida et al. (2024) sowie Kocak, Arslan & Ilik (2022) wurden zusätzlich Feldnotizen während der Befragungen angefertigt (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021).

### 3.5.4 Durchführungsort, Beobachtungszeitraum und Gesprächsdauer

Ciria-Suarez et al. (2021) führten die Befragung aufgrund der Covid-Pandemie online, nach der Operation bzw. während oder nach eines Behandlungszyklus, durch. Die Gesprächsdauer der Interviews lag zwischen 60 und 75 Minuten. Hamid & Khan (2021) wählten zur Befragung den häuslichen Raum, die Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Interviews in Behandlung. Die Dauer der Erhebungen wird mit eineinhalb bis drei Stunden angegeben. In der Studie von Kedida et al. (2024) fanden die Interviews entweder im Krankenhaus oder im privaten Rahmen statt, wobei teilweise auch mehrere Befragungsdurchläufe abgehalten wurden. Zum Beobachtungszeitraum und zur Gesprächsdauer machen die Autor*innen dieser Studie keine Angaben. Kim & Lee (2023) führten die Interviews nach Abschluss einer Behandlung zweimalig durch, die Dauer der Gespräche wird mit 60 bis 120 Minuten angegeben, zum Durchführungsort gibt es keine Angaben. Die Datenerhebung in der Studie von Kocak, Arslan & Ilik (2022) fand in einer Klinik nach Abschluss der Behandlung und vor dem nächsten Kontrolltermin statt, die Gesprächsdauer lag zwischen 40 und 45 Minuten. Vardaramatou et al. (2021) führten ihre Befragungen an individuell gewählten Orten durch. Die Frauen hatten zu diesem Zeitpunkt ihre Behandlung abgeschlossen und die Interviews hatten eine Dauer von 25 Minuten.

Interviews in der qualitativen Forschung können an verschiedenen Orten (Krankenhaus, zu Hause, online oder telefonisch) durchgeführt werden. Der Ort der Befragung kann durchaus Einfluss auf die Antworten der Teilnehmer*innen haben. Zum Durchführungsort hält Scheytt (2025) fest, dass bei der Auswahl des Durchführungsortes darauf zu achten ist, dass sich die befragte Person wohlfühlt, ein ungestörtes Gespräch möglich ist und die Anonymität gewahrt bleibt. Weiters ist für die anschließende Transkription wichtig, dass für die Befragung ein ruhiger Ort gewählt wird, um brauchbare Tonaufnahmen anzufertigen (Scheytt, 2025).

## 3.6 Interviewleitfäden

Für die Durchführung der Interviews entwickelten die Forscher*innen in drei Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) einen Gesprächsleitfaden mit gezielten Fragen oder Themenblöcken zu den Erfahrungen der Teilnehmerinnen, Ciria-Suarez et al. (2021) führten in der Vorstudienphase zudem einen Pilotversuch zur Prüfung des Interviewprozesses durch. Die Fragestellungen bezogen sich unter anderem auf körperliche, emotionale, kognitive und spirituelle Aspekte, allgemeine Wahrnehmungen von Brustkrebs und Fragen zum sozialen Umfeld (Ciria-Suarez et al., 2021). Die Fragen des Interviewleitfadens von Kedida et al. (2024) lauteten unter anderem: *„Wie haben Sie sich nach Ihrer Brustkrebsdiagnose gefühlt?“* oder *„Wie bewältigen Sie die alltäglichen emotionalen und psychologischen Auswirkungen von Brustkrebs?“.* Kocak, Arslan & Ilik (2022) stellten gezielte Fragen über den Behandlungsverlauf, etwa: *„Welche Probleme traten nach Ihrer Behandlung auf?“, „Welche Erfahrungen haben Sie mit sich selbst und Ihrer Umgebung nach Abschluss der Behandlung gemacht“* oder *„Was hat sich in Ihrem Leben nach der Behandlung im Vergleich zu vorher verändert?“.* Hamid & Khan (2021), Kim & Lee (2023) sowie Vardaramatou et al. (2021) erstellten für ihre Forschungsarbeiten keinen Leitfaden, sondern führten die Befragungen anhand eines offener gestalteten Interviewplans durch. Dabei wurden in zwei Studien zunächst eine offene Einleitungsfrage, etwa: *„Erzählen Sie mir von Ihren Erfahrungen mit der Unterstützung vom Zeitpunkt der Diagnose bis zum heutigen Tag“* (Hamid & Khan, 2021) oder *„Was sind Ihre Erfahrungen nach der Brustkrebsdiagnose?“* (Vardaramatou et al., 2021) gestellt. Kim & Lee (2023) bedienten sich mehrerer offener Fragen zu „schwierigen Erfahrungen“, „guten Erfahrungen“ und „Erfahrungen mit der Behandlungsumgebung“.

## 3.7 Auswertung der Daten

Die Auswertung der Ergebnisse aus den Befragungen erfolgte in fünf Studien anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Die Autor*innen von Kedida et al. (2024) wählten zur Datenauswertung eine thematische Analyse. Während die Forscher*innen von zwei Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021) die qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundman (2004) bevorzugten, wählten die Autor*innen von Kim & Lee (2023) sowie Kocak, Arslan & Ilik (2022) die qualitative Inhaltsanalyse nach Colaizzi (1978). Vardaramatou et al. (2021) machen zu ihrer qualitativen Inhaltsanalyse keine genaueren Angaben, lediglich dass sie die häufigste Methode zur Analyse schriftlicher, verbaler und visueller Kommunikationsbotschaften darstellt. Die thematische Analyse nach Castleberry & Nolen (2018) wurde in der Arbeit von Kedida et al. (2024) zur Datenauswertung herangezogen.

# 4 Hauptteil III - Zusammenfassung der Ergebnisse

Zur Analyse und Zusammenfassung der Studienergebnisse erfolgte durch den Verfasser dieser Arbeit zunächst die Codierung der entsprechenden Textpassagen, in weiterer Folge die Erstellung eines Kategorienbaumes und die Bildung von insgesamt fünf Haupt- und dreizehn Subkategorien. Anschließend wurden auf Grundlage des Kategorienbaumes eine Tabelle zur Darstellung erstellt und die Forschungsresultate den jeweiligen Kategorien zugeordnet, um die Ergebnisse qualitativ zu analysieren.

Ziel der Analyse ist es, die vorliegenden Daten, welche primär in Textform vorliegen, systematisch und prozesshaft zu bearbeiten, zu verdichten und damit schreib- und interpretierbar zu machen (Fringer & Schrems, 2018, S. 193). Das Codieren stellt eine Methode dar, bei der qualitatives Datenmaterial aufgebrochen und eine tiefgehende Reflexion sowie Auseinandersetzung und Interpretation der Ergebnisse ermöglicht wird (Fringer & Schrems, 2018, S. 197).

Schematische Übersichtsarbeiten für qualitative Studien werden dazu verwendet, um eine höhere Analyseebene zu erreichen. Ziel ist eine narrative Zusammenfassung der Ergebnisse aus allen eingeschlossenen Studien, sie wird auch als Meta-Summary bezeichnet (Möhler, 2016). Der Fokus einer Ergebnissynthese soll auf der Beschreibung der Resultate und nicht auf den in den Studien vorgegebenen Kategorien, Themen oder Codes liegen (Quasdorf, Holle & Panfil, 2018, S. 129).

Nachstehend erfolgt die Zusammenfassung der Studienergebnisse (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) auf Basis einer Ergebnissynthese auf Metaebene (Tabelle 5). In weiterer Folge werden die kategorisierten Resultate dieser Analyse zusammenfassend beschrieben.

Tabelle 5: Ergebnissynthese mit Haupt- und Subkategorien (eigene Darstellung, 2025).

| Ergebnissynthese | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ciria-Suarez et al., 2021** | **Hamid & Khan, 2021** | **Kedida et al., 2024** | **Kim & Lee, 2023** | **Kocak, Arslan & Ilik, 2022** | **Vardaramatou et al., 2021** |
| **Physiologische und körperliche Ebene** | | | | | | |
| **Körperliche Wahrnehmung, Erleben und Körperbild** | Körperbildstörung durch Verlust der Brust oder Haare; Behinderung; Attraktivitätsverlust; Mastektomie als Chance, gesund zu werden; Neuinterpretation der körperlichen Realität; Verlust der Natürlichkeit; Abwarten mit Brustrekonstruktion; Druck von außen für Rekonstruktion; | - | Sorge um Verlust der Brüste; Bedenken aufgrund Amputationen von Gliedmaßen; Identitätsverlust durch Haarausfall; Körper wird durch Erkrankung und Behandlung wesentlich beeinflusst; | Sorgen vor Veränderungen des Körperbildes; geringeres Selbstwertgefühl aufgrund von Haarausfall, Mastektomie und Narbenbildung; Angst den eigenen Körper zu sehen; Gefühl des schnellen Alterns; | Durch Veränderung des Körperbildes als unzureichend und unvollständiger Mensch empfunden; Gefühl, dass keine Kleidung gut aussieht; Veränderung des Körperbildes kann auch Selbstwert steigern; | Probleme durch Veränderung des Körperbildes; Schock nach Haarverlust; Verlust der Weiblichkeit nach Mastektomie; |
| **Schmerzen und Schmerzempfinden** | Narbenschmerzen; Gelenk- und Muskelschmerzen; | - | Allgemeine körperliche Schmerzen; Kopfschmerzen; | Schmerzen nach Strahlentherapie; Gelenkschmerzen; Muskelschmerzen; Ganzkörperschmerzen; | - | Allgemeine körperliche Schmerzen; |
| **Weitere körperliche Symptome und Leistungsfähigkeit** | Lymphödeme; Verdauungsstörungen; Gewichtsprobleme; Augenbeschwerden; Mukositis; nach Entlassung wird Zeit benötigt, um sich zu erholen; Gefühl, durch CTX vergiftet zu sein; zahlreiche Nebenwirkungen; Erschöpfungszustand; ausgelaugt fühlen; | - | Krumme Nägel, Schwindel, Gaumensymptome, Palpitationen; Appetitlosigkeit, Hautveränderungen; Einfluss der körperlichen Veränderungen auf die Lebensqualität; | Übelkeit, Obstipation, Schüttelfrost, Fieber, Hautveränderungen; Strahlenpneumonitis; Hitzewallungen; Gefühl der Schädlichkeit der Therapie; | Übergewicht, Ödeme, Taubheitsgefühle, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten; | Müdigkeit, Lymphödeme; |
| **Sexualität** | Sorge, nicht mehr schwanger werden zu können; Verlust der Libido; Belastung für Partner; Verzicht auf Sexualität; Unsicherheit; Belastung aufgrund früherer Menopause; | - | - | Verlust der Weiblichkeit und Einleitung der Menopause als große Belastung; Sorge über Unfruchtbarkeit und Kinderwunsch; Vermeiden von Sex in der Beziehung; | Unlust, Schmerzen beim Sex, Unzulänglichkeit; | Schwierigkeiten beim Sex; Sorgen aufgrund Menopause; Probleme mit Unfruchtbarkeit; |

CTX: Chemotherapie

| Psychische und emotionale Ebene | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Angst und Angstempfinden** | Angst vor dem Tod; Warten auf Ergebnisse macht Angst; Angst, keine Zeit mehr zu haben; Angst vor Behandlung oder OP; Angst vor Rückfall; Angst vor Rezidiv; | Angst nach Diagnose; | Anfängliche Angst und Verzweiflung nach Diagnose; Angst vor Auswirkungen der Erkrankung; Angst vor zusätzlichen Krankheiten; | Angst vor Rezidiv; Angst vor Metastasierung; | Angstzustände nach Behandlung; Angst vor Routineuntersuchung; Angst vor Rezidiv; Angst vor Metastasierung; | Angst und Panik bei Diagnose; Angst während des gesamten Behandlungsverlaufs; Angst vor Verlust des Lebens; Angst nach Gespräch mit anderen; Angst vor Rezidiv; |
| **Wahrnehmung und Erleben** | Nachdenken über Situation und Leben; Wahrnehmung als Weg oder Reise; das Leben steht still; Qual über Ungewissheit; Verlust der Gesundheit; Identitätsverlust; Betroffene kennen sich selber besser; Vorwürfe, selber die Krankheit verschuldet zu haben; Rückfall wird wie Erstdiagnose erlebt; Metastasen werden direkt mit dem Tod in Verbindung gebracht; | Starke emotionale Reaktion nach Diagnose; Situation äußerst herausfordernd; Krankheit wird als „alles verzehrend“ empfunden; | Emotionale Aufruhr; Sorge um Prognose; Ohnmachtsgefühl; emotionale Notlage; Behandlung hatte große Auswirkungen auf psychisches Wohlbefinden; | Wunsch, über Emotionen sprechen zu können; Gefühl, angestarrt zu werden; Versuch, als Erkrankte nicht aufzufallen; „Tausch“ mit anderer Krankheit: „lieber einen Unfall als Krebs haben“; | Vermeidung des Wortes „Krebs“ aus Aberglauben; Harmlose Schmerzen werden mit Erkrankung in Verbindung gebracht; | Verlust und Instabilität; Boden unter den Füßen verloren; das Wort „Krebs“ wird mit dem Tod in Verbindung gebracht; fühlte sich dem Ende nah; Unsicherheit über die Zukunft; am Boden zerstört; Veränderung auf verschiedenen Ebenen; emotionales Erwachen; |
| **Gefühle und Emotionen** | Wut, Ärger, Traurigkeit, Verleugnung; | Isolation, Verwirrung, Traurigkeit, Panik, Hoffnungslosigkeit; | Bedrohung, Schock, Besorgnis, Verzweiflung, Ungläubigkeit; | Wut, Stress; | Furcht, Wut, Trauer; | Schock, Kontrollverlust, Überforderung; |

OP: Operation

| Krankheitsbewältigung und Coping | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Resilienz, Bewältigungs-mechanismen und Bewältigungsstrategien** | Abwarten des Verlaufs; positive Darstellung der Situation; anderen Menschen von Situation erzählen; kleine Momente mehr genießen; Zeit besser nutzen; Konzentration auf Behandlung; Zeit, sich um sich selbst zu kümmern; neuer Haarschnitt oder Perücke; durch komplementäre Maßnahmen wie Yoga, Reiki, Meditation, Homöopathie konnte eine gute Lebensqualität erhalten werden; | In späteren Stadien Gefühl der Akzeptanz und Anpassung entwickelt; Einbinden und Unterstützung durch Umfeld; Einbinden von Familienmitgliedern zur besseren Bewältigung; Gespräche mit anderen Betroffenen; Religion, Spiritualität und Glaube an Gott als Unterstützungsquelle; Nutzen von spirituellen Heilern; | Widerstandsfähigkeit als Potential für positive emotionale Erfahrungen; optimistische Sichtweise und Glaube an positiven Verlauf; Hoffnung als treibende Kraft; Anschluss an Glaubensgemeinschaften; Konzentration auf sinnvolle Aspekte des Lebens; Streben nach einem erfüllten Leben; Glaube an Gott und Spiritualität zur Bewältigung; | Rückkehr zu sozialen Aktivitäten und Arbeitsleben als Strategie zur Lösung der Verbesserung der psychischen Belastung; Umstellung der Ernährung; | Ergänzende Methoden zur Symptombewältigung, Nahrungsergänzungsmittel; nur noch das machen, was glücklich macht; Glaube und Beten zur Krankheitsbewältigung; | Bemühungen, mit der Krankheit umzugehen und sich anzupassen; Isolation und Ignorieren der Situation zur Bewältigung; Verleugnung der Erkrankung; Entwicklung einer inneren Stärke, um mit der Situation zurechtzukommen; kämpfen und härter sein, um die Krankheit zu besiegen; Veränderungen im Verlauf, Übergang von Angst zu positivem Denken; Prioritäten werden neu definiert; Wandel zu einem besseren Leben; Streben nach Dingen, die Freude machen; Selbstentwicklung führte zu einer verbesserten Lebensqualität; |
| **Gesundheitskompetenz** | Kennen das Stadium ihrer Krebserkrankung nicht; Fehlendes Wissen über Vorteile der Behandlung; andere Meinungen wurden eingeholt; Bewusstsein über möglichen negativen Verlauf der Krankheit; | Aufbau einer Gesundheitskompetenz durch Unterstützung von Gesundheitsdienstleistern und Peergroups; | - | Einholen von Informationen aus dem Internet zur Steigerung der Kompetenz; | - | Selbstkontrolle, Mut und Ermächtigung im späteren Verlauf als Kompetenz erworben; |

