



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Das Körperbild und die Körperwahrnehmung
von Jugendlichen nach einer Krebserkrankung in
der Kindheit

Verfasserin

Anna Maria Bemmer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
(Mag rer.soc.oec.)

Wien, im Juli 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Univ.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Vorwort

Mein persönliches Interesse an dem Schicksal von Kindern mit Krebs und deren Familien war schon immer sehr präsent. Durch die Studien der Pflegewissenschaft und Psychologie vertiefte ich meine Kenntnisse auf diesem Fachgebiet. Seit dem Sommersemester 2009 bin ich Clinic Nanny im Sankt Anna Kinderspital und habe im Rahmen eines ehrenamtlichen Dienstes durch PsychologiestudentInnen bereits zwei Kinder mit einer Krebserkrankung und deren Familien durch ihr Leben begleitet. Die Arbeit mit diesen Kindern hat mir Einblick in eine völlig neue Welt gewährt. Dabei habe ich entdeckt, dass eine Krebserkrankung viel mehr ist, als eine physiologische Erkrankung. Neben körperlicher Symptombekämpfung ist es wichtig, die PatientInnen und deren Lebenskonzepte zu berücksichtigen. Sind die PatientInnen dann auch noch Kinder, muss vor allem der kindlichen Entwicklung große Bedeutung beigemessen werden.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit haben mich viele Menschen unterstützt, denen ich auf diesem Weg herzlich danken möchte.

Allen voran möchte ich mich bei meiner Betreuerin Univ.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer für ihre immerwährende Unterstützung bedanken.

Weiters gilt allen StudienteilnehmerInnen ein großer Dank für ihre Bereitschaft und Offenheit ihre persönlichen Erfahrungen mit mir zu teilen. Jedes einzelne Interview war eine große Bereicherung für mich.

Darüber hinaus gilt mein besonderer Dank Eva-Maria Casata, die in der Bundesleitung der Survivors Österreich meine erste Ansprechpartnerin auf der Suche nach InterviewpartnerInnen war. Weiters haben mir Sabine Karner, die Ansprechpartnerin der Survivors Wien und Johannes Renner, der Ansprechpartner der Survivors Oberösterreich, mit großer Hilfsbereitschaft InterviewpartnerInnen vermittelt. Danke für eure intensiven Bemühungen.

Abschließend möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mir bei der finalen Gestaltung der Diplomarbeit zur Seite gestanden sind.

Zusammenfassung

Das Körperbild von Kindern nach einer Krebserkrankung ist im Vergleich zu gesunden Kindern signifikant beeinträchtigt. Jedoch liegen bis zum jetzigen Zeitpunkt keine spezifischen Lösungsansätze im pflegerischen Umgang, mit Berücksichtigung des Körperbildes von Kindern mit Krebs, vor. Die Dringlichkeit des Problems ergibt sich aus der steigenden Überlebensrate von Kindern mit Krebs.

Ziel dieser Studie ist es, das Körperbild von ehemaligen in der Kindheit an Krebs erkrankten Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen zu untersuchen.

Die qualitative Studie basiert auf der Forschungsfrage, wie in der Kindheit an Krebs erkrankte Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene rückblickend ihr Körperbild während ihrer Krebserkrankung sehen. Weiters soll exploriert werden, welche Rolle Pflegepersonen im Umgang mit Kindern hinsichtlich des kindlichen Körpers eingenommen haben. Außerdem soll untersucht werden, welches Verhältnis die Betroffenen heute zu ihrem Körper haben.

Mittels narrativen Interviews wurden 5 InterviewpartnerInnen im Alter zwischen 16 und 22 Jahren über ihr Körperbild und ihre Körperwahrnehmung befragt. Das Alter während ihrer Krebserkrankung wurde von 4 bis 15 Jahren zeitlich begrenzt. Zum Zeitpunkt der Befragung waren alle TeilnehmerInnen seit mindestens einem Jahr symptomfrei.

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die Methode der interpretativen Phänomenologie nach Moustakas. Die Ergebnisse zeigen, dass das Körperbild von Kindern während einer Krebserkrankung auf unterschiedliche Arten beeinträchtigt wird. Auch nach einer Krebserkrankung haben Jugendliche oftmals Probleme mit ihrer körperlichen Erscheinung. Allgemein messen Betroffene Pflegepersonal im Krankenhausalltag wenig Bedeutung bei, weshalb eine Sensibilisierung der ProfessionalistInnen angestrebt werden soll. Erst wenn Pflegepersonen die Bedürfnisse ihrer PatientInnen kennen, können sie adäquat auf diese eingehen.