| Soziale Beziehungen | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Familie, Verwandte und Rolle als Frau** | Sorgen, dass sich Krankheit negativ auf Familie auswirkt; Familie ist am stärksten in Prozess eingebunden; große Unterstützung durch Familie; Mangel an Aufmerksamkeit und Verständnis; Belastung und Ende von Beziehungen; Sprechen mit Kindern über Behandlung; Schutz der Kinder; Übernehmen Rolle als Managerin; versuchten sich zu organisieren; | Erwartungshaltung an Familie für Unterstützung; Familie als wichtigstes Unterstützungsnetzwerk; Eltern, Geschwister, Ehepartner, Kinder und besonders Frauen in der Familie als wichtigste Stütze; Unterstützung von Familienmitgliedern verweigert; Hilfe bei Haushalt und Kindererziehung; | Familie als entscheidender Faktor für die Aufrechterhaltung der Gesundheit; Schock und Angst der Familienmitglieder; Aufopferung der Familienmitglieder; finanzielle Unterstützung der Familie; Unterstützung bei der Hausarbeit und Aktivitäten des täglichen Lebens; | Vermeidung von Gesprächen mit Partner, um ihn nicht zu belasten; Große Dankbarkeit für Unterstützung und Hilfe durch Partner; dem Partner positive Einstellung signalisieren; Sorgen um Kinder und Ehegatten; Vorwurf über Vernachlässigung der Kinder; Schwierigkeiten bei der Erziehung, Hausarbeit und Kinderbetreuung; Große Unterstützung aus dem Familienverband erhalten; Kinder als Kraftquelle; Krankheit als Belastung bei der Erfüllung der Rolle als Frau; | Sorge über Erkrankung der Kinder; große Unterstützung und Zuspruch durch Familie; | Schwierigkeiten im Privatleben; die gesamte Familie ist von der Erkrankung betroffen; zunächst der Familie nichts von Krankheit gesagt; hohe Bedeutsamkeit der familiären Unterstützung; Kinder als wichtige Ressource; |
| **Soziales Umfeld** | Hohe Bedeutung von Social Media zum Austausch mit Betroffenen; bleiben bei Genesung weiter aktiv, um anderen zu helfen; Gefühl isoliert zu sein; | Andere Betroffene als Unterstützungsquelle und zum Austausch wichtig; Freunde als wichtige Ressource; Gespräche mit Freunden halfen gegen Angst und über Diagnose- und Behandlungsprozess hinweg; praktische Unterstützung und Hilfe durch Nachbarn; Freunde brachen Kontakt nach Erkrankung ab; unangemessene und verletzende Kommentare im Umfeld; | Angst und Vermeidung von Gesprächen mit anderen; Urteile und negative Reaktionen anderer gaben das Gefühl, behindert zu sein; Freunde und Gemeinschaften spendeten Hilfe, Trost und Ermutigung; soziales Umfeld fördert Widerstandsfähigkeit; | Trost durch Teilnahme an Selbsthilfegruppen; Informationseinholung im Internet und durch soziale Medien; Rückfälle anderer Betroffener machen Sorge; | Unterstützung durch Freunde finanziell und psychologisch; negative Kommentare im Umfeld; fällt schwer, Leute positiv zu überzeugen; Austausch mit Betroffenen positiv; Austausch mit Betroffenen verstärkt Angst und Stress; | Unterstützung durch Selbsthilfegruppen und Freunde; andere Betroffene als Mutmacher*innen; Stigmatisierung; Angst nach Gespräch mit anderen Betroffenen über Auswirkungen der Krankheit; Distanzierung des Umfeldes aus Angst sich anzustecken; |
| **Arbeitsleben und finanzielle Aspekte** | Aufhören zu arbeiten; Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung; erfolgte Entlassung durch Arbeitgeber; Arbeitsunfähigkeit; Überforderung; | Finanzielle Unterstützung durch Familie; Übernahme der Kosten durch Ehepartner; | Arbeitsunfähigkeit oder keine finanzielle Unterstützung durch Familie; hohe Kosten für Behandlung und Medikamente; finanzielle Zwänge durch Erkrankung; Kreditaufnahme; | Weiterhin Arbeiten gehen; Sorge davor, den Job aufzugeben; Erleichterung, wieder zu arbeiten; Arbeit zur Verbesserung der Vitalität; Angst vor Stress nach Wiederaufnahme der Arbeit; | - | Veränderungen im finanziellen und beruflichen Bereich; nach Erkrankung konnte wieder ein normales Leben geführt werden; |

| Gesundheitswesen und Dienstleister | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Erfahrungen mit Gesundheitspersonal und Gesundheitssystem** | Vertrauen in Ärzt*innen; Behandlungen werden nicht in Frage gestellt; Dankbarkeit für Behandlung; ausreichend Gespräche mit Onkolog*innen; Distanzierung von med. Personal; Informationen werden nicht wahrgenommen; erhöhte Sensibilität auf Worte und Gesten; | Zufriedenheit mit med. Fachpersonal; informative und emotionale Unterstützung am wichtigsten; Gute Informationen der Ärzt*innen über Diagnose, Prognose, Folgen und Behandlung; Wahrung der Würde durch Gesundheitspersonal; Unzufriedenheit mit Personal; unzureichender Umgang, Versorgung und Information; Fehlende Zeit des Personals; | Unterstützung durch Gesundheitspersonal spielt entscheidende Rolle für körperliches und psychisches Wohlbefinden; medizinisches und pflegerisches Personal als Quelle der Stärke und Hoffnung; Personal bot ausreichend Unterstützung und Beratung; unzureichende Verfügbarkeit von Medikamenten und Material; Bedingungen in Klinik belastend; Gefühl von Lärm, Überfüllung und Erstickens im Krankenhaus; Abschieben auf private Gesundheitseinrichtungen; | Große Dankbarkeit gegenüber Pflegepersonal für gespendeten Trost; Halt und Kraft durch Pflegeperson; Berührt von Aufmerksamkeit der Ärzt*in; hohes Vertrauen in med. Fachkräfte; Informationsdefizite bei der Aufklärung, daher Ausweichen auf Eigenrecherche notwendig; Wunsch nach systematischer psychologischer Unterstützung durch das Gesundheitswesen; | Fehlende Unterstützung durch das System; Beratungsdefizit über die Routinemaßnahmen hinaus; nachlassende Kommunikation im Verlauf; Nachsorge kommt zu kurz; | Gespräch mit Ärzt*in nicht richtig wahrgenommen; Gefühl des im Stich gelassen werdens und fehlende Information über die Überlebenschancen; |

## 4.1 Physiologische und körperliche Ebene

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus folgenden Subkategorien: körperliche Wahrnehmung, körperliches Erleben und Körperbild, Schmerzen und Schmerzempfinden, körperliche Symptome und Leistungsfähigkeit sowie Sexualität.

### 4.1.1 Körperliche Wahrnehmung, körperliches Erleben und Körperbild

Die Teilnehmerinnen in fünf Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) berichteten durchwegs über belastende Erfahrungen auf körperlicher Ebene. Insbesondere Körperbildstörungen zählten zu den wesentlichen Merkmalen der befragten Frauen in diesen fünf Studien. Die Veränderungen des Körperbildes betrafen hauptsächlich die Brust (nach Mastektomie) und die Haare (Haarausfall) im Zuge einer Chemotherapie (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021). So beschrieb eine der Teilnehmerinnen ihre Befürchtungen nach Entfernung der Brust mit den Worten *„I closed my eyes and I removed the bandaging and I didn't dare look ... with my eyes, I imagined the worst."* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 10). Eine Mastektomie wurde von den Frauen aber auch als Chance gesehen, gesund zu werden. Andere Befragte gaben wiederum an, mit der Brustrekonstruktion zuzuwarten oder Druck von außen für eine schnelle Rekonstruktion verspürt zu haben (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 14). Körperliche Veränderungen, wie der Verlust der Haare, können gerade bei Frauen zu Auswirkungen auf das Selbstbild und einem Gefühl des Identitätsverlustes führen (Kedida et al., 2024, S. 6). Eine Befragte in der Studie von Kim & Lee (2023, S. 3) äußerte ihre Angst vor einem Haarausfall im Kontext einer Chemotherapie wie folgt:

> It's actually not difficult to receive chemotherapy, but maybe it's because I'm young, I'm so afraid of hair loss. I would have [undergone treatment] with confidence if I would not lose my hair, but I was not confident in that. (Kim & Lee, 2023, S. 3)

Weiters zählten Attraktivitätsverlust, ein geringeres Selbstwertgefühl, Verlust der Weiblichkeit sowie das Gefühl, unzureichend und unvollständig zu sein, zu den wesentlichen Aussagen der Frauen (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Neben den negativen Erfahrungen in Bezug auf das Körperbild erwähnten einige Teilnehmerinnen in der Studie von Kocak, Arslan & Ilik (2022, S. 4) auch die Entwicklung einer positiven Sichtweise zu ihrem Körperbild. Sie empfanden sich und ihren Körper durch die Krankheit als wertvoller, besonderer und wichtiger als vor der Erkrankung (Kocak, Arslan & Ilik, 2022, S. 4).

### 4.1.2 Schmerzen und Schmerzempfinden

In zwei Studien (Hamid & Khan, 2021; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) wurden keine Angaben zu körperlichen Schmerzen gemacht. In den anderen vier Studien berichteten die Frauen von

verschiedenen Schmerzarten. Die Teilnehmerinnen in der Studie von Ciria-Suarez et al. (2021) sowie Kim & Lee (2023) nannten vorwiegend Gelenks- und Muskelschmerzen sowie ergänzend Narben- und Ganzkörperschmerzen als wesentliche Beschwerden. Zudem wurden besonders Schmerzen nach einer Strahlentherapie angegeben (Kim & Lee, 2023). Eine Betroffene beschrieb ihre Schmerzsituation mit den Worten:

> […] Because of joint pain, all the joints throughout my body are stiff and painful. Just like when old people get up after sitting down, they al ways say “ouch”. There is no place in my body where I do not get sore […]. (Kim & Lee, 2023, S. 3)

In den Studien von Kedida et al. (2024) und Vardaramatou et al. (2021) wurden vorwiegend unspezifisch allgemeine körperliche Schmerzen und Kopfschmerzen von den Befragten zu Protokoll gegeben. Eine Frau antwortete auf die Frage nach ihren Symptomen: *„Oh, my God! … Because of the drug, my nails are crooked; I have dizziness, palpitations, loss of appe tite, and headaches.“* (Kedida et al., 2024, S. 6).

### 4.1.3 Körperliche Symptome und Leistungsfähigkeit

Die weiteren körperlichen Symptome neben den Schmerzen im Zusammenhang mit einer Brustkrebserkrankung sind vielfältig und individuell, jedoch zeigen sich in den Studien zahlreiche Parallelen in der Symptomatik. So zählten Lymphödeme, Appetit-, Ernährungs- und Verdauungsbeschwerden, Übelkeit, Gewichtsprobleme und Hautveränderungen zu den am meisten genannten Symptomen in fünf Arbeiten. Weiters berichteten die Frauen in diesen fünf Studien übereinstimmend über Erschöpfungszustände bzw. Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit, kognitive Schwierigkeiten und eine ausgeprägte Müdigkeit (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). In drei der Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023) teilten die Befragten mit, das Gefühl zu haben, dass sich die Therapie schädlich auf den Körper auswirkt bzw. großen Einfluss auf die körperlichen Veränderungen hatte. Eine Betroffene beschrieb ihre Nebenwirkungen wie folgt: *„One day when I didn’t want to go to bed, I went to bed crying because I had the feeling that I wasn’t going to wake up. That day it was because I felt awful.“* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 11).

### 4.1.4 Sexualität

Eine Brustkrebserkrankung nimmt großen Einfluss auf das Sexualleben und die Weiblichkeit von Frauen mit einem Mammakarzinom. Es zeigen sich in vier Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) übereinstimmende Aussagen der Teilnehmerinnen in Bezug auf Sexualität, Fruchtbarkeit und Partnerschaft. Die Frauen gaben an, durch eine therapiebedingt eingeleitete Menopause oder Medikamente große Sorgen im Zusammenhang mit einer Unfruchtbarkeit oder einem unerfüllten

Kinderwunsch zu haben. Eine Teilnehmerin erzählte von ihrer Besorgnis und auftretenden Schuldgefühlen:

> When there is a parenting program or a program with children on TV, I unknowingly switch to another channel. Sometimes I feel sorry for my husband. It's not that I don't really like children, but I'm worried about what will happen if we live without having children because of me. (Kim & Lee, 2023, S. 3)

Ebenso berichteten die Befragten in diesen vier Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) über einen Verlust der Libido, Unzulänglichkeit, Unlust und bewussten Verzicht auf Sex, was mitunter die Beziehung stark belastet hat. Eine Teilnehmerin meinte: *„Sexually, I just didn't feel like it, I wasn't in the mood; not only did I not feel like it, my mucous membranes were dry and, what's smore, I just couldn't (…)."* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 11). Eine andere Betroffene drückte ihre Scham gegenüber ihrem Ehemann wie folgt aus: „*Sometimes I think I am sexually inadequate. I feel like I'm deficient. I never let my husband see me like this. I've been sleeping with artificial silicone for four years. I take it off after he sleeps."* (Kocak, Arslan & Ilik, 2022, S. 3). Zudem sprachen zahlreiche Teilnehmerinnen über Schwierigkeiten und Schmerzen beim Sex (Vardaramatou et al., 2021; Kocak, Arslan & Ilik, 2022).

Da in der Studie von Hamid & Khan (2021) der Fokus auf der sozialen Unterstützung von Frauen mit Brustkrebs liegt, wurden von den Forscher*innen zur körperlichen Ebene keine Erhebungen durchgeführt.

## 4.2 Psychische und emotionale Ebene

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus folgenden Subkategorien: Angst und Angstempfinden, Wahrnehmung und Erleben sowie Gefühle und Emotionen.

### 4.2.1 Angst und Angstempfinden

Eines der wesentlichen Merkmale von Frauen mit einem Mammakarzinom stellt die Angst dar. Betroffene sind mit zahlreichen Formen der Angst konfrontiert, welche in sämtlichen Phasen der Krebserkrankung allgegenwärtig sind und erheblichen Einfluss auf das Leben der Frauen, besonders auf der psychischen Ebene, nehmen. In allen sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) wurde von den Interviewten das Phänomen Angst thematisiert, es zeigen sich zahlreiche Übereinstimmungen in den Aussagen. Die Teilnehmerinnen nannten besonders oft folgende Merkmale: Angst nach der Diagnose, Angst vor dem Tod, Angst vor einem Rezidiv und Angst vor Metastasen (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kocak,

Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Eine Frau schilderte den Moment der Diagnose: *„The first thing I thought was that I was going to die.“* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 9). Eine weitere Befragte beschrieb ihr Angstgefühl nach der Diagnose mit ähnlichen Worten: *„I felt a terrifying fear and thought, “You have cancer you tell yourself, you’re going to die tomorrow.“* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 5). In der Studie von Hamid & Khan (2021) wird nur die Angst nach der Diagnose, in der Studie von Kim & Lee (2023) nur die Angst vor einem Rückfall oder Metastasen erwähnt. Eine Frau beschrieb ihre Angst vor einem Rezidiv mit folgenden Gedanken: *„I was scared that I would relapse if I stopped taking tamoxifen. I mean, discontinuing it did not necessarily mean I would relapse but it could still happen.“* (Kim & Lee, 2023, S. 4). Parallelen zeigen sich auch in Bezug auf die Angst vor Ergebnissen, den Auswirkungen und dem Behandlungsverlauf in vier der sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Zusätzlich gaben die Betroffenen noch Ängste vor Operationen und Angst, keine Zeit mehr zu haben (Ciria-Suarez et al., 2021), Angst vor zusätzlichen Krankheiten (Kedida et al., 2024) und Angst nach Gesprächen mit anderen Menschen (Vardaramatou et al., 2021) zu Protokoll. Eine Frau erzählte von einer besonders belastenden Unterhaltung in der Nachbarschaft:

> Sometimes I wish not to think about my disease. I get annoyed if anyone asks me about my condition. However, one of the women from my neighbourhood always asks a lot of questions about my disease and the chances of recovery. One day she told me, ‘I know a woman who died only three months after being diagnosed with breast cancer’. I was very scared and depressed by this revelation. I think if people can’t ease someone’s pain, they should at least not hurt them. (Hamid & Khan, 2021, S. 62)

### 4.2.2 Wahrnehmung und Erleben

Das Wahrnehmen und die Erfahrungen auf mentaler Ebene im Zuge einer Brustkrebserkrankung sind individuell, jedoch in den meisten Fällen besonders ausgeprägt. Eine Teilnehmerin schilderte ihre persönliche Wahrnehmung mit folgenden Worten: *„It’s a situation that only someone who has gone through can understand; you can have all the good intentions in the world, but if you haven’t gone through it, you can’t even begin to understand.“* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 8). Es zeigen sich ähnliche Wahrnehmungen und Belastungssituationen für die Befragten in den Ergebnissen. Die Frauen gaben in fünf Studien unter anderem starke emotionale Reaktionen, Aufruhr, Ohnmachtsgefühle, Unsicherheit und Ungewissheit an (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021). Auch der Wunsch, über diese Emotionen sprechen zu können, wurde von einer der Teilnehmerinnen wie folgt erwähnt: „*Instead of receiving information on surgery and treatment, I prefer to be counseled on more intimate matters, such as emotions. It would be nice to be able to talk about these kinds of topics.“* (Kim & Lee, 2023, S. 4). Ergänzend nannten die Betroffenen Merkmale wie Vorwürfe an sich selbst, Nachdenken über die Situation und die Wahrnehmung der Krankheit als Reise (Ciria-Suarez et al., 2021). In den Studien von Hamid

& Khan (2021) und Kedida et al. (2024) empfanden die Frauen ihre Krankheit als aufzehrend und bestimmend. In der Arbeit von Kim & Lee (2023) äußerten die Teilnehmerinnen vermehrt den Wunsch, über Emotionen sprechen zu können, nicht angestarrt zu werden und am liebsten die Wahl für eine andere Erkrankung treffen zu können. In den Forschungsarbeiten von Kocak, Arslan & Ilik (2022) sowie Vardaramatou et al. (2021) wurde durch die Befragten auch die Bedeutung von Worten deutlich. So gaben die Frauen an, das Wort „Krebs“ aus Aberglauben zu vermeiden oder dieses direkt mit dem Tod in Verbindung zu bringen.

### 4.2.3 Gefühle und Emotionen

Das Spektrum der Gefühle und emotionalen Empfindungen betroffener Frauen zeigt sich breit gefächert. Wurden in drei Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) jeweils Wut sowie in drei Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) Trauer bzw. Traurigkeit als bestimmendes Gefühl genannt, divergieren andere Gefühle in den Erhebungen. Die Teilnehmerinnen gaben folgende Gefühle und Emotionen in den Befragungen an: Ärger, Verleugnung, Isolation, Verwirrung, Panik, Hoffnungslosigkeit, Bedrohung, Schock, Besorgnis, Verzweiflung, Ungläubigkeit, Stress, Furcht, Kontrollverlust und Überforderung (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Eine Patientin beschrieb ihre Gefühle in den ersten Tagen nach der Diagnose mit den Worten: *„During initial days of diagnosis, I was very much distressed and was continuously crying. (…)“* (Hamid & Khan, 2021, S. 64).

## 4.3 Krankheitsbewältigung und Coping

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus folgenden Subkategorien: Resilienz, Bewältigungsmechanismen und Bewältigungsstrategien sowie Gesundheitskompetenz.

### 4.3.1 Resilienz, Bewältigungsmechanismen und Bewältigungsstrategien

Zur persönlichen Resilienz und den verschiedenen Strategien der Teilnehmerinnen zur Bewältigung ihrer Krankheit liefern die Studien unterschiedliche Ergebnisse, welche zwar im Ansatz Ähnlichkeiten, dennoch nur teilweise Übereinstimmungen zeigen. Aus diesem Grund und zur breiteren Betrachtung werden die Copingstrategien der einzelnen Studien nachfolgend getrennt voneinander beschrieben.

In der Forschungsarbeit von Ciria-Suarez et al. (2021) nannten die befragten Frauen folgende wesentlichen Merkmale zum Entwickeln einer Resilienz zur Krankheitsbewältigung: positive Darstellung der Situation und Abwarten, auf die Behandlung konzentrieren, mit Menschen über

die Krankheit sprechen, die Zeit sinnvoll nutzen und kleine Momente genießen, komplementäre Maßnahmen wie Yoga, Reiki, Meditation und Homöopathie sowie optische Veränderungen wie einen neuen Haarschnitt oder eine Perücke (Ciria-Suarez et al., 2021).

Die Frauen in der Studie von Hamid & Khan (2021) konnten in späteren Stadien ein Gefühl der Akzeptanz und Anpassung entwickeln. Ebenso wurden Gespräche mit anderen Betroffenen und das Einbinden des Umfelds sowie der Familie als gewinnbringend wahrgenommen. Besondere Bedeutung wurde auch dem Glauben zugeschrieben, welcher im Sinne von Religion, Spiritualität oder der Inanspruchnahme von Heilern eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der Krankheit einnahm (Hamid & Khan, 2021). Eine Teilnehmerin meinte zum Austausch mit einer anderen Patientin:

> When I first met her in the doctor's clinic, she had recovered from breast cancer. In that first meeting she and I discussed what she went through from the day she was diagnosed. We have been talking constantly since that meeting. Whenever I ask or tell her something, she always turns out to be a good listener. She has gone through surgery and has recovered. She always reassures me of the same by saying, 'You will definitely get through all this'. Talking to her is truly a comfort. (Hamid & Khan, 2021, S. 62)

In der Arbeit von Kedida et al. (2024) standen ebenfalls der Glaube an Gott, Spiritualität und Anschluss an Glaubensgemeinschaften im Fokus der Teilnehmerinnen. Zudem wurden eine aufgebaute Widerstandsfähigkeit und eine positive Grundeinstellung als Ressourcen für positive emotionale Erfahrungen wahrgenommen. Das Streben nach einem erfüllten Leben und Hoffnung als treibende Kraft zeigen eine deutlich optimistische Ausrichtung der Bewältigungsstrategien der befragten Frauen (Kedida et al., 2024).

Die Teilnehmerinnen in der Studie von Kim & Lee (2023) nannten die Rückkehr in das Arbeitsleben und die Partizipation an sozialen Aktivitäten als zentrale Faktoren zur Verbesserung der Resilienz. Ergänzende Methoden, beispielsweise die Umstellung der Ernährung, wurden ebenfalls als Möglichkeiten zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung genannt (Kim & Lee, 2023).

Wie in zwei der bereits beschriebenen Studien beurteilten auch in der Forschungsarbeit von Kocak, Arslan & Ilik (2022) die Frauen mit Brustkrebs den Glauben und das Beten als wichtigen Bewältigungsmechanismus. Ebenso stand ein sinnvolles Zeitmanagement im Vordergrund; die Betroffenen machten nur mehr Dinge im Leben, die ihnen Freude und Glück brachten. Eine Teilnehmerin erzählte: *„(…) Since my treatment has been completed, I have only been doing what makes me happy."* (Kocak, Arslan & Ilik, 2022, S. 4). Ergänzend wurden noch alternative, jedoch nicht näher genannte Methoden zur Symptomlinderung sowie Nahrungsergänzungsmittel eingesetzt, um die Erkrankung besser bewältigen zu können (Kocak, Arslan & Ilik, 2022).

Parallelen zu den vorherigen Studien zeigen sich bei Vardaramatou et al. (2021) in Bezug auf eine positive Herangehensweise an die Erkrankung, die Entwicklung einer inneren Stärke und die Absicht zu kämpfen, um die Krankheit zu besiegen. Ebenso gaben auch in dieser Studie Frauen zu Protokoll, dass sie nach Dingen strebten, die ihnen Freude machten sowie dass sie ihre Prioritäten neu definiert haben. Auffallend ist, dass ausschließlich in dieser Studie auch noch andere, eher negativ behaftete Herangehensweisen zur Krankheitsbewältigung von den Teilnehmerinnen gewählt wurden. Diese waren unter anderem das Verleugnen der Erkrankung, Ignorieren der Situation und Isolation vom sozialen Leben (Vardaramatou et al., 2021).

### 4.3.2 Gesundheitskompetenz

In den Studien von Kedida et al. (2024) und Kocak, Arslan & Ilik (2022) wurden keine dezidierten Angaben zur Gesundheitskompetenz der Befragten gemacht. In den anderen vier Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021) wählten die Teilnehmerinnen verschiedene Möglichkeiten, um ihre Gesundheitskompetenz aufzubauen oder zu erweitern. Auffallend ist, dass bei den Befragten in allen vier Studien zu Beginn bzw. unmittelbar nach Diagnosestellung ein Defizit an Wissen und Kompetenz vorhanden war. So gaben die Frauen in der Arbeit von Ciria-Suarez et al. (2021) an, das Stadium ihrer Erkrankung oder die Vorteile der Behandlung nicht zu kennen. Bewusst waren sie sich über die Möglichkeiten eines negativen Verlaufs ihrer Krankheit. Die Frauen versuchten unter anderem durch das Einholen anderer Meinungen oder über Literatur ihre Selbstkompetenz zu erweitern: *„I started to read a whole bunch of books to see what I could do to take care of myself in terms of nutrition and exercise; you consider everything you can do.“* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 8). Die Teilnehmerinnen in der Studie von Hamid & Khan (2021) nutzten vor allem soziale Netzwerke in Form von Peer-Groups und das Gesundheitsnetzwerk in Form von Ärzt*innen zum Erwerb von Gesundheitskompetenz:

> When doctor told me about the mastectomy, I was even more sacred. She pacified me and made me understand that mastectomy would make me cancer free. She also provided me a whole set of information about the disease, the treatment option and its side effects, chances of recovery and also provided me the suggestions for self-care. (Hamid & Khan, 2021, S. 62)

Die Brustkrebspatientinnen in der Forschungsarbeit von Kocak, Arslan & Ilik (2022) griffen unter anderem auf Online-Content zurück, um sich über ihre Erkrankung zu informieren: *„(…) I'm trying what I see on the Internet. (…)“* (Kocak, Arslan & Ilik, 2022, S. 3). Die Teilnehmerinnen der Studie von Vardaramatou et al. (2021) gaben an, im Laufe der Zeit immer mehr Ermächtigung zur Bewältigung der Krankheit erworben zu haben. Eine Befragte meinte, die Krankheit jetzt angenommen zu haben und daraus Stärke gewinnen konnte, um dagegen anzukämpfen: *„I realized that I was a fighter… I thought…“ I'll fight back I'll manage to defeat it”… now I am fighting for my life.“* (Vardaramatou et al., 2021, S. 199).

## 4.4 Soziale Beziehungen

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus folgenden Subkategorien: Familie, Verwandte und Rolle als Frau, soziales Umfeld sowie Arbeitsleben und finanzielle Aspekte.

### 4.4.1 Familie, Verwandte und Rolle als Frau

In allen sechs Studien wird die Bedeutung der Familie durch die Teilnehmerinnen besonders hervorgehoben. So berichteten die Frauen übereinstimmend, dass die Familie und Verwandte am stärksten in den Krankheitsprozess eingebunden sind, große Unterstützung bieten, als entscheidender Faktor für die Aufrechterhaltung der Gesundheit angesehen werden, als Kraftquelle dienen, sowie die größte Ressource auf sozialer Ebene darstellen. Der Familienverband wurde von den Befragten nicht nur bei der Übernahme von Aufgaben wie Haushalt, Erziehung und finanziellen Verpflichtungen als besonders wertvoll angesehen, sondern auch als psychologische und emotionale Stütze wahrgenommen (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Eine Frau betonte, wie wertvoll sie die Unterstützung ihres Ehemannes wahrgenommen hat:

> My husband was always by my side. When I had to go for first chemotherapy, I was very nervous and talked to him about it. He held my hand and told me, 'You will be fine'. He was very supportive and caring all the time. He makes me feel complete. His love and support helped me to accept my condition and fight with the disease. (Hamid & Khan, 2021, S. 59)

Die Betroffenen berichteten aber auch von schwierigen Erfahrungen in der Rolle als Frau oder Mutter. Hier standen besonders der Schutz der Kinder und Partner sowie die Erfüllung der Aufgaben und die Organisation des Alltags im Vordergrund (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Eine Teilnehmerin meinte dazu: *„What I don't want is for them to carry this baggage of having a sick mother."* (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 16). Auch Vorwürfe, Schuldgefühle, Angst der Angehörigen, verweigerte Hilfe und das Ende von Beziehungen wurden von den Teilnehmerinnen als belastend erwähnt (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021). Eine Frau erzählte von ihren Schuldgefühlen gegenüber ihrem Kind: *„Even though I wanted to see my child so badly, I told myself that I needed to recover first. It made me think that I sometimes lacked maternal affection (…)."* (Kim & Lee, 2023, S. 5).

### 4.4.2 Soziales Umfeld

Die interviewten Frauen in allen sechs Studien gaben zu Protokoll, dass neben der Familie besonders der Austausch mit anderen Betroffenen, direkt oder über soziale Medien, die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung von Freunden und Nachbarn einen wichtigen Faktor in der Bewältigung ihrer Krankheit darstellten. Sie spendeten Trost,

halfen gegen die Angst und dienten als Mutmacher*innen (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Eine Befragte sprach über ihre Erfahrungen im Austausch mit anderen Patientinnen: *„The other women with cancer gave me courage. One told me look at me, I'm fine…don't be sad, don't cry."* (Vardaramatou et al., 2021, S. 199). Ebenso wurde über negative Erfahrungen mit dem sozialen Umfeld von den Teilnehmerinnen berichtet. Beispielsweise das Gefühl, isoliert zu sein (Ciria-Suarez et al., 2021), Abbruch des Kontaktes durch Freunde oder verletzende Kommentare (Hamid & Khan, 2021), negative Reaktionen und Urteile anderer (Kedida et al., 2024; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) und Distanzierung des Umfeldes (Vardaramatou et al., 2021). Der Austausch mit anderen an Brustkrebs erkrankten Frauen hatte nicht nur positive Folgen, sondern konnte auch zu einer Belastung der interviewten Frauen führen. So sprachen die Teilnehmerinnen unter anderem davon, Gespräche mit anderen aus Angst zu vermeiden (Kedida et al., 2024) und einer Verstärkung von Angst und Stress durch Gespräche mit anderen Betroffenen (Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Eine Frau berichtete dazu:

> We had a group of friends that I met during my chemotherapy period. We used to go to each other's house every month. Talking about the disease and recurrence all the time affected me nega tively. I had nausea when I met them. I wasn't feeling well. That's why Idon't see them anymore. (Kocak, Arslan & Ilik, 2022, S. 4)

### 4.4.3 Arbeitsleben und finanzielle Aspekte

Die Frauen mit Brustkrebs berichteten in allen sechs Studien von Auswirkungen der Krankheit auf das Berufsleben oder finanziellen Herausforderungen (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Wurde in der Arbeit von Hamid & Khan (2021) positiv hervorgehoben, dass die Familie in finanziellen Angelegenheiten helfend zur Seite stand, so machten die Teilnehmerinnen in der Studie von Kedida et al. (2024) die Erfahrung, dass es seitens der Familie keine finanzielle Unterstützung gab, und erwähnten in diesem Zusammenhang, wie auch Befragte in der Arbeit von Vardaramatou et al. (2021), besonders die hohen Kosten und finanziellen Belastungen. Bei der Berufstätigkeit merkten die Frauen an, dass die Fortsetzung oder Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit einerseits positiv wahrgenommen wurde (Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021). Andererseits aber auch Probleme, wie Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung, Arbeitsunfähigkeit, Entlassung sowie Überforderung (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023) mit sich brachte. Wie schwierig sich eine Rückkehr zur Normalität oder in das Arbeitsleben gestaltete, zeigen die Gedanken von zwei Befragten:

> When they tell you that you have cancer, they make it very clear: you have a goal; you have some months of chemo, some months of radio, and when you finish, you say, "And now, what do I do?". I say that because now I have to get back to my normal life, but I don't feel normal. I still don't feel cured, I'm not 100%. And you're glad you've that you've finished it all and you're

> alive, but at the same time, you say, “Gosh ... this is very odd.” It was a very strange feeling. (Ciria-Suarez et al., 2021, S. 13)

> The people around me were probably worried about why I did not quit my job when I was undergoing treatment. This kind of sympathy made me quite uncomfortable but I think I was more afraid of quitting my job. I thought that doing so would break me. (Kim & Lee, 2023, S. 4)

## 4.5 Gesundheitswesen und Dienstleister

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse folgender Subkategorie: Erfahrungen mit Gesundheitspersonal und Gesundheitssystem.

Zu den Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen und dem medizinischen bzw. pflegerischen Fachpersonal machten die Teilnehmerinnen sowohl positive als auch negative Erfahrungen. In den Ergebnissen der Studien von Ciria-Suarez et al. (2021), Hamid & Khan (2021), Kedida et al. (2024) und Kim & Lee (2023) wurden besonders das Vertrauen in die Ärzt*innen und das Pflegepersonal sowie eine Dankbarkeit für die Beratung, Behandlung, Begleitung, Unterstützung sowie die Wahrung der Würde hervorgehoben. Eine Betroffene erzählte von ihren positiven Erfahrungen mit einer Pflegekraft:

> When I was endlessly crying, an OR nurse quietly brought me some tissues and told me that everything was going to be okay … I was so grateful for those words. Thinking about it now, that nurse probably had a lot of other patients to care for, and I bet she comforted many of them. (Kim & Lee, 2023, S. 5)

Die Erfahrungen der Frauen mit dem Gesundheitspersonal in den Arbeiten von Kocak, Arslan & Ilik (2022) sowie Vardaramatou et al. (2021) waren durchweg negativ. So berichteten die Teilnehmerinnen unter anderem von einer fehlenden Unterstützung durch das Gesundheitssystem, Beratungsdefiziten, einer nachlassenden Beratung im Laufe der Zeit (Kocak, Arslan & Ilik, 2022) sowie einem Gefühl des nicht richtig wahrgenommen und im Stich gelassen werdens (Vardaramatou et al., 2021). Eine Frau erzählte von ihrem Gefühl des allein gelassen werdens: *“I don’t believe there is such a thing as posttreatment because the cancer is not completely gone. We just learn to live with it. So, why are we left alone in the follow-up period?”* (Kocak, Arslan & Ilik, 2022, S. 4). Negative Erfahrungen machten die Frauen zudem in Bezug auf eine unsensible Kommunikation und Distanzierung von Personal (Ciria-Suarez et al., 2021), Unzufriedenheit, unzureichenden Umgang sowie fehlende Zeit im Zusammenhang mit dem Personal (Hamid & Khan, 2021), belastende Rahmenbedingungen im Krankenhaus und dem Gefühl, abgeschoben zu werden (Kedida et al., 2024), Informationsdefiziten bei der Aufklärung und dem Wunsch nach einer systematischen, fortlaufenden psychologischen Unterstützung durch das Gesundheitssystem (Kim & Lee, 2023).