Abstract

The body image of children after a cancer disease is significantly impaired in comparison with healthy children. However until this moment there are no specific approaches of caring interactions considering body image of children with cancer. The necessity of the problem is due to a rising survival rate of children with cancer.

The aim of this study is to explore the body image of adolescents who have suffered from cancer in their childhood.

The qualitative study is based on the question how adolescents with a history of cancer in their childhood see their body image during their cancer disease retrospectively. Furthermore it should be explored which role nurses take up in dealing with children in regard to the infantile body. Moreover the relationship between the victims and their body today should be explored.

There have been interrogated 5 interview partners between 16 and 22 years about their body image and body perception by using narrative interviews. The age during their cancer disease was limited from 4 to 15 years. At the time of interrogation all members of the study have been without any symptoms for at least one year.

The analysis of the data was carried out following the method of interpretative phenomenology by Moustakas. The results show that the body image of children is impaired in different ways during a cancer disease. Even after a cancer disease adolescents often have problems with their appearance. Generally patients with a cancer history attach little value to nurses concerning daily routine in hospital. Therefore the sensitization of health professionals should be aspired. Only if nurses know their patients' needs, they can be responsive in an appropriate way.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	1
II. Ziel und Fragestellung der Arbeit	2
III. Theorieteil	3
1. Historischer Hintergrund: Die Entwicklung des Begriffs Körperbild – ein Definitionsversuch	3
2. Krebserkrankungen – Eine Einführung	7
2.1. Demographische Entwicklung	7
2.2. Krebserkrankungen und institutionelle Rahmenbedingungen – ein ganzheitliches Behandlungskonzept	8
2.3. Auswirkungen einer Krebserkrankung und deren Behandlung auf den Körper	9
2.3.1. Chirurgische Eingriffe und Operationen	10
2.3.2. Chemotherapie	11
2.3.3. Strahlentherapie	12
2.4. Copingstrategien	13
2.5. Schlussbetrachtung	15
3. Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung einer chronischen Erkrankung	17
3.1. Kindliche Entwicklung und Körper	17
3.1.1. Körperbildentwicklung bei Kindern unter dem Aspekt der kindlichen Entwicklung nach Piaget	17

3.1.2. Kindliche Ansichten und Vorstellungen über eine Krebserkrankung	19
3.2. Jugendzeit und Körper - Entwicklung von Jugendlichen als Übergang ins Erwachsenenalter	20
3.2.1. Körperselbstbild und Identität von Jugendlichen – aufbauend auf der Identitätsentwicklung in der Kindheit	21
3.2.2. Selbstwahrnehmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei einer Krebserkrankung	24
4. Krankenpflege und Körperbild	28
4.1. Das Adaptationsmodell nach Roy	28
4.1.1. Grundideen zum Adaptationsmodell	28
4.1.2. Pflege nach dem Modell von Roy	31
4.2. Ein Modell für Körperbild-Pflege nach Price	32
4.2.1. Grundideen zur Körperbild-Pflege nach Price	32
4.2.2. Pflege nach dem Modell von Price	35
4.3. Implikationen für die Pflegepraxis	37
5. Aktueller Forschungsstand	41
 IV. Empirieteil	 47
 1. Ziel und Fragestellung der Arbeit	 47
 2. Forschungsmethode der interpretativen Phänomenologie	 48
2.1. Methodenwahl unter Berücksichtigung des Forschungsgegenstandes	48
2.2. Einführung in die Philosophie der interpretativen Phänomenologie	49
 3. Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen	 52
3.1. Einschlusskriterien	52
3.2. Feldzugang	54
3.3. Ethik	55
3.4. Stichprobengröße	56

4. Datenerhebung	57
4.1. Die Erhebungsmethode des narrativen Interviews	57
4.2. Transkription des Datenmaterials	59
5. Datenauswertung	60
5.1. Die Rolle der Theorie in der qualitativen Forschung	60
5.2. Die Methode der interpretativen Phänomenologie in Anlehnung an Moustakas	61
5.3. Schlussbetrachtung	62
6. Ergebnisse	64
6.1. Individuelle Personenbeschreibung	64
6.1.1. Personenbeschreibung 1 – Gabi	64
6.1.2. Personenbeschreibung 2 – Valentin	65
6.1.3. Personenbeschreibung 3 – Katharina	67
6.1.4. Personenbeschreibung 4 – Martin	69
6.1.5. Personenbeschreibung 5 – Nina	70
6.2. Das Phänomen „Körperbild“ – eine zusammengesetzte Beschreibung	72
6.2.1. Körperbild und Körperwahrnehmung in der Retrospektive	72
6.2.1.1. Diagnosestellung	73
6.2.1.2. Medizinische Eingriffe	74
6.2.1.3. Körperbild und Pubertät	79
6.2.1.4. Soziale Netzwerke	80
6.2.1.5. Rollenfunktion von Pflegepersonen	82
6.2.2. Körperbild und Körperwahrnehmung nach einer Krebserkrankung	83
6.2.2.1. Der versehrte Körper	84
6.2.2.2. Veränderte Körperwahrnehmung	87
7. Interpretation	91
8. Diskussion und kritische Stellungnahme	96
9. Schlussfolgerungen	99

V. Literaturverzeichnis	102
1. Primärliteratur	102
2. Sekundärliteratur	106
VI. Abbildungsverzeichnis	108
VII. Anhang	109
1. Informationsblatt an die StudienteilnehmerInnen	109
2. Lebenslauf	110
3. Ehrenwörtliche Erklärung	112

I. Einleitung

Die Idee der Diplomarbeit basiert auf dem Problem, dass das Körperbild von Kindern nach einer Krebserkrankung im Vergleich zu gesunden Kindern signifikant beeinträchtigt ist. Dieses veränderte Körperbild kann durch die Vernachlässigung der Problematik beziehungsweise durch mangelndes Problembewusstsein bis ins Erwachsenenalter andauern (vgl. Puukko et al. 1997, S. 61).

Bis zum jetzigen Zeitpunkt liegen keine spezifischen Lösungsansätze im pflegerischen Umgang, mit Rücksicht auf das Körperbild von Kindern mit Krebs, vor. Die negativen Auswirkungen einer Krebserkrankung auf das Körperbild sind zwar deutlich erwiesen, jedoch ist der Fokus zu diesem Thema stark quantitativ geprägt. Deshalb gibt es zum Thema Körperbild von Kindern mit Krebs bis jetzt keine Praxisleitfäden für Pflegefachkräfte.

Die Dringlichkeit des Problems ergibt sich aus der steigenden Überlebensrate von Kindern mit Krebs und aus den immer besseren, aber auch invasiveren Therapieverfahren. Hochrechnungen gehen davon aus, dass im Jahr 2010 einer von 250 Erwachsenen Überlebender einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter sein wird (vgl. Calamius, 2006, S. 652). Weiters gibt es außerhalb von spezialisierten medizinischen Einrichtungen aufgrund von Einsparungsmaßnahmen oft einen Mangel an psychosozialen Fachkräften. Die finanziellen Mittel für den psychosozialen Dienst an Krankenhäusern sind begrenzt. Dabei wird das Hauptaugenmerk auf die Bekämpfung physiologischer Symptome gelegt. Pflegefachkräfte können und sollen nicht eine gesamte Berufsgruppe ersetzen. Jedoch sollte eine grundlegende Sensibilisierung der Pflegepersonen hinsichtlich des kindlichen Körperbildes stattfinden. Zukünftig sollen grundlegende Maßnahmen im Umgang mit Kindern mit Krebs hinsichtlich ihres Körperbildes entwickelt werden, die in den Pflegealltag leicht integriert werden können. Durch den Kompetenzgewinn von Pflegefachkräften soll es Kindern mit Krebs ermöglicht werden, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper zu entwickeln, um langfristig ein positives Körperbild zu erlangen.

II. Ziel und Fragestellung der Arbeit

Mit der Durchführung der Diplomarbeit soll das Körperbild von ehemaligen in der Kindheit an Krebs erkrankten Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen untersucht werden. Dabei liegt der Fokus sowohl auf der rückblickenden Betrachtung als auch auf der aktuellen Befindlichkeit. Weiters soll die Rolle der Pflegepersonen hinsichtlich des Umgangs mit Kindern mit Krebs unter besonderer Rücksichtnahme ihres Körperbildes untersucht werden.