# 5 Hauptteil IV - Diskussion

Nachfolgend wird die Bewertung der Studien „*Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study“* (Ciria-Suarez et al., 2021), „*Experiences of social support among Kashmiri women with breast cancer“* (Hamid & Khan, 2021), „*Women’s experiences with breast cancer during diagnosis and therapy, Wolaita, Ethiopia: a qualitative study“* (Kedida et al., 2024), „*Lived experiences of breast cancer in patients under the age of 40: A phenomenological study“* (Kim & Lee, 2023), „*Posttreatment Experiences of Breast Cancer Survivors in Turkey: A Qualitative Study“* (Kocak, Arslan & Ilik, 2022) und „*Exploring Women´s Experiences after Breast Cancer Diagnosis. A qualitative Study“* (Vardaramatou et al., 2021) tabellarisch dargestellt (Tabelle 6) und in weiterer Folge einer kritischen Würdigung unterzogen.

Tabelle 6: Bewertung der Studien (eigene Darstellung, 2025).

| Studie | Qualität der Fragestellung | Eignung des Designs | Qualität des Samples | Qualität der Datensammlung | Qualität des Leitfadens | Qualität der Auswertung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ciria-Suarez et al., 2021 | *Eignung:*<br>offene Formulierung als Ziel formuliert, Fokus auf die Phasen der Erkrankung<br>positiv<br><br>*Begründung:*<br>Forschungsstand; Wissensdefizite werden erläutert; Erleben kann adäquat ausgedrückt werden;<br>neue Erkenntnisse werden gewonnen<br>positiv<br><br>*Passung zu Tradition:*<br>Keine Tradition angegeben<br>negativ | Keine Angabe zur Tradition, daher Bezug zu Tradition nicht möglich;<br><br>Erfahrungen der Betroffenen erhoben, Einzelinterviews, Tonband-Aufzeichnungen und Feldnotizen durchgeführt<br>negativ | *Vermeidung eines Selektionsbias:*<br>Gezielte Stichprobe; strategische Auswahl der Einschluss-Kriterien, jedoch Widerspruch zwischen Einschlusskriterien und Teilnehmerinnen<br>eingeschränkt<br><br>*Anzahl der Teilnehmer*innen*<br>21 Teilnehmerinnen; Datensättigung wird angegeben und ist anzunehmen<br>positiv | *Vertrauensförderung:*<br>Wahl des Ortes der Datenerhebung nur eingeschränkt möglich (online); keine Angaben zur Gesprächsatmosphäre<br>eingeschränkt<br><br>*Vermeidung von Beeinflussung:*<br>Erfahrene Interviewer*innen;<br>keine Suggestivfragen<br>positiv<br><br>*Ethische Prinzipien:*<br>Ethikvotum eingeholt;<br>Einwilligung, Freiwilligkeit, Vertraulichkeit gegeben<br>positiv<br><br>*Kontrollmaßnahmen:*<br>Transkription; Videoaufzeichnung; Notizen; Kontrolldaten erhoben (Beobachtung)<br>positiv | Leitfaden systematisch aufgebaut; steht plausibel im Zusammenhang mit Forschungsfrage;<br><br>Leitfaden wird dargestellt und beschrieben<br>positiv | *Übersichtlichkeit:*<br>Aufbau der Ergebnisse strukturiert; mehrfach kategorisiert; Zwischenüberschriften; Codierung<br>positiv<br><br>*Vermeidung eines Interpretationsbias:*<br>Mehrere Auswertende; Diskussion der Ergebnisse; Triangulation<br>positiv<br><br>*Schlüssigkeit:*<br>Qualitative Inhaltsanalyse (Graneheim & Lundmann, 2004). Verdichtung; Trennschärfe gegeben; widerspruchsfrei<br>positiv |
| Hamid & Khan, 2021 | *Eignung:*<br>keine Fragestellung oder Zielsetzung<br>negativ<br><br>*Begründung:*<br>Forschungsstand; Wissensdefizite werden erläutert; Erleben kann adäquat ausgedrückt werden;<br>neue Erkenntnisse werden gewonnen<br>positiv<br><br>*Passung zu Tradition:*<br>Tradition angegeben und passend<br>positiv | Bezug zur Tradition gegeben;<br><br>Erfahrungen der Betroffenen erhoben, Einzelinterviews, Tonband-Aufzeichnungen durchgeführt<br>positiv | *Vermeidung eines Selektionsbias:*<br>Gezielte Stichprobe; strategische Auswahl der Einschluss-Kriterien<br>positiv<br><br>*Anzahl der Teilnehmer*innen*<br>12 Teilnehmerinnen; Datensättigung wird angegeben und ist anzunehmen<br>positiv | *Vertrauensförderung:*<br>Freie Wahl des Ortes der Datenerhebung (zuhause); Zeitpunkt frei wählbar; keine Angaben zur Gesprächsatmosphäre<br>eingeschränkt<br><br>*Vermeidung von Beeinflussung:*<br>Erfahrene Interviewer*innen;<br>keine Suggestivfragen<br>positiv<br><br>*Ethische Prinzipien:*<br>Kein Ethikvotum eingeholt (vulnerable Gruppe); Einwilligung, Freiwilligkeit, Vertraulichkeit gegeben<br>negativ<br><br>*Kontrollmaßnahmen:*<br>Transkription; Tonbandaufzeichnungen;<br>keine zusätzlichen Kontrollmaßnahmen<br>negativ | Kein Leitfaden; Interviewplan nachvollziehbar aufgebaut; steht plausibel im Zusammenhang mit Forschungsfrage;<br><br>Darstellung und Beschreibung mangelhaft, nur auszugsweise skizziert<br>eingeschränkt | *Übersichtlichkeit:*<br>Aufbau der Ergebnisse strukturiert und kategorisiert; Zwischenüberschriften; Codierung<br>positiv<br><br>*Vermeidung eines Interpretationsbias:*<br>Zwei Auswertende<br>positiv<br><br>*Schlüssigkeit:*<br>Qualitative Inhaltsanalyse (Graneheim & Lundmann, 2004). Verdichtung; Trennschärfe gegeben; widerspruchsfrei<br>positiv |

| Studie | Qualität der Fragestellung | Eignung des Designs | Qualität des Samples | Qualität der Datensammlung | Qualität des Leitfadens | Qualität der Auswertung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kedida et al., 2024 | *Eignung:*<br>offene Formulierung, als Ziel formuliert<br>positiv<br><br>*Begründung:*<br>Forschungsstand; Wissensdefizite werden erläutert; Erleben kann adäquat ausgedrückt werden; neue Erkenntnisse werden gewonnen<br>positiv<br><br>*Passung zu Tradition:*<br>Keine Tradition angegeben<br>negativ | Keine Angabe zur Tradition, daher Bezug zu Tradition nicht möglich;<br><br>Erfahrungen der Betroffenen erhoben, Einzelinterviews, Tonband-Aufzeichnungen und Feldnotizen durchgeführt<br>negativ | *Vermeidung eines Selektionsbias:*<br>Gezielte Stichprobe; strategische Auswahl der Einschluss-Kriterien, jedoch Fraglichkeit bei den Einschlusskriterien (psychische Erkrankungen)<br>eingeschränkt<br><br>*Anzahl der Teilnehmer*innen*<br>10 Teilnehmerinnen; Datensättigung wird angegeben und ist anzunehmen<br>positiv | *Vertrauensförderung:*<br>Freie Wahl des Ortes der Datenerhebung; angenehme Atmosphäre ermöglicht<br>positiv<br><br>*Vermeidung von Beeinflussung:*<br>Erfahrene Interviewer*innen; keine Suggestivfragen<br>positiv<br><br>*Ethische Prinzipien:*<br>Ethikvotum eingeholt; Einwilligung, Vertraulichkeit, Rücktrittsrecht gegeben<br>positiv<br><br>*Kontrollmaßnahmen:*<br>Transkription; Tonbandaufzeichnungen; Notizen; Kontrolldaten erhoben (Übereinstimmungen und Widersprüche, mehrere Interviews)<br>positiv | Leitfaden systematisch aufgebaut; steht plausibel im Zusammenhang mit Forschungsfrage;<br><br>Leitfaden wird vollständig dargestellt und beschrieben<br>positiv | *Übersichtlichkeit:*<br>Aufbau der Ergebnisse strukturiert; mehrfach kategorisiert; Zwischenüberschriften; Codierung<br>positiv<br><br>*Vermeidung eines Interpretationsbias:*<br>Mehrere Auswertende; Diskussion der Ergebnisse; Triangulation; Member-Check<br>positiv<br><br>*Schlüssigkeit:*<br>Thematische Analyse (Castleberry & Nolen, 2018). Verdichtung; Trennschärfe gegeben; widerspruchsfrei<br>positiv |
| Kim & Lee, 2023 | *Eignung:*<br>offene Formulierung, als Ziel formuliert, Fokus auf junge Frauen<br>positiv<br><br>*Begründung:*<br>Forschungsstand; Wissensdefizite werden erläutert; Erleben kann adäquat ausgedrückt werden; neue Erkenntnisse werden gewonnen<br>positiv<br><br>*Passung zu Tradition:*<br>Tradition angegeben und passend<br>positiv | Bezug zur Tradition gegeben;<br><br>Erfahrungen der Betroffenen erhoben, Einzelinterviews, Tonband-Aufzeichnungen durchgeführt<br>positiv | *Vermeidung eines Selektionsbias:*<br>Gezielte Stichprobe; strategische Auswahl der Einschluss-Kriterien, jedoch Widerspruch zwischen Ausschlusskriterien und Teilnehmerinnen<br>eingeschränkt<br><br>*Anzahl der Teilnehmer*innen*<br>10 Teilnehmerinnen; Datensättigung wird angegeben und ist anzunehmen<br>positiv | *Vertrauensförderung:*<br>Ort der Datenerhebung: keine Angabe; angenehme Atmosphäre ermöglicht<br>eingeschränkt<br><br>*Vermeidung von Beeinflussung:*<br>Erfahrene Interviewer*innen; keine Suggestivfragen<br>positiv<br><br>*Ethische Prinzipien:*<br>Ethikvotum eingeholt; Einwilligung, Vertraulichkeit gegeben<br>positiv<br><br>*Kontrollmaßnahmen:*<br>Transkription; Tonbandaufzeichnungen; Kontrolldaten erhoben (Mehrdeutigkeit, zweimaliges Interview)<br>positiv | Kein Leitfaden; Interviewplan nicht nachvollziehbar; steht im Zusammenhang mit Forschungsfrage;<br><br>Darstellung und Beschreibung fehlt;<br>negativ | *Übersichtlichkeit:*<br>Aufbau der Ergebnisse strukturiert; mehrfach kategorisiert; Zwischenüberschriften; Codierung<br>positiv<br><br>*Vermeidung eines Interpretationsbias:*<br>Mehrere Auswertende; Diskussion der Ergebnisse;<br>positiv<br><br>*Schlüssigkeit:*<br>Qualitative Inhaltsanalyse (Colaizzi, 1978). Verdichtung; Trennschärfe gegeben; widerspruchsfrei<br>positiv |

| Studie | Qualität der Fragestellung | Eignung des Designs | Qualität des Samples | Qualität der Datensammlung | Qualität des Leitfadens | Qualität der Auswertung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kocak, Arslan & Ilik, 2022 | *Eignung:*<br>offene Formulierung, als Ziel formuliert, Fokus auf Nachbehandlungs-Erfahrungen<br>positiv<br><br>*Begründung:*<br>Forschungsstand; Wissensdefizite werden erläutert; Erleben kann adäquat ausgedrückt werden; neue Erkenntnisse werden gewonnen<br>positiv<br><br>*Passung zu Tradition:*<br>Tradition angegeben und passend<br>positiv | Bezug zur Tradition gegeben;<br><br>Erfahrungen der Betroffenen erhoben, Einzelinterviews, Tonband-Aufzeichnungen und Feldnotizen durchgeführt<br>positiv | *Vermeidung eines Selektionsbias:*<br>Gezielte Stichprobe; strategische Auswahl der Einschluss-Kriterien<br>positiv<br><br>*Anzahl der Teilnehmer*innen*<br>18 Teilnehmerinnen; Datensättigung wird angegeben und ist anzunehmen<br>positiv | *Vertrauensförderung:*<br>Keine freie Wahl des Ortes der Datenerhebung; angenehme Atmosphäre ermöglicht<br>eingeschränkt<br><br>*Vermeidung von Beeinflussung:*<br>Erfahrene Interviewer*innen; keine Suggestivfragen<br>positiv<br><br>*Ethische Prinzipien:*<br>Ethikvotum eingeholt; Einwilligung, Freiwilligkeit, Vertraulichkeit gegeben<br>positiv<br><br>*Kontrollmaßnahmen:*<br>Transkription; Tonbandaufzeichnungen; Notizen; Kontrolldaten erhoben (Mehrdeutigkeit, Rückfragen)<br>positiv | Leitfaden systematisch aufgebaut; steht plausibel im Zusammenhang mit Forschungsfrage;<br><br>Leitfaden wird vollständig dargestellt und beschrieben<br>positiv | *Übersichtlichkeit:*<br>Aufbau der Ergebnisse strukturiert; mehrfach kategorisiert; Zwischenüberschriften; Codierung<br>positiv<br><br>*Vermeidung eines Interpretationsbias:*<br>Mehrere Auswertende; Diskussion der Ergebnisse; Member-Check<br>positiv<br><br>*Schlüssigkeit:*<br>Qualitative Inhaltsanalyse (Colaizzi, 1978).<br>Verdichtung; Trennschärfe gegeben; widerspruchsfrei<br>positiv |
| Vardaramatou et al., 2021 | *Eignung:*<br>offene Formulierung, als Ziel formuliert, Fokus auf Zeitpunkt nach Diagnose<br>positiv<br><br>*Begründung:*<br>Forschungsstand; Wissensdefizite werden erläutert; Erleben kann adäquat ausgedrückt werden; neue Erkenntnisse werden gewonnen<br>positiv<br><br>*Passung zu Tradition:*<br>Keine Tradition angegeben<br>negativ | Keine Angabe zur Tradition, daher Bezug zu Tradition nicht möglich;<br><br>Erfahrungen der Betroffenen erhoben, Einzelinterviews, Tonband-Aufzeichnungen durchgeführt<br>negativ | *Vermeidung eines Selektionsbias:*<br>Gezielte Stichprobe; strategische Auswahl der Einschluss-Kriterien<br>positiv<br><br>*Anzahl der Teilnehmer*innen*<br>10 Teilnehmerinnen; Keine Angaben zur Datensättigung; Datensättigung kann nicht zweifelsfrei beurteilt werden<br>eingeschränkt | *Vertrauensförderung:*<br>Freie Wahl des Ortes der Datenerhebung; keine Angaben zur Gesprächsatmosphäre;<br>eingeschränkt<br><br>*Vermeidung von Beeinflussung:*<br>Erfahrene Interviewer*innen; keine Suggestivfragen<br>positiv<br><br>*Ethische Prinzipien:*<br>Ethikvotum mangelhaft; Einwilligung, Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, Rücktrittsrecht gegeben<br>eingeschränkt<br><br>*Kontrollmaßnahmen:*<br>Transkription; Tonbandaufzeichnungen; Kontrolldaten erhoben (Beobachtung)<br>positiv | Kein Leitfaden; Interviewplan nachvollziehbar aufgebaut; steht plausibel im Zusammenhang mit Forschungsfrage;<br><br>Darstellung und Beschreibung mangelhaft, nur auszugsweise skizziert<br>eingeschränkt | *Übersichtlichkeit:*<br>Aufbau der Ergebnisse strukturiert; mehrfach kategorisiert; Zwischenüberschriften; Codierung<br>positiv<br><br>*Vermeidung eines Interpretationsbias:*<br>Zwei Auswertende<br>positiv<br><br>*Schlüssigkeit:*<br>Qualitative (induktive) Inhaltsanalyse; Verdichtung; Trennschärfe gegeben; widerspruchsfrei<br>positiv |

## 5.1 Qualität der Fragestellungen

Die Fragestellungen in fünf der sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) sind in Form eines Forschungsziels eindeutig sowie offen formuliert, daher ist diese Kategorie in diesen fünf Studien als positiv zu bewerten. Die offene Formulierung einer Frage oder eines Forschungsziels ermöglicht es, die gesamte Breite des Erlebens zu erfragen. Panfil (2018, S. 36) hält dazu fest, dass eine Zielformulierung passend ist, wenn die Absicht besteht, daraus pflegerische Erkenntnisse abzuleiten. Eine klare Formulierung der Frage erleichtert weitere Entscheidungen im Forschungsprozess und hat zudem Auswirkungen auf die Stichprobe. Daher sollte überprüft werden, ob sämtliche Bestandteile der Forschungsfrage eindeutig formuliert sind (Panfil, 2023, S. 36). Die Autor*innen der Studie von Hamid & Khan (2021) geben in ihrer Arbeit weder eine Forschungsfrage noch ein Forschungsziel an, das ist ungewöhnlich. Es wird im Artikel lediglich auf die durchgeführten Untersuchungen hingewiesen. Daher ist die Qualität der Fragestellung in dieser Studie unzureichend und somit als negativ zu bewerten.