Erst durch die Generierung von spezifischem Wissen über das Körperbild von KrebspatientInnen können zukünftig pflegerische Maßnahmen im Umgang mit Kindern mit Krebs hinsichtlich ihres Körperbildes entwickelt werden.

Die Diplomarbeit basiert auf der **Forschungsfrage**, wie in der Kindheit an Krebs erkrankte Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene (im Alter von 16 bis 22 Jahren) rückblickend ihr Körperbild während ihrer Krebserkrankung sehen. Weiters soll exploriert werden, welche Rolle Pflegepersonen im Umgang mit Kindern hinsichtlich des kindlichen Körpers eingenommen haben. Außerdem soll untersucht werden, welches Verhältnis die Betroffenen heute zu ihrem Körper haben.

Diese Forschungsfragen sollen in Anlehnung an die Methode der interpretativen Phänomenologie nach Moustakas beantwortet werden (vgl. Moustakas, 1994).

Das kurzfristige Ziel der Diplomarbeit ist dabei die Exploration des Erlebens von ehemals in ihrer Kindheit an Krebs erkrankten Jugendlichen hinsichtlich ihres Körperbildes. Mittelfristig soll dadurch eine Sensibilisierung für das vorhandene Problem der Körperbildbeeinträchtigung unter den Pflegenden geschaffen werden. Durch diese Bewusstwerdung soll das Verhalten von Pflegefachkräften aktiv beeinflusst werden.

Langfristig (jedoch nicht in dieser Diplomarbeit) könnte anhand von qualitativen Studien ein Maßnahmenkatalog für Pflegefachkräfte zur positiven Beeinflussung des Körperbildes von Kindern mit Krebs erstellt werden, um einen Kompetenzgewinn für die Pflege zu bewirken.

III. Theorieteil

1. Historischer Hintergrund: Die Entwicklung des Begriffs Körperbild - ein Definitionsversuch

Die Anfänge der Definition des Begriffs Körperbild finden sich im Zusammenhang mit neurologischen Befunden. Dabei stehen PatientInnen im Vordergrund, die aufgrund einer Hirnschädigung eine verzerrte Wahrnehmung ihres Körpers haben. So können diese beispielsweise nicht zwischen ihrer rechten und linken Körperhälfte unterscheiden, oder negieren die Existenz eines bestimmten Körperteiles. Der britische Neurologe Henry Head war einer der ersten Wissenschaftler, der im Jahr 1920 eine Theorie zum menschlichen Körperbild aufstellte. Er ging davon aus, dass jedes Individuum ein Bild von sich selbst konstruiert, welches dann im Rahmen eines Schemas meist unbewusst alle Bewegungen des Körpers beurteilt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass neurologische Begriffsdefinitionen des Körperbildes sehr stark von spezifischen Hirnregionen und deren Repräsentationen des Körpers ausgehen. Läsionen im Gehirn werden oftmals mit spezifischen Störungen im Körperbild verbunden (vgl. Fisher & Cleveland, 1958, S. 3 ff.).

Neben dem neurologisch veränderten Körperbild gibt es eine veränderte Körperwahrnehmung bei psychiatrischen PatientInnen, insbesondere bei Menschen, die an Schizophrenie oder an neurotischen Störungen erkrankt sind. Im Mittelpunkt dieses Definitionsversuches steht der Begriff der Depersonalisierung. Darunter versteht man das Gefühl der Entfremdung des eigenen Körpers von der persönlichen Identität. Im Sinne einer psychischen Störung fungiert der Prozess der Depersonalisierung als Schutz vor negativen Gefühlen (vgl. Fisher & Cleveland, 1958, S. 15 ff.).

Der Begriff Körperbild wurde jedoch immer mehr auch Gegenstand alltäglicher, individueller Erfahrungen und zum Kulturphänomen. Körperbild lässt sich nicht auf psychisch oder physisch kranke Menschen beschränken, sondern stellt ein Phänomen dar, das Teil der menschlichen Wahrnehmung ist. Die

Körperwahrnehmung im kulturellen Kontext bezieht sich vor allem auf kulturspezifische Körperideale. Darunter versteht man die in einer Kultur vorherrschenden Einstellungen zum körperlichen Erscheinungsbild wie zum Beispiel Idealvorstellungen von Körperteilen oder Kleidung. (vgl. Fisher & Cleveland, 1958, S. 20 ff.).

Im Lauf der Jahre hat sich das Forschungsfeld zum Thema Körperbild von Wahrnehmung und neurologischen Aspekten auf subjektive Elemente der Körperwahrnehmung erweitert. Slade versteht unter Körperbild das Bild, „(...) *we have in our minds of the size, shape and form of our bodies; and to our feelings concerning these characteristics and our constituent body parts.*“ (Slade, 1994, S. 497).

White (vgl. White, 2000, S. 183) kritisiert, dass der Begriff Körperbild oftmals ein uneindeutig verwendeter Begriff ist. Anpassungsprobleme hinsichtlich einer Krebserkrankung können auf unterschiedlichen Ebenen auftreten, wie zum Beispiel in Bereichen der Sexualität, des Selbstwertes oder der Stigmatisierung. Eine mangelhafte Begriffsoperationalisierung stellt somit eine Barriere in der wissenschaftlichen Forschung, im Assessment und in der psychologischen Behandlung dar.

Außerdem meint White kritisch, dass in der Wissenschaft oft die wertenden Begriffe positives und negatives Körperbild verwendet werden. Dabei geht aber der Facettenreichtum des Körperbildes verloren. Eine Krebserkrankung hat unterschiedliche körperliche, psychische und soziale Auswirkungen, die sich individuell unterscheiden (vgl. White, 2000, S. 184).

Im Bereich der Krankenpflege ist es nach White unumgänglich, den Prozess der menschlichen Entwicklung und des Körperbildes zu verstehen. Erst wenn Pflegepersonen wissen, welche Auswirkungen eine Krebsdiagnose und Behandlung auf das Selbst der PatientInnen hat, kann auf deren Bedürfnisse eingegangen werden (vgl. White, 2000, S. 184).

Price beschreibt, dass das Körperbild ein dynamisches Konzept aus persönlichen Erfahrungen darstellt (vgl. Price, 1990, S. 585). Weiters vertritt er die Ansicht, dass man unter Körperbild einen ständig wechselnden Aspekt des Seins,

untrennbar verbunden mit Sexualität, Kultur und Alter versteht (vgl. Price, 1992, S. 641).

Price spezifizierte seine Annahmen im Lauf der Zeit. Er teilt das Körperbild in fünf verschiedene Dimensionen, welche jedoch miteinander verbunden sind. Die Körperrealität bezieht sich auf den Körper, wie er wirklich ist. Ein Körperideal entspricht dem Wunsch einer Person, wie der Körper sein sollte. Unter Körperpräsentation versteht man die persönliche Darstellung des Körpers, beispielsweise durch Körperpflege und Kleidung. Zum Körper eines Menschen zählen weiters verschiedene Bewältigungsstrategien, um mit körperlichen Veränderungen umgehen zu können. Außerdem helfen soziale Netzwerke, um Veränderungen zu interpretieren und zu kontrollieren (vgl. Price, 1992, S. 641).

Auch Nettleton und Watson postulieren, dass Mensch und Bewusstsein in den Körper eingebettet sind. Sie sprechen dabei von einem „gelebten Körper“ (= lived body). Körper und Geist sind also untrennbar miteinander verbunden (vgl. Nettleton & Watson, 1998, S. 9).

„The image we hold of our bodies will to a greater or lesser extent impact upon how we experience our bodies in everyday life. It may impact upon our sense of self, our degree of confidence in social situations and the nature of our social relationships.“ (Nettleton & Watson, 1998, S. 17)

Schubert versucht diese vorangegangenen Definitionsversuche neu zu organisieren und zu differenzieren. Er versteht unter dem Begriff Körperbild psychologische(s), emotionale(s) und affektive(s) Körperbewusstsein, Körperausgrenzung und Körpereinstellungen. Das Körperbild ist dabei explizit an die situationsspezifische Aufmerksamkeit gebunden. Dem gegenüber stellt der Autor den Begriff des Körperschemas. Dieses umfasst neurophysiologische, perzeptive und kognitive Körperorientierung sowie Körperausdehnung und Körperkenntnis. Das Körperschema ist im Gegensatz zum Körperbild implizit und an eine permanente Darstellung von Körperzuständen gebunden (vgl. Schubert, 2009, S. 19 ff.).

Die Begriffe Körperschema und Körperbild schließen einander jedoch keinesfalls aus. Viel eher setzt jedes Körperbild ein Körperschema voraus. Erst die

situationsspezifische, subjektive Bewertung von Körperschemata resultiert in einem Körperbild.