In allen sechs Studien nehmen die Forscher*innen im Einleitungsteil genau Bezug auf die Problemstellung, auf den bisherigen Stand der Forschung sowie vorhandene Forschungslücken. Sie können damit plausibel den Grund und Nutzen ihrer Untersuchungen darstellen und entsprechend begründen (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Daher ist die Fokusqualität für alle sechs Studien positiv zu bewerten.

Die Autor*innen der Studien von Hamid & Khan (2021), Kim & Lee (2023) sowie Kocak, Arslan & Ilik (2022) wählten für ihre Untersuchungen jeweils eine phänomenologische Forschungstradition. Sowohl das Design als auch die Datensammlungsstrategie lassen sich mit der Phänomenologie in Einklang bringen. Fringer & Schrems (2018, S. 86) merken zur Datensammlung an, dass das gesprochene Wort zum Ausdruck von Erfahrungen das bevorzugte Mittel darstellt und daher die Datensammlung überwiegend auf Interviews beruht. Da die Forscher*innen vollständig diese Kriterien erfüllen, ist die Qualität der Passung zur Tradition in diesen drei Studien (Hamid & Khan, 2021; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) als positiv zu beurteilen. Die Autor*innen der Studien von Ciria-Suarez et al. (2021), Kedida et al. (2024) und Vardaramatou et al. (2021) geben in ihrem Artikel keine Tradition an, auf welche ihre Arbeiten begründet sind. Zwar lässt die Gestaltung der Studien aufgrund ihrer Ansätze die Interpretation zu, dass es sich um phänomenologische Erhebungen handelt, und auch die wesentlichen Kriterien der Phänomenologie laut Fringer & Schrems (2018, S. 86) erfüllt werden. Die Passung ist jedoch aufgrund einer fehlenden Angabe der Tradition als negativ zu bewerten.

## 5.2 Eignung der Designs

Behrens & Langer (2022, S. 161) halten zum Design einer Studie fest, dass dieses als geeignet gilt, wenn beispielsweise die Erfahrungen mit einer bestimmten Erkrankung auf phänomenologischer Basis erforscht werden sollen und die Methode im qualitativen Design abgebildet wird. Zudem müssen gemäß Fringer & Schrems (2018, S. 86) die Kriterien für eine phänomenologische Erhebung, wie Auseinandersetzung mit den persönlichen Erfahrungen, Ansicht, dass sich die Menschen ihrer Erfahrungen bewusst sind, und die Entwicklung und Beschreibung der Essenz dieser Erfahrungen, erfüllt sein. Voraussetzung dafür ist jedoch die Angabe der verwendeten Forschungstradition. In den Studien von Hamid & Khan (2021), Kim & Lee (2023) sowie Kocak, Arslan & Ilik (2022) kann aufgrund des verwendeten Designs und der Nennung der Tradition die Eignung des Designs als positiv gewertet werden.

Da in den Studien von Ciria-Suarez et al. (2021), Kedida et al. (2024) und Vardaramatou et al. (2021) trotz der grundsätzlich vorhanden phänomenologischen Merkmale (Fringer & Schrems, 2018, S. 86) keine Tradition angegeben wird, ist die Passung zwischen Tradition und Design als negativ zu beurteilen.

## 5.3 Qualität der Samples

Die Forscher*innen aller sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) haben eine gezielte Auswahl der Teilnehmerinnen, sowohl in Bezug auf das Forschungsfeld, als auch in Bezug auf die Einschlusskriterien, vorgenommen. Unter einer gezielten Stichprobe wird eine gezielte Auswahl sogenannter typischer Fälle verstanden; hierbei werden nach subjektiven Kriterien von den Forschenden typische Vertreter der Grundgesamtheit ausgewählt. Eine gezielte Stichprobe ist für eine deskriptive Datensammlung in qualitativen Studien, in denen die durchlebte Erfahrung im Zusammenhang mit einem bestimmten Phänomen beschrieben werden soll, geeignet (Mayer & große Schlarmann, 2018, S. 179). Damit wurden treffende Maßnahmen gegen eine Verzerrung der Auswahl getroffen. In den Studien von Hamid & Khan (2021), Kocak, Arslan & Ilik (2022) und Vardaramatou et al. (2021) erfüllen die Teilnehmerinnen die gewählten Ein- und Ausschlusskriterien, daher wird die Vermeidung eines Selektionsbias für diese drei Arbeiten positiv bewertet. Auffallend sind in drei Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023) Widersprüche zwischen den Ein-/Ausschlusskriterien und den tatsächlich befragten Frauen. In der Forschungsarbeit von Ciria-Suarez et al. (2021) lautet eines der Einschlusskriterien ein histologisch gesichertes Adenokarzinom der Brust in den letzten fünf Jahren. Die Autor*innen geben jedoch in ihrer Studie an, dass sowohl Patientinnen mit einer Erkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre (80%) als auch Patientinnen mit einer Erkrankung vor mehr als fünf Jahren (20%) in die Studie aufgenommen wurden; sie

widersprechen damit ihren festgelegten Kriterien. In der Arbeit von Kedida et al. (2024) waren Frauen ausgeschlossen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Hier stellt sich die Frage, ob Brustkrebspatientinnen nicht zwangsläufig psychisch schwer belastet oder erkrankt sind, bzw. welchen Maßstab (zum Beispiel diagnostizierte Erkrankung nach ICD-10) die Forscher*innen angewendet haben, um eine psychische Erkrankung festzustellen und die Teilnehmerinnen damit von der Studie auszuschließen. In der Arbeit finden sich dazu keine genaueren Angaben, es lässt daher einen fraglichen Interpretationsspielraum. Die Forscher*innen von Kim & Lee (2023) legten als Einschlusskriterium fest, dass die Teilnehmerinnen unter 40 Jahren sein mussten. In den soziodemografischen Daten finden sich jedoch zwei Teilnehmerinnen mit genau 40 Jahren. Dies kann unter Umständen damit zusammenhängen, dass die Befragten zum Zeitpunkt der Stichprobenauswahl noch nicht das 40. Lebensjahr erreicht hatten oder auch andere Gründe vorlagen. Ob diese Abweichung eine Auswirkung auf die Ergebnisse hatte oder vernachlässigt werden kann, bleibt ebenso eine offene Frage. Gerade in dieser Studie ist jedoch das Alter aufgrund der Fragestellung von besonderer Relevanz, da die Autor*innen explizit die Erfahrungen junger Frauen in einer festgelegten Altersspanne untersuchen wollten, deshalb konkrete Einschlusskriterien festgelegt haben und hierfür ein einseitiges Sample gewählt haben. Aus den oben genannten Gründen wird die Vermeidung eines Selektionsbias für diese drei Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee (2023) nur eingeschränkt bewertet.

Mayer & große Schlarmann (2018, S. 183) merken zur Stichprobengröße bei qualitativen Studien an, dass es keine Methode gibt, um die Größe der Stichprobe im Vorfeld zu bestimmen oder die Qualität einer Studie auf Grund der Stichprobe zu beurteilen. Das Ziel ist, ein bislang unbekanntes Phänomen zu erfassen und zu beschreiben. Dieses Ziel gilt dann als erreicht, wenn keine weiteren relevanten Informationen mehr gewonnen werden können; in diesem Zusammenhang wird von einer Datensättigung gesprochen. Erfahrungsgemäß sollten bei qualitativen Studien lt. GUK (2024) nicht weniger als zehn Teilnehmer*innen befragt werden, um der Gefahr zu entgehen, dass wesentliche Aspekte nicht genannt werden. In den vorliegenden Studien wurden 21 (Ciria-Suarez et al., 2021), zwölf (Hamid & Khan, 2021), zehn (Kedida et al., 2024), zehn (Kim & Lee, 2023), 18 (Kocak, Arslan & Ilik, 2022) und zehn (Vardaramatou et al., 2021) Frauen zu ihren Erfahrungen befragt. Den Ergebnisteilen aller sechs Arbeiten ist zu entnehmen, dass sich zahlreiche Antworten ähneln oder gleichen. In fünf der sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022) wurden zehn oder mehr Frauen befragt, dazu wird in den Artikeln die Datensättigung bestätigt. Sie sind daher als positiv zu beurteilen. In der Studie von Vardaramatou et al. (2021) finden sich keine Angaben zur Datensättigung, eine zweifelsfreie Feststellung ist nicht möglich. Daher wird die Datensättigung dieser Studie als eingeschränkt bewertet.

## 5.4 Qualität der Datensammlungen

Qualitative Befragungen sollten zur Vertrauensförderung in einer angenehmen, vertrauten Umgebung stattfinden. Scheytt (2025) meint zur Auswahl des Durchführungsortes, dass darauf zu achten ist, dass Befragte sich wohl fühlen, ein ungestörtes Gespräch geführt werden kann und die Anonymität gewährleistet ist. Diese Maßnahmen zur Vertrauensförderung sind lediglich in einer Studie (Kedida et al., 2024) positiv zu bewerten. Die Autor*innen ermöglichten den Teilnehmerinnen eine freie Wahl des Ortes der Befragung und legten zudem Wert auf eine angenehme Gesprächsatmosphäre. In den weiteren fünf Arbeiten können die Maßnahmen zur Vertrauensförderdung lediglich eingeschränkt beurteilt werden. Hamid & Khan (2021) sowie Vardaramatou et al. (2021) geben an, dass der Ort der Datenerhebung bzw. der Zeitpunkt frei wählbar waren, zur Gesprächsatmosphäre werden jedoch keine Angaben gemacht. Kocak, Arslan & Ilik (2022) legten den Ort der Befragung ohne Wahlmöglichkeit fest, stellten aber eine angenehme Gesprächs- bzw. Interviewatmosphäre sicher. Ciria-Suarez et al. (2021) waren aufgrund der Covid-Pandemie zu Online-Interviews gezwungen, die von den Teilnehmerinnen an einem Ort ihrer Wahl abgehalten werden konnten. Zur Gesprächsatmosphäre machen die Autor*innen jedoch keine Angaben. Kim & Lee (2023) machen wiederum zum Ort der Datenerhebung keine Angaben, legten aber auf eine angenehme Atmosphäre im Rahmen der Befragungen Wert.

In allen sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) kann die Vermeidung einer Beeinflussung als positiv bewertet werden. Es werden sowohl die Kriterien der Interviewführung durch erfahrene Forscher*innen und/oder Expert*innen als auch die Vermeidung von Suggestivfragen im Rahmen der Befragungen erfüllt. Hopf (2019, S. 357-360) meint dazu, dass gewisse Bedingungen unerlässlich sind, um aussagekräftige Schilderungen des Erlebens zu gewinnen. Dazu zählen neben der Qualität des Leitfadens unter anderem die Qualifikation und Erfahrung der Interviewer*innen, deren sozialen Fähigkeiten und ihr Kommunikationsstil.

Panfil (2018, S. 40) führt an, dass in jeder Forschung ethische Prinzipien und Maßnahmen des Datenschutzes gewahrt, und ein Forschungsprojekt einer Ethikkommission vorgelegt werden müssen. Der Forschungsplan ist einer unabhängigen Begutachtung zu unterziehen, und die Teilnehmer*innen müssen durch eine informierte Einwilligung ihrer Teilnahme zustimmen. Eine weitere Voraussetzung ist die Freiwilligkeit und die Möglichkeit, die Befragung abzubrechen oder an der Studie nicht mehr teilzunehmen (Bartholomeyczik & Schrems, 2018, S. 246f). Die Arbeiten von Ciria-Suarez et al. (2021), Kedida et al. (2024), Kim & Lee (2023) sowie Kocak, Arslan & Ilik (2022) erfüllen diese Kriterien, wenngleich in den Studien von Ciria-Suarez

et al. (2021) sowie von Kocak, Arslan & Ilik (2022) keine gesonderten Angaben zum Rücktrittsrecht, in der Arbeit von Kedida et al. (2024) keine gesonderten Angaben zur Freiwilligkeit und im Artikel von Kim & Lee (2023) keine gesonderten Angaben zum Rücktritt und zur Freiwilligkeit erwähnt werden. Nachdem jedoch diesen vier Forschungsprojekten entsprechende Einwilligungen sowie ein Ethikvotum vorliegen, ist davon auszugehen, dass im Rahmen der Zustimmung auf diese Faktoren hingewiesen wurde. Daher ist die Einhaltung der ethischen Prinzipien in diesen vier Studien positiv zu beurteilen. In der Studie von Hamid & Khan (2021) gibt es keine Angaben zu einem Ethikvotum, in der Arbeit von Vardaramatou et al. (2021) nur die vage Information, dass ein solches erteilt wurde. Da besonders bei vulnerablen Gruppen ein Ethikvotum unerlässlich ist (GUK, 2024, S. 12), werden die ethischen Voraussetzungen in diesen Studien negativ (Hamid & Khan, 2021) bzw. eingeschränkt (Vardaramatou et al., 2021) bewertet.

In fünf der sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) wurden die Interviews mittels Video- oder Tonbandaufzeichnung gesichert, transkribiert und durch zusätzliche Maßnahmen aufgewertet. Demzufolge sind die Kontrollmaßnahmen in diesen Arbeiten als positiv zu beurteilen. In der Forschungsarbeit von Hamid & Khan (2021) werden keinerlei Kontrollmaßnahmen benannt, daher erfolgt in dieser Kategorie eine negative Beurteilung. Mayer, Panfil & Brandenburg (2018, S. 150) halten dazu fest, dass in der qualitativen Forschung mehrere Möglichkeiten der Datenerhebung genützt werden. Da diese Vor- und Nachteile haben, ist vor der Auswahl abzuwägen, welche Ressourcen zur Verfügung stehen. Behrens & Langer (2022, S. 178) betonen, dass Interviews in der Regel auf Tonband oder Video aufgezeichnet und später wortgetreu transkribiert werden. Laut Fringer und Schrems (2018, S. 188) müssen vor der qualitativen Analyse die erhobenen Daten gesichert, erschlossen, die Rohdaten archiviert und anschließend transkribiert werden, wobei die Transkription bereits als erster Schritt der Datenanalyse betrachtet wird.

## 5.5 Qualität der Leitfäden

Kelle & Tempel (2020, S. 1129) meinen zur Qualität eines Leitfadens, dass die Beantwortung einer Forschungsfrage ein strukturiertes Vorgehen erfordert, welches durch einen Gesprächsleitfaden mit einer Reihe von Themenschwerpunkten gewährleistet wird. Ciria-Suarez et al. (2021), Kedida et al. (2024) sowie Kocak, Arslan & Ilik (2022) führten ihre Befragungen jeweils anhand von systematisch aufgebauten Gesprächsleitfäden durch, welche plausibel im Zusammenhang mit der Forschungsfrage stehen sowie nachvollziehbar dargestellt und beschrieben werden. Die Qualität des Leitfadens ist für diese drei Studien als positiv zu werten. Hamid & Khan (2021) und Vardaramatou et al. (2021) orientierten sich lediglich an einem Interviewplan,

welcher zwar plausibel im Kontext des Forschungsinteresses steht, jedoch nur auszugsweise skizziert und mangelhaft beschrieben wird. Die Qualität des Leitfadens ist für diese beiden Studien als eingeschränkt zu beurteilen. In der Studie von Kim & Lee (2023) finden sich weder Angaben zu einem Gesprächsleitfaden, noch wird der Interviewplan genauer beschrieben. Daher wird die Qualität des Leitfadens in dieser Forschungsarbeit negativ bewertet.