2. Krebserkrankungen – eine Einführung

Im folgenden Kapitel soll zuerst ein kurzer Überblick über die demographische Entwicklung von Krebserkrankungen bei Kindern gegeben werden. Anschließend soll auf die daraus resultierenden Körperbildveränderungen im Rahmen des Krankheitsprozesses eingegangen werden. Weiters werden Behandlungsmaßnahmen und deren Auswirkungen auf den kindlichen Körper beschrieben und Copingstrategien für diese Veränderungen elaboriert.

2.1. Demographische Entwicklung

Unter einer Krebserkrankung wird ein chronischer Krankheitszustand verstanden, der sowohl physische als auch psychische und soziale Auswirkungen hat. Zu den psychischen Folgen zählen insbesondere Anpassungsprobleme, wie beispielsweise ein geringer Selbstwert, soziale Isolation, verändertes Familienleben und Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz (vgl. Ostroff & Steinglass, 1996 zit. nach Prouty et al., 2006, S. 143 f.).

Die Spätfolgen einer Krebserkrankung wurden lange Zeit nicht erforscht, da die Überlebensraten erst in den letzten Jahrzehnten rasant gestiegen sind (vgl. Langeveld et al, 2002, zit. nach Prouty et al., 2006, S. 144).

Zu kindlichen Krebserkrankungen werden oft jene gezählt, die vor dem 15. Lebensjahr diagnostiziert wurden (vgl. Cancer Research UK). Jedoch sind sich Experten oftmals nicht einig, welche Altersgrenzen hinsichtlich kindlicher Krebserkrankungen zu ziehen sind. Diese Klassifizierung geschieht meist individuell und berücksichtigt neben dem Alter der Betroffenen auch die Art der Krebserkrankung.

Die Ursachen kindlicher Krebserkrankungen sind vielfältig, liegen jedoch bei den meisten Krankengeschichten im Dunkeln. Jede Krebserkrankung geht mit Zellveränderungen einher, die prä- oder postnatal entwickelt werden. Auf der einen Seite gibt es genetische Risikofaktoren, wie etwa angeborene Chromosomen-Anomalien, auf der anderen Seite gibt es verschiedenste

Umwelteinflüsse, wie etwa Infektionen, welche Zellen verändern können (vgl. Cancer Research UK).

Generell ist in den letzten 50 Jahren die Zahl der Überlebenden einer Krebserkrankung stark angestiegen (vgl. Eiser, 2007, S. 1140). In Österreich war Krebs im Jahr 2007 die zweithäufigste Todesursache bei Kindern im Alter von einem bis zehn Jahren (vgl. Statistik Austria). Die Überlebensraten von Kindern mit Krebs sind in den letzten Jahrzehnten signifikant gestiegen. Hochrechnungen gehen davon aus, dass im Jahr 2010 einer von 250 Erwachsenen (im Alter von 18 bis 45 Jahren) Überlebender einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter sein wird (vgl. Calamius, 2006, S. 652).

Als ein weiteres europäisches Beispiel dient Großbritannien. Im Vereinigten Königreich stieg die Zahl der an Krebs erkrankten Kinder innerhalb von 35 Jahren um 35% mit einem jährlichen Anstieg von 0,8%. Gleichzeitig hat sich jedoch die Zahl der Todesfälle um mehr als die Hälfte der Fälle reduziert (vgl. Cancer Research UK). Dieser Wandel ist auf standardisierte Behandlung und auf aggressive Behandlungsmethoden zurückzuführen (vgl. Kopel et al., 1998, S. 141).

Durch diese Entwicklung erleben Betroffene von Krebserkrankungen über die Zeit der akuten Erkrankung hinaus längerfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen. Eiser (vgl. Eiser, 2007, S. 1140) weist darauf hin, dass vor allem ein Bewusstsein für psychologische Spätfolgen bei Betroffenen von Krebs in der Kindheit geschaffen werden muss.

2.2. Krebserkrankung und institutionelle Rahmenbedingungen - ein ganzheitliches Behandlungskonzept

Laut Eiser gliedert sich die Behandlung von Krebserkrankungen bei Kindern grob in drei Teile. Wichtige Behandlungsmaßnahmen stellen *Chemotherapie, Radiotherapie und chirurgische Eingriffe* wie Knochenmarkstransplantationen dar (vgl. Eiser, 1998, S. 622).

Die klinischen Behandlungsmethoden von Krebserkrankungen sind größtenteils invasiv, haben meist starke Nebenwirkungen und können auch Folgeschäden

bewirken (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 200). Die Behandlung von Kindern mit Krebs erfolgt dabei in sehr zentralisierten medizinischen Einrichtungen, die einen großen Stab an Spezialisten für die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung haben. Daraus ergeben sich jedoch nicht nur Vorteile. Der problematische Aspekt ist, dass PatientInnen und deren Familien extrem abhängig von dem Team an Spezialisten sind (vgl. Eiser, 1998, S. 631). Neben der Behandlung körperlicher Aspekte tritt auch vermehrt eine verbesserte unterstützende Pflege in den Vordergrund. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Lebensqualität der betroffenen Kinder.

Früher galt es als besonders wichtig, die Schmerzen zu kontrollieren und den Krankenhausaufenthalt des Kindes so angenehm wie möglich zu gestalten, ohne dabei jedoch längerfristige Auswirkungen der Krankheit und Behandlung auf die PatientInnen zu berücksichtigen. Außerdem wurden die Betroffenen nicht in die den medizinischen Alltag betreffenden Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen integriert. Heute werden Kinder vermehrt über ihre Krankheit informiert und unterstützend begleitet. Es gibt neben dem klinischen Personal sowohl für die betroffenen PatientInnen als auch für deren Familien eine große Bandbreite an psychosozialer Unterstützung, zum Beispiel durch Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Pflegepersonen (vgl. Eiser, 1998, S. 622 f.).

2.3. Auswirkungen einer Krebserkrankung und deren Behandlung auf den Körper

Körperbildveränderungen treten als Folge eines Krankheitsprozesses auf. Bereits vor der eigentlichen Diagnosestellung und der medikamentösen Behandlung stellen die Betroffenen oftmals Veränderungen des Körpers und des Aussehen fest. Dies ist meist auch der Grund, warum Menschen einen Arzt aufsuchen (vgl. Woodcock, 1999, S. 131).

Die Diagnose einer Krebserkrankung führt bei Betroffenen zu Angst, wodurch auch Selbstwertgefühl und Körperbild beeinträchtigt werden. Auch Ungewissheit

bezüglich noch folgender Krankheitsereignisse und Folgeerscheinungen einer Krebserkrankung treten auf (vgl. Woodcock, 1999, S. 123 f.).

2.3.1. Chirurgische Eingriffe und Operationen

Die Diagnose einer Krebserkrankung impliziert meist chirurgische Eingriffe und somit auch chirurgisch bedingte Körperbildveränderungen. Direkte Veränderungen am Körper betreffen intravenöse Infusionen, Katheter, Magensonden und Drainagen.

Dies resultiert in dem Problem der Versehrtheit des Körpers beziehungsweise der Körperintegrität. Das Platzieren eines zentralen Venenkatheters bedeutet eine ständige Präsenz und somit eine ununterbrochene Erinnerung an die Krankheit. Der Körper wird somit optisch verändert und dadurch wird in die Versehrtheit des Körpers eingedrungen (vgl. Evans, 1997, S.180).

Solche körperbezogenen Veränderungen sollen daher durch Pflegepersonen sensibel behandelt werden. So können beispielsweise Katheter diskret platziert oder Infusionen für möglichst viel Bewegungsfreiheit korrekt am Körper positioniert werden.

Weiters stehen bei KrebspatientInnen Operationsnarben im Mittelpunkt körperlicher Veränderungen. Oft können besonders große oder frei liegende Narben nicht verborgen werden. Hier gilt es für Pflegekräfte Möglichkeiten aufzuzeigen, wie diese am besten kaschiert werden können, zum Beispiel durch verdeckendes Make-up. Auch wenn die Heilung einer Erkrankung im Vordergrund steht und Narben „in Kauf genommen“ werden müssen, bedeutet dies nicht, dass Narben für PatientInnen keine Probleme darstellen. Deshalb ist es wichtig, das Pflegepersonal diesbezüglich zu sensibilisieren (vgl. Woodcock, 1999, S. 124 f.).