## 5.6 Qualität der Auswertungen

Die Qualität der Auswertungen ist für alle sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) insgesamt, als auch in Bezug auf Übersichtlichkeit und Vermeidung eines Interpretationsbias, als positiv zu bewerten. Die Resultate werden in sämtlichen Arbeiten umfangreich, detailliert und schlüssig dargestellt. Folgende Kriterien sind dabei relevant: Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit (Mayer, Panfil, Fringer & Schrems, 2018, S. 165f). Die Daten wurden von den Autor*innen in den Studien mehrfach kategorisiert, mit Zwischenüberschriften versehen und durch zwei oder mehrere Auswertende unabhängig voneinander analysiert. Weites wurden die Daten zu konzeptionellen Einheiten verdichtet und codiert. Mit der Codierung werden unterschiedliche Prozesse zur Datenanalyse herangezogen, die in den meisten qualitativen Verfahren vorkommen (Fringer & Schrems, 2018, S. 192). Zusätzlich wurde in den Studien von Kedida et al. (2024) und Kocak, Arslan & Ilik (2022) ein Member-Check und in den Forschungen von Ciria-Suarez et al. (2021) sowie Kedida et al. (2024) eine Triangulation durchgeführt. Von Kardorff & Schönberger (2020, S. 145) halten dazu fest, dass unterschiedliche Formen der Triangulation erforderlich sind, um Muster zu identifizieren, zu plausibilisieren und zu einer schlüssigen Interpretationslinie zu gelangen. Weiters wurde in den Arbeiten durch eine umfangreiche Reflexion oder Diskussion der Ergebnisse des möglichen Interpretationsbias (Fringer & Schrems, 2018, S. 192) vorgebeugt.

Zur Analyse der Daten wählten die Forscher*innen von Ciria-Suarez et al. (2021) sowie Hamid & Khan (2021) jeweils eine qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundmann (2004). Dabei basiert der Schwerpunkt auf zwei Säulen: der Analyse des konkreten Inhalts eines Textes und der Interpretation des latenten Inhalts von Texten (Graneheim & Lundmann, 2004, S. 105). Die Autor*innen von Kim & Lee (2023) sowie Kocak, Arslan & Ilik (2022) führten die Auswertung der Daten anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Colaizzi (1978) durch. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Colaizzi ist eine Methode zur Datenanalyse in der deskriptiven phänomenologischen Forschung. Sie zielt darauf ab, in sieben Schritten die Essenz von Erfahrungen der Teilnehmer*innen zu beschreiben und gewährleistet eine systematische und tiefgehende Analyse von Erfahrungsberichten (Morrow, Rodriguez & King, 2015, S. 2f). Kedida et al. (2024) wählten zur Analyse der Ergebnisse eine thematische Analyse nach Castleberry

& Nolen (2018). Die thematische Analyse ist ein methodischer Ansatz zur Datenanalyse qualitativer Studien, um in fünf Schritten die Muster, Themen und Bedeutungen in den Daten systematisch zu identifizieren und zu interpretieren (Castleberry & Nolen, 2018, S. 807-815). In der Arbeit von Vardaramatou et al. (2021) wird auf eine qualitative, induktive Inhaltsanalyse verwiesen. Gemäß den Autor*innen ist in qualitativen Studien die Inhaltsanalyse die häufigste Methode zur Analyse schriftlicher, verbaler oder visueller Kommunikationsbotschaften. Die qualitative Inhaltsanalyse umfasst das aktive Lesen, Bewerten, Kodieren sowie die Organisation von Daten und wird als flexible, systematische und objektive Methode zur Analyse von Texten angewendet (Vardaramatou et al., 2021, S. 197).

Quantitative Kriterien einer qualitativen Forschung im Sinne von Einheitskriterien sind Objektivität, Reliabilität, interne und externe Validität sowie die Handlungsorientierung (Mayer, Panfil, Fringer & Schrems, 2018, S. 165). Da alle sechs Forschungsarbeiten die quantitativen Kriterien der qualitativen Forschung erfüllen und die Ergebnisse als valide angesehen werden können, ist die Schlüssigkeit der vorliegenden Forschungsarbeiten abschließend als positiv zu bewerten.

# 6 Bewertung der Studienergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die Bewertung der Studienergebnisse der einzelnen Haupt- und Subkategorien auf Basis der durchgeführten Metaanalyse.

In der Hauptkategorie physiologische und körperliche Ebene wurden die Unterkategorien körperliche Wahrnehmung, Erleben und Körperbild gebildet. In fünf der sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) finden sich dazu Ergebnisse, welche insbesondere in Bezug auf Körperbildstörungen, Brustentfernungen und körperliche Wahrnehmungen Übereinstimmungen zeigen. Auch die allgemeinen körperlichen Symptome finden sich in diesen fünf Studien ähnlich und ausführlich beschrieben. Angaben zu Schmerzen und das spezifische Schmerzempfinden werden in vier Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021) gemacht. Das S3-Leitlinienprogramm (2014) für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatient*innen hält zur körperlichen Ebene bei Brustkrebspatientinnen fest, dass Frauen unter anderem durch die körperliche Entstellung, durch Schmerzen oder Wunden stark belastet sind und es seitens des Personals komplexer Interventionen bedarf (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014, S. 254). Resultate zur Sexualität weisen Übereinstimmungen in vier Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) auf, dabei spielen besonders Themen wie Schwangerschaft, Verlust der Libido und eine vorzeitige Menopause

eine Rolle. Dass die Ergebnisse der Studie von Hamid & Khan (2021) keine Ausführungen in dieser Hauptkategorie aufweisen, liegt auf dem Fokus der Arbeit, in welcher ausschließlich die sozialen Erfahrungen untersucht werden sollten. Insgesamt werden die Resultate dieser Kategorie als glaubwürdig eingestuft, da in einem wesentlichen Teil der Subkategorien valide Ergebnisse zu den genannten Themen vorliegen.

In der Hauptkategorie psychische und emotionale Ebene erfolgte eine Subkategorisierung für die Bereiche Angst und Angstempfinden, Wahrnehmung und Erleben sowie Gefühle und Emotionen. Es finden sich in allen Unterkategorien Resultate aus den sechs Forschungsarbeiten (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021). Einen großen Stellenwert nehmen die Ergebnisse in der Kategorie Angst ein; die Aussagen ähneln sich deutlich. Ebenso sind die Antworten in Bezug auf Wahrnehmung und Erleben in dieser Subkategorie ausführlich in allen sechs Studien beschrieben. Zudem finden sich in den Ergebnissen aller Arbeiten Inhalte zu den Gefühlen und Emotionen der Befragten. Der Verfasser dieser Arbeit beschäftigte sich fakultativ noch mit einem qualitativen Review von Schmid-Büchi et al. (2012) unter dem Titel „die psychosozialen Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs und ihren Angehörigen*"*. Darin werden die von Brustkrebs, der davon ausgehenden Lebensbedrohung und den Folgen der Therapie resultierenden physischen, emotionalen und sozialen Beeinträchtigungen sowie die daraus abzuleitenden Bedürfnisse für betroffene Frauen und Angehörige untersucht. Der Review umfasst fünf Studien mit insgesamt 176 befragten Patient*innen und 107 Angehörigen (n=283), die zu ihren Belastungen interviewt wurden. In den Befragungen berichteten die Frauen übereinstimmend, dass die Diagnose für sie Schock, Panik, Energielosigkeit, Erschöpfung und existenzielle Krisen hervorgebracht hat. Rund ein Drittel der Patient*innen gab an, ein Bedürfnis nach Hilfe bei der Bewältigung ihrer Angst und Unsicherheit zu haben (Schmid-Büchi et al., 2012). Aufgrund der inhaltlich aussagekräftigen Resultate der sechs Studien sowie der externen Evidenz von Schmid-Büchi et al. (2012) können für diese Hauptkategorie die Ergebnisse als glaubwürdig bewertet werden.

Die Krankheitsbewältigung und das Coping wurden in Bezug auf Resilienz, Bewältigungsmechanismen und Bewältigungsstrategien sowie Gesundheitskompetenz synthetisiert. Um auf die individuellen Bedürfnisse einer Patient*in einzugehen und sie dabei zu unterstützen, Bewältigungsmechanismen und Gesundheitskompetenz aufzubauen, können Beratungskonzepte herangezogen werden. Um ein solches Konzept zu erstellen, gibt es mehrere Zugangswege, auf denen eine Beratung aufgebaut werden kann. Neben ressourcenorientierten Konzepten stehen auch lösungsorientierte sowie präventions- und gesundheitsfördernde Formen von Konzepten zur Verfügung (Engel, 2020, S. 59-66). Die Ergebnisse in Bezug auf die

Bewältigungsstrategien der Befragten divergieren in dieser Subkategorie in den Ausführungen, dennoch finden sich in allen sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) verwertbare und schlüssige Inhalte. Bei der Gesundheitskompetenz finden sich in vier Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021) Ergebnisse. Diese weisen zum Teil Schwächen auf, da sie nur in geringerem Ausmaß dargestellt werden, was auf die Gestaltung der Interviewleitfäden und den Fokus zurückzuführen ist. Zudem gibt es in den Ergebnissen wenige Übereinstimmungen; dennoch können auch aus dieser Subkategorie Erkenntnisse abgeleitet werden. In Summe sind die Resultate in der Hauptkategorie Krankheitsbewältigung und Coping daher als glaubwürdig einzustufen.

In der Hauptkategorie soziale Beziehungen wurden die Unterkategorien Familie, Verwandte und Rolle als Frau, soziales Umfeld, Arbeitsleben sowie finanzielle Aspekte gebildet. Die Ergebnisse für den Bereich Familie und soziales Umfeld wurden in allen sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) besonders umfangreich dargestellt; es zeigt die besondere Bedeutung des sozialen Netzes für Brustkrebspatientinnen. Zahlreiche Übereinstimmungen, wie die Unterstützung der Familienmitglieder oder Angaben zur Rolle der Frau sowie die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen oder der Austausch mit anderen Betroffenen, werden thematisiert. Spiess & Schupp (2006) stellen zur Bedeutung von Familien und dem sozialen Umfeld fest, dass bei einer Brustkrebsdiagnose im Familien- oder Bekanntenkreis nicht nur die erkrankte Person, sondern das gesamte Bezugsumfeld betroffen ist. Dabei stehen zahlreiche Fragen, Ängste und Entscheidungen im Raum. Wird im Familien- oder Bekanntenkreis die Diagnose Brustkrebs gestellt, betrifft es nicht nur die erkrankte Person, sondern das gesamte Bezugsumfeld. Offene Fragen, Ängste und Entscheidungen stehen im Raum, daher sind Hilfs- und Unterstützungsleistungen innerhalb der Familie, besonders in spezifischen Lebenslagen, wichtig. Der Rückhalt im privaten Bereich entschärft nicht nur Spannungen, er bietet Sicherheit, sozialen Rückhalt und emotionale Unterstützung (Spiess & Schupp, 2006). In der Subkategorie Arbeitsleben und finanzielle Aspekte finden sich Resultate in fünf (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Vardaramatou et al., 2021) der sechs Arbeiten. Hier werden besonders Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit der Arbeit sowie finanzielle Belastungen erwähnt. Aufgrund der umfangreichen Resultate in sämtlichen Subkategorien sowie vergleichbarer Erkenntnisse externer Quellen (Spiess & Schupp, 2006) werden die Ergebnisse für diese Hauptkategorie als glaubwürdig bewertet.

Abschließend wurden in der Hauptkategorie Gesundheitswesen und Dienstleister die Erfahrungen mit dem Gesundheitspersonal und dem Gesundheitssystem synthetisiert. Die Teilnehmerinnen aller sechs Forschungsarbeiten (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) machen umfangreiche Angaben zu ihren Erfahrungen mit Ärzt*innen, Pflegepersonal und Gesundheitswesen, sowohl positiv als auch negativ. Schmid-Büchi et al. (2012) stellen in ihrem Review fest, dass die Hälfte der Befragten unzufrieden mit dem Zugang zum Gesundheitspersonal war; dabei standen ein unerfülltes Informationsbedürfnis und die Schwierigkeit, Vertrauen aufzubauen, im Vordergrund. Besonders die Distress-Quote weist mit 61 Prozent der interviewten Personen einen signifikant hohen Wert auf. Bis zu 40 Prozent der Patient*innen benötigten Hilfe bei der Bewältigung ihrer Angst vor der Zukunft sowie der Erlangung der Kontrolle über die Situation. Betroffene müssen ausreichend Zugang zum Gesundheitspersonal erhalten, um Informationsbedürfnisse zu erfüllen, Angst und Distress abzubauen und insbesondere um Vertrauen aufzubauen. Wie zudem aus diesem Review deutlich wird, benötigen die Patient*innen ein gezieltes Symptomassessment und -management sowie einen interprofessionellen Beziehungsaufbau, um ihre Krankheit zu bewältigen (Schmid-Büchi et al., 2012). Aufgrund der schlüssigen Ergebnisse in den Unterkategorien und Übereinstimmungen mit der externen Evidenz (Schmid-Büchi et al., 2012) wird diese Hauptkategorie ebenfalls als glaubwürdig eingestuft.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Ergebnisse der Studien zahlreiche Stärken und vereinzelt Schwächen aufweisen, sie jedoch aufgrund ihrer Schlüssigkeit insgesamt in allen Kategorien als glaubwürdig eingestuft werden. Limitationen resultieren aus vereinzelt qualitativen Einschränkungen im Bereich der Fragestellungen, der Designs, der Samples und der Gesprächsleitfäden. Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Ergebnisse können auch in Bezug auf die Forschungsschwerpunkte (Ein-/Ausschluss gewisser Gruppen) beobachtet werden. Weiters sind kulturelle Unterschiede in den jeweiligen Ländern, in denen die Daten erhoben wurden, nicht außer Acht zu lassen. In anderen Kulturkreisen wie Asien, Indien, Afrika oder der Türkei spielen unter Umständen kulturelle, gesundheits- und gesellschaftspolitische, soziale und demografische Faktoren eine andere Rolle als in Europa. Diese Aspekte sind in der Betrachtung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Widersprüchliche und teils divergierende Resultate zeigen sich im Bereich der Gesundheitskompetenz und den Bewältigungsmechanismen der Patientinnen, was eine unmittelbare Auswirkung auf das persönliche Outcome der Frauen zur Folge hatte. Die Ergebnisse zeigen jedoch in der Gesamtbetrachtung, dass Frauen mit Brustkrebs, unabhängig ihrer Herkunft, besonders das Erleben ihrer Erkrankung betreffend, durchaus ähnliche Erfahrungen in allen haupt- und subkategorisierten Themenfeldern gemacht haben.

# 7 Exkurs: Erfahrungen aus anderen Perspektiven

In diesem Kapitel werden die Erfahrungen einer 45-jährigen Patientin aus Österreich (hepatisch metastasiertes, hormonrezeptor-positives Mammakarzinom, TNM-Stadium IV) sowie die Erfahrungen der betreuenden Pflegeperson (Verfasser dieser Arbeit) im Kontext zu einer Brustkrebserkrankung beschrieben. Dieser Abschnitt kann als fakultative Ergänzung zu den Ergebnissen der untersuchten Studien gesehen werden, um das Verständnis für das Erleben von Frauen mit Brustkrebs, aber auch das Erleben von Pflegepersonen und von nahestehenden Personen aus dem Umfeld von Betroffenen zu vervollständigen.

## 7.1 Erfahrungen einer jungen Brustkrebspatientin in Österreich

*„Fährst du mit mir in die Schweiz und hilfst mir beim Sterben?“*, genau mit diesen Worten habe ich Peter im April 2024, wenige Minuten nach meiner Diagnose, „begrüßt“. Meine Mutter ersuchte ihn, bitte gleich in das Krankenhaus zu kommen, da ich soeben nach dringender Einweisung meines Hausarztes mit vernichtenden Leberwerten auf der Onkologie aufgenommen wurde. Ich wusste, dass Peter sich mit Krebserkrankungen auskennt, daher war mein Gedanke sofort, ihn anzurufen. *„Wir gehen jetzt erstmal hinunter in den Park, und dann sprechen wir in Ruhe“* meinte Peter als Antwort auf meine verzweifelte Frage. Dort angekommen, waren seine ersten drei Sätze rückblickend wohl die wertvollsten für mich: *„Bevor wir über irgendwas sprechen, möchte ich dass du weißt, dass ich ehrlich zu dir bin und nichts schön reden werde“*, *„ich werde dich aber ab heute, egal was kommt, zu jedem Zeitpunkt und so gut ich kann, unterstützen und für dich da sein“*, und: *„gestorben wird noch lange nicht!“*. Auch wenn ich in diesem Moment einfach nur gerne gehört hätte, dass es einen Weg gibt, geheilt zu werden, hat er mir stattdessen gesagt, dass ich *„ab jetzt lernen muss, mit dieser Krankheit zu leben“*. Für diese Ehrlichkeit und Offenheit bin ich sehr dankbar, denn jeder Mensch hat das Recht auf die Wahrheit und heute weiß ich: man hält sie auch aus. Die Wahrheit ist zwar in diesem Moment unglaublich hart, aber nur so hat man auch die Möglichkeit, eine Erkrankung realistisch einzuordnen. Man kann beginnen, den Schock zu verarbeiten und man hat die Chance, die Situation anzunehmen, wie sie ist. Vor allem aber kann man ab diesem Moment nach vorne schauen und versuchen, diesen neuen Lebensabschnitt zu akzeptieren. Auch wenn die Ärzt*innen und Schwestern in den ersten Tagen äußerst bemüht waren, geht vieles einfach so schnell. Es ist kaum möglich, alles zu verstehen und zu verarbeiten; in dieser Situation ist jemand, der sich Zeit nimmt und alles in einfachen Worten erklärt, unglaublich wichtig. Bereits am vierten Tag meines Aufenthaltes begann meine Antihormontherapie, mit der Einnahme der ersten Tablette entwickelte ich eine unheimliche Kraft: *„ab heute geht es aufwärts!“* Und so war es dann auch: meine Gelbsucht entwickelte sich schnell zurück, meine Leber konnte sich erholen, dieser massive Juckreiz wurde weniger und meine Augen wurden wieder weiß. Bereits nach wenigen Wochen hatte ich meine erste Verlaufsbesprechung und das Ergebnis gab

mir weiteren Auftrieb: der Primärtumor hatte sich wesentlich zurück gebildet, die Metastasen ebenso, meine Blutwerte näherten sich langsam, aber sicher wieder dem Normalbereich an und auch die Tumormarker waren gut. Ich habe in den ersten Wochen meine Arbeitszeit reduziert, um ausreichend Zeit für den Umgang mit meiner Erkrankung zu finden. Neue Ziele wurden definiert, die Prioritäten im Leben haben sich verändert. Ich lebe jetzt wesentlich bewusster, genieße die schönen Dinge des Lebens, schöpfe Kraft von anderen Betroffenen über soziale Netzwerke und fühle mich mittlerweile fitter und ausgeglichener, als vor meiner Diagnose: *„ich verspüre großen Antrieb, eine innere Kraft, momentan könnte ich Bäume ausreißen!“* Jetzt, im Frühjahr 2025, arbeite ich wieder völlig normal, habe großen Spaß am Leben und realisiere gerade meinen Traum eines kleinen Eigenheims. Diese Aufgaben motivieren mich noch mehr! Ich habe gelernt, trotz Erkrankung ein normales, schönes Leben zu führen. Mein Krankheitsverlauf gestaltet sich mit jeder monatlichen Visite wieder ein Stück besser, Peter begleitet mich zu diesen Verlaufskontrollen und kann mir Fragen in einfachen Worten erklären. Wenn ich dann auf den CT-Bildern sehe, wie der Tumor immer mehr verschwindet, bestätigt sich mein Gefühl, richtig fit zu sein. Vor allem wird dieses Gefühl damit auch sicht- und greifbar. Brustkrebs ist für mich jetzt eine chronische Krankheit geworden, keine tödliche Krankheit mehr und: sie ist nur ein kleiner Teil von mir. Ich habe die Zügel selber in der Hand, nur ich entscheide, welchen Raum diese Krankheit bekommt. Sie wird mich nicht aufhalten, Ziele zu haben, Momente zu genießen, jeden Tag für einen guten Tag dankbar zu sein und zu LEBEN!

Anhang: Erfahrungen einer jungen Brustkrebspatientin in Österreich (persönlicher Brief, 2025).

## 7.2 Rolle als Pflegeperson und nahestehende Person

Nachstehend wird auf die Bedeutung von Brustkrebs für den Verfasser im Kontext zu Rollen in der Pflege eingegangen. Dieser Arbeit liegt eine spezielle Konstellation der Pflegeperson zugrunde: die Doppelrolle als Pflegekraft und zugleich nahestehende Person der zuvor beschriebenen Brustkrebspatientin. Diese Informationen eröffnen eine weitere, ergänzende Sichtweise auf das Thema Brustkrebs, zudem soll diese Betrachtung für Leser*innen auch eine entsprechende Transparenz sicherstellen.

Seit dem Frühjahr 2024 betreue ich diese Patientin mit einer fortgeschrittenen Brustkrebserkrankung. Mich verbindet mit ihr seit 25 Jahren nicht nur ein privates, sondern mittlerweile ein besonders freundschaftliches und vertrauensvolles Verhältnis. Als ausgebildeter Pflegefachassistent und Student der Gesundheits- und Krankenpflege verfüge ich über ein solides pflegerisches Basiswissen zu onkologischen Erkrankungen. Daher wusste ich im Moment, als ich von der Diagnose erfuhr, was ein fortgeschrittenes Mammakarzinom in einer palliativen Situ-

ation bedeutet. Umso mehr war ich als nahestehende Person betroffen, als ich zur Unterstützung der Patientin am Tag der Diagnosestellung in das Krankenhaus gerufen wurde. Ich fand mich damit erstmals in einer Doppelrolle, einerseits als eine mit entsprechendem Hintergrundwissen ausgestattete Pflegekraft, andererseits als enger Freund und erste Bezugsperson, wieder. Eine völlig neue, herausfordernde und zunächst auch schwierige Erfahrung, mit der ich jedoch im Laufe der Zeit lernte, mich zu arrangieren. Da die Patientin auf jener Station aufgenommen wurde, an der ich in diesem Zeitraum tätig war, war es mir auf jeden Fall wichtig, berufliches und privates, zumindest im Dienst, zu trennen. Trotzdem wollte ich meine Erfahrungen und den persönlichen Bezug zu meinen Stationskolleg*innen im Sinne einer bestmöglichen Unterstützung für die Patientin nützen und auch im Team einbringen. Besonders die Nutzung der vorhandenen Ressourcen der Patientin und eine personzentrierte Herangehensweise waren mir ein großes Anliegen. Diese Doppelrolle bedeutete zwar anfangs einen enormen Spagat zwischen persönlichen Gefühlen und einem professionellen, sachlich-fachlichen Handeln als Pflegekraft. Diese Balance fand ich jedoch im Zuge der wiederkehrenden Stationsaufenthalte - nicht zuletzt dank des professionellen und empathischen Personals dieser onkologischen Station im Krankenhaus - immer besser.

Im bisherigen Verlauf, von der Diagnose über die Therapieeinleitung und den weiteren Therapiefortschritt hinweg, konnte ich in besonderer Weise erleben, was Brustkrebs für die Frauen selbst, für das Umfeld, für Familie und Angehörige, aber auch für das Gesundheitspersonal tatsächlich bedeutet. Es sind viele Eindrücke und Erkenntnisse, die ich in dieser besonderen Konstellation sammeln konnte. Es hat mir eine bisher unbekannte Sichtweise auf verschiedenen Ebenen eröffnet, die mir als Pflegekraft im klinischen Setting wertvolle Erfahrungen für mein zukünftiges Handeln gebracht haben. Insbesondere durfte ich ein noch viel besseres Verständnis für die Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs erlangen und in der Selbsterfahrung auch die unmittelbare Perspektive von Freunden, Angehörigen und Familienmitgliedern in Bezug auf Gefühle, Unsicherheit, Überforderung und Unterstützungsbedarf kennen lernen.

So erhielt ich die Chance, in diese Doppelrolle hineinzuwachsen und ein sachlich-professionelles Handeln zu entwickeln, ohne dabei meine private Rolle zu vernachlässigen. Mittlerweile bin ich in der Lage, diese Patientin auf beiden Ebenen optimal zu begleiten, meine Ressourcen als Schnittstelle zum ärztlichen und zum pflegerischen Personal einzubringen und damit im Sinne der Patientin eine bestmögliche Unterstützung und Begleitung umzusetzen. Ich gehe aus diesen Erfahrungen nach einer Zeit des Verarbeitens, Lernens und Entdeckens gestärkt hervor und bin dafür in besonderer Weise dankbar.

# 8 Conclusio

In diesem Abschnitt erfolgt abschließend die Beantwortung der Forschungsfrage, Evidenz der Studienergebnisse, die Analyse des weiteren Forschungsbedarfs sowie die Feststellung der Pflegerelevanz mit den Auswirkungen auf die Pflegepraxis.

## 8.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage **„Wie erleben Frauen mit Brustkrebs ihre Erkrankung?“** kann zusammenfassend als **Phänomen des Zusammenwirkens zahlreicher Faktoren auf mehreren Ebenen, mit erheblichem Einfluss auf das Leben, die Bedürfnisse und die Lebensqualität von Frauen mit einem Mammakarzinom,** beantwortet werden. Eine Brustkrebsdiagnose bedeutet für die Betroffenen eine völlig neue, belastende und herausfordernde Situation, mit welcher sie auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene zurechtkommen müssen. Dabei erleben Frauen im Verlauf der Krankheit verschiedene Phasen in Bezug auf Krisen, Bewältigung und Akzeptanz, sie nehmen ihn als neuen Lebensabschnitt mit zahlreichen Herausforderungen wahr. Bedürfnisse werden neu definiert und nehmen eine andere Dimension ein. Frauen mit einer Brustkrebserkrankung haben einen hohen Bedarf an Unterstützung, Beratung und Information. Sie entwickeln aber auch eine neue Ebene von Resilienz und Stärke, die als wertvolle Ressource zur Bewältigung eines Mamma-Ca genützt werden kann. Patientinnen machen mit dem Gesundheitspersonal größtenteils gute Erfahrungen, es zeigen sich jedoch auch Defizite in der Betreuung, Versorgung und Begleitung der Frauen.

## 8.2 Evidenz der Ergebnisse

Die Erfahrungen und das Erleben von Frauen mit Brustkrebs werden umfangreich erforscht; dabei zielt die Forschung in der Regel auf verschiedene Schwerpunkte ab. Auch die Autor*innen der vorliegenden sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) legten neben dem Interesse an der Erhebung des allgemeinen Erlebens von Frauen mit Brustkrebs ihren Fokus noch zusätzlich auf verschiedene Phasen der Erkrankung und Behandlung, soziale Komponenten oder eine spezielle Altersgruppe. Trotz der verschiedenen Forschungsschwerpunkte weisen die Ergebnisse zahlreiche Gemeinsamkeiten auf und werden übersichtlich, schlüssig und nachvollziehbar dargestellt. Stärken in den sechs Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) zeigen sich in den detaillierten Auswertungen der Ergebnisse, welche ausreichend diskutiert werden. Da in der vorliegenden Arbeit sämtliche Dimensionen der Erfahrungen von Frauen mit Brustkrebs untersucht werden sollten, bringen die Resultate der einzelnen Forschungsarbeiten wertvolle Erkenntnisse für eine gesamtheitliche

Betrachtung dieses Phänomens. Sie weisen zahlreiche Übereinstimmungen und valide Daten auf, die als glaubwürdig eingestuft werden können. Aus den vorliegenden Ergebnissen können, evidenzbasiert, wertvolle Erkenntnisse abgeleitet, und zur Implikation neuer Maßnahmen für die Pflegepraxis herangezogen werden.

## 8.3 Weiterer Forschungsbedarf

Nach eingehender Analyse der Inhalte und Resultate der vorliegenden Studien (Ciria-Suarez et al., 2021; Hamid & Khan, 2021; Kedida et al., 2024; Kim & Lee, 2023; Kocak, Arslan & Ilik, 2022; Vardaramatou et al., 2021) wurde eine Forschungslücke im Bereich der Bewältigungsmechanismen und Copingstrategien von Frauen mit Brustkrebs identifiziert. Die Steigerung der Resilienz und die Unterstützung eines Kompetenzerwerbs zum Aufbau von entsprechenden Werkzeugen zur Krankheitsbewältigung spielen eine entscheidende Rolle, um die Lebensqualität von Frauen mit der weltweit häufigsten Krebserkrankung deutlich zu verbessern. Daher sollte in diesem Bereich eine weitere, vor allem aber gezieltere Forschung stattfinden, um Erkenntnisse und Verbesserungen daraus abzuleiten. Aus positiven Veränderungen können nicht nur das Gesundheitssystem auf sämtlichen Ebenen, sondern vor allem betroffene Frauen enorm profitieren. Allgemein wären noch mehr evidenzbasierte Daten, speziell aus Europa, wünschenswert; die Studienlage entsprechender Forschungsarbeiten aus Europa zeigt sich (noch) beschränkt. Damit würden etwa auch die bereits erwähnten kulturellen Faktoren eine geringere Rolle einnehmen, und die Ergebnisse noch besser auf Österreich übertragbar sein.

## 8.4 Pflegerelevanz

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse wird eine hohe Relevanz für die Pflegepraxis abgeleitet. Wie die Forschungslücke zeigt, gibt es ein Defizit im Bereich von konkreten Interventionen, die es Frauen mit Brustkrebs ermöglichen, eine adäquate Bewältigungsstrategie zu entwickeln. Betroffenen müssen brauchbare und an die Krankheitssituation individuell angepasste Werkzeuge an die Hand gegeben werden, mit denen sie eine Resilienz und ein verbessertes Coping aufbauen können. Die Basis dafür wird im klinischen Setting gelegt; hier erhalten Frauen ihre Diagnose und müssen ab diesem Zeitpunkt mit der Erkrankung zurechtkommen. Pflegepersonen sind in der Regel nicht nur erste Ansprechpartner*innen, sondern pflegen, betreuen und begleiten die Patientinnen 24 Stunden am Tag. Sie genießen ein besonderes Vertrauen und stellen gerade in der Anfangsphase einer Erkrankung neben Ärzt*innen die zentrale Bezugsperson dar. Daher müssen gerade in diesem Bereich erste, aber auch fortlaufende Maßnahmen gesetzt werden, um die Frauen mit Brustkrebs beim Aufbau ihrer Selbstkompetenz und der Entwicklung von nachhaltigen Bewältigungsstrategien zu unterstützen.

## 8.5 Implikationen für die Pflegepraxis

Gerade in der ersten Phase einer Krebserkrankung braucht es eine umfangreiche und vor allem gezielte Unterstützung, damit Betroffene sofort aufgefangen werden und einer negativen Entwicklung vorgebeugt wird. Die ersten Stunden, Tage und Wochen haben eine unmittelbare Auswirkung auf das gesamte spätere physische und psychische Outcome für Frauen mit Brustkrebs. Aber auch im weiteren Krankheitsverlauf müssen die Bedürfnisse der Patientinnen ständig evaluiert und Maßnahmen angepasst werden; die Begleitung der Patientinnen ist ein fortlaufender Prozess. Dieser muss - je nach Verlauf und Prognose - entweder bis zur Genesung, dem zukünftigen Leben mit einer chronischen Krankheit, oder bis zum krankheitsbedingten Lebensende fortgesetzt werden.

Bis neuere und gesicherte Forschungsergebnisse in diesem Bereich vorliegen, können durch folgende Pflegeinterventionen Maßnahmen gesetzt werden, um eine verbesserte Krankheitsbewältigung für Patientinnen zu ermöglichen. Vorschläge dafür aus Sicht des Verfassers sind:

- Schaffen von zeitlichen Ressourcen für das Pflegepersonal, um im Rahmen des Diagnosegesprächs und der ersten Phase des Realisierens den Betroffenen beizustehen.
- Sicherstellung von ausreichend Zeit und Raum für die Patientinnen, um Ängste, Gefühle und Emotionen ausdrücken zu können.
- Erwerb spezieller fachlicher, sozialer und persönlicher Kompetenzen von Pflegepersonen, um eine Sensibilität für die Bedürfnisse der Patientinnen zu entwickeln.
- Erhebung von konkreten Fragestellungen und Kompetenzdefiziten der Patientinnen; Erarbeiten von individuellen und gezielten Lösungsstrategien zur Beantwortung.
- Proaktive Information, Beratung und Schulung, individuell auf die Wünschen und Bedürfnisse der Patientinnen abgestimmt; aktiv auf die Betroffenen zugehen.
- Laufende Evaluation des Unterstützungsbedarfs in allen Phasen der Erkrankung; Patientinnen zu jedem Zeitpunkt des Verlaufs dort „abholen“, wo sie gerade „stehen“.
- Nutzen und Einbinden von Familien; Bewusstsein schaffen, dass die Familie als wesentliche Ressource in sämtlichen Prozessen eine entscheidende Rolle einnimmt, wertvolle Unterstützung bietet und zudem auch Ressourcen im Gesundheitssystem geschont werden.

Alle im Rahmen des Pflegeprozesses beteiligten Personen des interdisziplinären Teams, insbesondere aber Pflegefachkräfte, sind dazu eingeladen, Maßnahmen und Interventionen wie oben vorgeschlagen, in der täglichen Pflegepraxis umzusetzen. Damit können Rahmenbedingungen und Werkzeuge für betroffene Frauen geschaffen werden, die eine verbesserte Ak-

zeptanz und Bewältigung für alle Brustkrebs-Patientinnen in jeder Phase der Erkrankung ermöglichen. Es sollte besonders unter dem Aspekt der ethischen und moralischen Verantwortung von professionellen Pflegepersonen ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, wie Frauen mit Brustkrebs ihre Krankheit erleben und welch wichtigen Beitrag jede Pflegekraft für eine unmittelbare Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen leisten kann. Oft sind es vermeintlich irrelevante und kleine Dinge, die jedoch eine enorme Auswirkung – positiv wie negativ – für Frauen mit einem Mammakarzinom haben können. Dieser Aufgabe und Verantwortung sollten sich Pflegekräfte in ihrem täglichen Handeln bewusst sein.

Es wäre wünschenswert, wenn diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten kann, die Pflege im onkologischen Bereich, insbesondere in der Pflege von Frauen mit Brustkrebs, weiter zu entwickeln.

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Operationalisierung der Forschungsfrage (eigene Darstellung, 2024). …..... 9
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2024). ..…….. 9
Tabelle 3: Suchprotokoll (eigene Darstellung, 2024). ..…….... 10
Tabelle 4: Beschreibung der Studien (eigene Darstellung, 2025). ..…….. 13
Tabelle 5: Ergebnissynthese mit Haupt- und Subkategorien (eigene Darstellung, 2025). …..…..... 23
Tabelle 6: Bewertung der Studien (eigene Darstellung, 2025). ……..…….. 39

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow-Chart zum Studienselektionsprozess (eigene Darstellung, 2024). ……...…….. 11
Abbildung 2: Studienübersicht (eigene Darstellung, 2024).……...…….…….…….. 11

# Abkürzungsverzeichnis

a: Jahre
BMSGPK: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BRCA: Breast-Cancer-Gen
Ca: Karzinom
CT: Computertomografie
CTX: Chemotherapie
DCIS: Ductal Carcinoma in situ
GUK: Gesundheits- und Krankenpflege
HER2: Human epidermal growth factor receptor 2
k. A.: keine Angabe(n)
LKF: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Mamma-Ca: Mammakarzinom
MRT: Magnetresonanztomografie
n: Stichprobe
OP: Operation
PFA: Pflegefachassistenz
PICo: Population, Interest, Context
STG: Studiengang
TNBC: Triple negative breast cancer
TNM: Tumor, Nodus, Metastasen

## Literaturverzeichnis


Bartholomeyczik, S. & Schrems, B. (2018). Pflegeforschungsethik. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 246-247). Bern: Hogrefe.

Bäumer, R. & Maiwald, A. (2008). *Onkologische Pflege* (1. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Behrens, J. & Langer, G. (2022). *Evidence-based Nursing and Caring Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. Auflage). Bern: Hogrefe.

Behrens, J. & Langer, G. (2022). Kritische Beurteilung von Studien. In J. Behrens & G. Langer (Hrsg.), *Evidence-based Nursing and Caring Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. Aufl., S. 161-178). Bern: Hogrefe.

Behrens, J. & Langer, G. (2022). Literaturrecherche. In J. Behrens & G. Langer (Hrsg.), *Evidence-based Nursing and Caring Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. Aufl., S. 129-144). Bern: Hogrefe.

Bioscientia Healthcare (2024). *Großes Blutbild*. Verfügbar unter: www.bioscientia.de/de/service/gesundheitsthemen/grosses-blutbild

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024). *Brustkrebs-Früherkennungsprogramm*. Verfügbar unter: www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Brustkrebs-Früherkennungsprogramm.html

Buser, K. (2017). Einteilung und Klassifikation maligner Tumoren. In A. Margulies, T. Kroner, A. Gaisser & I. Bachmann-Mettler (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (6. Aufl., S. 32-34). Berlin: Springer.

Castleberry, A. & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds?. *Curr Pharm Teach Learn, 6,* 807-815. doi: 10.1016/j.cptl.2018.03.019

Ciria-Suarez, L., Jimenez-Fonseca, P., Palacin-Lois, M., Antonanzas-Basa, M., Fernandez-Montes, A., Manzano-Fernandez, A. … Calderon, C. (2021). Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative Study. *Plos one, 15* (12), 1-23. doi: 10.1371/journal.pone.0257680

Ciria-Suarez, L., Jimenez-Fonseca, P., Palacin-Lois, M., Antonanzas-Basa, M., Fernandez-Montes, A., Manzano-Fernandez, A. … Calderon, C. (2020). Ascertaining breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study protocol. *Plos one, 15* (12), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0244355

Coch, J. (2025). *Teilstrukturiertes bzw. halbstrukturiertes Interview.* Verfügbar unter: www.lehrbuch-psychologie.springernature.com/glossar/teilstrukturiertes-bzw-halbstrukturiertes-interview

Colaizzi, P.-F. (1978). Psychologische Forschung aus der Sicht eines Phänomenologen. In R.-S. Valle & M. King (Hrsg.), *Existenzielle-phänomenologische Alternativen für die Psychologie* (S. 48-71). New York: Oxford University Press.

Czypionka, T., Kraus, M. & Röhrling, G. (2022). *Perspektiven der Leistungs- und Kostenentwicklung in der Onkologie*. In Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (1. Aufl., S. 1-2). Wien: Eigenverlag.

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (2024). *Brustkrebs/Mammakarzinom*. Verfügbar unter: www.krebsgesellschaft.de/basis-informationen-krebs/krebsarten/brustkrebs.html

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (2024). *Leben mit Lebermetastasen.* Verfügbar unter: https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/weitere-krebsarten/leberkrebs/leben-mit-lebermetastasen.html

Engel, R. (2020). *Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege Einführende Elemente, Methoden und Beispiele* (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlag.

Fischer, U. & Baum, F. (2014). *Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms*. Stuttgart: Thieme.

Fringer, A. & Schrems, B. (2018). Qualitative Datenanalyse. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 188-197). Bern: Hogrefe.

Fringer, A. & Schrems, B. (2018). Qualitative Designs. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 85-86). Bern: Hogrefe.

Gampenrieder, S. (2019). *Blutwerte und Tumormarker bei Brustkrebs.* Verfügbar unter: selpers.com/lektion/blutwerte-bei-brustkrebs-blutwerte-und-tumormarker

Goerke, K., Menche, N. & Renz-Polster, H. (2019). Pflege bei gynäkologischen Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. In K. Goerke, N. Menche & H. Renz-Polster (Hrsg.), *Pflege Heute* (8. Aufl., S. 966-967). München: Elsevier.

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hamid, W. & Khan, A. (2021). Experiences of social support among Kashmiri women with breast cancer. *Health, Risk & Society, 23* (1-2), 52-72. doi: 10.1080/13698575.2021.1901858

Hausner, E. & Simon, M. (2023). Die Grundlagen der Literaturrecherche. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (4. Aufl., S. 71). Bern: Hogrefe.

Hirt, J. & Nordhausen, T. (2022). Ablauf der Literaturrecherche. In J. Behrens & G. Langer (Hrsg.), *Evidence-based Nursing and Caring Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. Aufl., S. 135). Bern: Hogrefe.

Hopf, C. (2019). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 357-360). 13. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Kedida, B.-D., Mukacho, M.-M., Alemayehu, M., Samuiel, S., Kussa, S., Sisay, Y. & Mimani, W. (2024). Women´s experiences with breast cancer during diagnosis and therapy, Wolaita, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Women´s Health, 24* (176), 1-13. doi: 10.1186/212905-024-03016-z

Kelle, U. & Tempel, G. (2020). Verstehen durch qualitative Methoden – der Beitrag der interpretativen Sozialforschung zur Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt, 63,* 1126-1133. doi:10.1007/s00103-020-03209-5

Khajoei, R., Azadeh, P., ZohariAnboohi, S., Ilkhani, M. & Nabavi, F.-H. (2024). Breast cancer survivirship needs: a qualitative study. *BMC Cancer, 24* (96), 1-10. doi: 10.1186/s12885-024-11834-5

Kim, J. & Lee, K. (2023). Lived experiences of breast cancer in patients under the age of 40: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing, 65,* 1-9. doi: 10.1016/ j.ejon.2023.102336

Kocak, A.-T., Arslan, S. & Ilik, Y. (2022). Posttreatment Experiences of Breast Cancer Survivors in Turkey: A Qualitative Study. *Seminars in Oncology Nursing, 38,* 1-6. doi: 10.1016/j.soncn.2022.151351

Kreienberg, R., Möbus, V., Jonat, W. & Kühn, T. (2010). *Mammakarzinom Interdisziplinär* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). (2014). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*. Kurzversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL.

Lundquist, D-M., Berry, D.-L., Boltz, M., DeSanto-Madeya, S.-A. & Grace, P.-J. (2019). Wearing the Mask of Wellness: The Experience of Young Woman Living With Advanced Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum, 46* (3), 329-337. doi: 10.1188/19.ONF.329-337

Mayer, H., Panfil, E.-M. & Brandenburg, H. (2018). Erhebungsmethoden. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 150). Bern: Hogrefe.

Mayer, H., Panfil, E.-M., Fringer, A. & Schrems, B. (2018). Gütekriterien von Datenerhebungsmethoden. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 165-166). Bern: Hogrefe.

Mayer, H. & große Schlarmann, J. (2018). Stichprobenauswahl und Stichprobengröße. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 179-183). Bern: Hogrefe.

Möhler, R. (2016). Qualitative Evidenzsynthesen – Methodologien, Methoden und Herausforderungen. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaften, 3* (2), 70-71.

Morrow, R., Rodriguez, A. & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The psychologist, 28* (8), 643-644. ISSN 0952-8229

Novartis Pharma Medizinischer Infoservice (2024). *Brustkrebsarten*. Verfügbar unter: www.leben-mit-brustkrebs.de/brustkrebs-verstehen/brustkrebsarten#her2

Panfil, E.-M. (2018). Forschung und Forschungsprozess. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 36-40). Bern: Hogrefe.

Panfil, E.-M. & Mayer, H. (2018). Quantiative Designs. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 99-100). Bern: Hogrefe.

Quasdorf, T., Holle, D. & Panfil, E.-M. (2018). Spezielle Designs. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 129). Bern: Hogrefe.

Ringwald, J. & Teufel, M. (2017). Psychosoziale Herausforderungen und Bedürfnisse junger Frauen nach onkologischer Behandlung eines Mammakarzinoms. *GebFra Magazin, 77*, 465-470. doi: 10.1055/s-0042-124585

Scheytt, C. (2025). *Durchführung qualitativer Interviews: Von der Vorbereitung bis zur Umsetzung*. Verfügbar unter: www.methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-erhebungsmethoden/qualitative-interviewforschung/durchfuehrung-qualitativer-interviews-von-der-vorbereitung-bis-zur-umsetzung

Schmid-Büchi, S., Halfens, R., Dassen, T. & van den Borne, B. (2012). Die psychosozialen Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs und ihren Angehörigen. *Pflege, 2012; 25* (2), 149-150. doi:10.1024/1012-5302/a000195

Simon, M. (2018). Literaturrecherche. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, H. Mayer & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 67-68). Bern: Hogrefe.

Spiess, C.-K. & Schupp, J. (2006). *Soziales Netzwerk Familie - wie viel unterstützt sie, wie viel betreut sie, wie wichtig ist sie?*. Verfügbar unter: https://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2006_02/06_02_spiess_schupp/index.html

Statistik Austria (2024). *Zahl der Krebskranken steigt bis 2030 um 15 %.* Verfügbar unter: www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/01/20240125Krebsstatistik2022.pdf

Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege (2024). *Handbuch zur Erstellung Wissenschaftlicher Arbeiten*. Salzburg: Eigenverlag.

Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege (2024). *Leitfaden zur Beschreibung und Bewertung qualitativer Studien*. Salzburg: Eigenverlag.

Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege (2024). *Richtlinien des Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege, LV Evidence-Based-Nursing.* Salzburg: Eigenverlag.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.-L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71,* 209-249. doi: 10.3322/caac.21660

Vardaramatou, F., Tsesmeli, A., Koukouli, S., Rovithis, M., Moudatsou, M. & Stavropoulou, A. (2021). Exploring Women´s Experiences after Breast Cancer Diagnosis. A qualitative Study. *Perioperative Nursing, 10* (2), 193-207. doi: 10.5281/zenodo.5651592

Von Kardorff, E. & Schönberger, C. (2020). Qualitative Evaluationsforschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (2. Aufl., S. 145). Berlin: Springer.

# Anhang

**Mein Leben mit Brustkrebs**

Salzburg, Frühling 2025

„Fährst du mit mir in die Schweiz und hilfst mir beim Sterben?“, genau mit diesen Worten habe ich Peter im April 2024, wenige Minuten nach meiner Diagnose, „begrüßt“. Meine Mutter ersuchte ihn, bitte gleich in das Krankenhaus zu kommen, da ich soeben nach dringender Einweisung meines Hausarztes mit vernichtenden Leberwerten auf der Onkologie aufgenommen wurde. Ich wusste, dass Peter sich mit Krebserkrankungen auskennt, daher war mein Gedanke sofort, ihn anzurufen. „Wir gehen jetzt erstmal hinunter in den Park, und dann sprechen wir in Ruhe“ meinte Peter als Antwort auf meine verzweifelte Frage. Dort angekommen, waren seine ersten drei Sätze rückblickend wohl die wertvollsten für mich: „Bevor wir über irgendwas sprechen, möchte ich dass du weißt, dass ich ehrlich zu dir bin und nichts schön reden werde“, „ich werde dich aber ab heute, egal was kommt, zu jedem Zeitpunkt und so gut ich kann, unterstützen und für dich da sein“, und: „gestorben wird noch lange nicht!“. Auch wenn ich in diesem Moment einfach nur gerne gehört hätte, dass es einen Weg gibt, geheilt zu werden, hat er mir stattdessen gesagt, dass ich „ab jetzt lernen muss, mit dieser Krankheit zu leben“. Für diese Ehrlichkeit und Offenheit bin ich sehr dankbar, denn jeder Mensch hat das Recht auf die Wahrheit und heute weiß ich: man hält sie auch aus. Die Wahrheit ist zwar in diesem Moment unglaublich hart, aber nur so hat man auch die Möglichkeit, eine Erkrankung realistisch einzuordnen. Man kann beginnen, den Schock zu verarbeiten und man hat die Chance, die Situation anzunehmen, wie sie ist. Vor allem aber kann man ab diesem Moment nach vorne schauen und versuchen, diesen neuen Lebensabschnitt zu akzeptieren. Auch wenn die Ärztinnen und Schwestern in den ersten Tagen äußerst bemüht waren, geht vieles einfach so schnell. Es ist kaum möglich, alles zu verstehen und zu verarbeiten; in dieser Situation ist jemand, der sich Zeit nimmt und alles in einfachen Worten erklärt, unglaublich wichtig. Bereits am vierten Tag meines Aufenthaltes begann meine Antihormontherapie, mit der Einnahme der ersten Tablette entwickelte ich eine unheimliche Kraft: „ab heute geht es aufwärts!“ Und so war es dann auch: meine Gelbsucht entwickelte sich schnell zurück, meine Leber konnte sich erholen, dieser massive Juckreiz wurde weniger und meine Augen wurden wieder weiß. Bereits nach wenigen Wochen hatte ich meine erste Verlaufsbesprechung und das Ergebnis gab mir weiteren Auftrieb: der Primärtumor hatte sich wesentlich zurück gebildet, die Metastasen ebenso, meine Blutwerte näherten sich langsam, aber sicher wieder dem Normalbereich an und auch die Tumormarker waren gut. Ich habe in den ersten Wochen meine Arbeitszeit reduziert, um ausreichend Zeit für den Umgang mit meiner Erkrankung zu finden. Neue Ziele wurden definiert, die Prioritäten im Leben haben sich verändert. Ich lebe jetzt viel bewusster, genieße die schönen Dinge des Lebens, schöpfe Kraft von anderen Betroffenen über soziale Netzwerke und fühle mich mittlerweile fitter und ausgeglichener, als vor meiner Diagnose: „ich verspüre großen Antrieb, eine innere Kraft, momentan könnte ich Bäume ausreißen!“ Jetzt, im Frühjahr 2025, arbeite ich wieder völlig normal, habe großen Spaß am Leben und realisiere gerade meinen Traum eines kleinen Eigenheims. Diese Aufgaben motivieren mich noch mehr! Ich habe gelernt, trotz Erkrankung ein normales, schönes Leben zu führen. Mein Krankheitsverlauf gestaltet sich mit jeder monatlichen Visite wieder ein Stück besser, Peter begleitet mich zu diesen Verlaufskontrollen und kann mir Fragen in einfachen Worten erklären. Wenn ich dann auf den CT-Bildern sehe, wie der Tumor immer mehr verschwindet, bestätigt sich mein Gefühl, richtig fit zu sein. Vor allem wird dieses Gefühl damit auch sicht- und greifbar. Brustkrebs ist für mich jetzt eine chronische Krankheit geworden, keine tödliche Krankheit mehr und: sie ist nur ein kleiner Teil von mir. Ich habe die Zügel selber in der Hand, nur ich entscheide, welchen Raum diese Krankheit bekommt. Sie wird mich nicht aufhalten, Ziele zu haben, Momente zu genießen, jeden Tag für einen guten Tag dankbar zu sein und zu LEBEN!

Anhang: Erfahrungen einer jungen Brustkrebspatientin in Österreich (persönlicher Brief, 2025).