„Die Pflegekräfte müssen Verständnis dafür haben, daß [sic] diese Patienten [sic] sich emotional verletzt fühlen, zum einen durch den Krebs, zum anderen durch den chirurgischen Eingriff, und daß [sic] diese Gefühle auch dann entstehen, wenn der Eingriff für die Heilung nötig war.“ (Woodcock, 1999, S. 125)

Ein operativer Eingriff ist deshalb niemals als bloße Gegenleistung für gesteigerte Überlebenschancen zu sehen.

Weiters kann es durch chirurgische Eingriffe auch zu massiven Funktionsstörungen kommen. Insbesondere PatientInnen mit Krebs im Kopf- und Halsbereich sind davon betroffen. Beispielsweise können Probleme beim Sprechen, Schlucken, Atmen, Essen oder Trinken auftreten, wodurch es schwierig ist ein positives Körperbild zu erlangen (vgl. Woodcock, 1999, S. 126 f.).

2.3.2. Chemotherapie

Einen großen Beitrag zu Körperbildveränderungen bei KrebspatientInnen stellen Chemotherapien dar. Die extremste Form der Beeinträchtigung ist dabei die so genannte Alopezie, auch Haarverlust genannt. Haarausfall gilt als eine der stressreichsten Auswirkungen einer Behandlung von Krebs. Der Verlust der Haare ist oftmals gleichbedeutend mit der Bedrohung oder dem Verlust des Körperideals. Neben dem Haarverlust können die Haare durch Radiotherapie dünner werden oder es bilden sich kahle Stellen an der Kopfhaut. Oftmals sind diese Veränderungen irreversibel (vgl. Evans, 1997, S. 179).

Haar gilt in vielen Kulturen als Symbol des sozialen Status, des Geschlechts und der religiösen Überzeugung. Der Verlust von Haaren gilt oftmals als Verlust der Zugehörigkeit und der Identität. Außerdem wird durch einen Haarverlust deutlich sichtbar, dass Menschen an einer Krankheit leiden. So wird auch der oder die Betroffene mit der offensichtlichen Tatsache konfrontiert, an einer Krebserkrankung zu leiden. Oftmals kommen deshalb Perücken, Hüte oder Kappen zum Einsatz, um den Haarverlust zu kaschieren (vgl. Woodcock, 1999, S. 127).

Weitere Nebenwirkungen von Chemotherapien sind Übelkeit, Erbrechen und damit in Verbindung stehend Schleimhautveränderungen. So kann es sein, dass Betroffene selbst Angst vor dem Sprechen entwickelt, aus Besorgnis darüber, Mundgeruch zu haben oder ihren Speichelfluss nicht kontrollieren zu können (vgl. Woodcock, 1999, S.128). Durch Übelkeit und Erbrechen aufgrund einer gastrointestinalen Beeinträchtigung durch invasive Behandlungsmethoden wird ein Kontrollverlust durch die Betroffenen erlebt. Besonders der Mund gilt in diesem Zusammenhang als wichtig. Sexuelle Ausdrücke werden durch Küssen, Lächeln und Sprechen vermittelt. Ist dies nur stark eingeschränkt möglich, können die

Betroffenen, so Evans, ihre sexuelle Identität verlieren (vgl. Evans, 1997, S. 179 f.).

Außerdem können Zytostatika das blutbildende System stark beeinflussen, sodass PatientInnen vermehrt an Nasenbluten oder Zahnfleischbluten leiden. Oftmals treten auch Anämien auf, die Betroffene besonders blass und geschwächt aussehen lassen (vgl. Woodcock, 1999, S. 128). Blutergüsse, Blutarmut und schlechte Wundheilung aufgrund einer Knochenmarks-Suppression stellen einen Konflikt zu einem schönen Körper dar. Auch nicht sichtbare, innere körperliche Veränderungen können emotional belastbar sein und das Körperbild negativ beeinträchtigen (vgl. Evans, 1997, S. 179).

2.3.3. Strahlentherapie

Beeinträchtigungen im Körperbild bei KrebspatientInnen können auch durch Strahlentherapien ausgelöst werden. Neben physiologischen Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Hautirritationen, Beeinträchtigungen des Gastrointestinaltraktes und Erschöpfung treten auch psychische Nebenwirkungen auf. Behandlungen im Rahmen einer Strahlentherapie werden zumeist im Kellergeschoß der Krankenanstalt durchgeführt, was ein Gefühl der Isolation auslöst. Große Geräte, unbequeme Behandlungsliegen und Bestrahlung, die impliziert, dass der oder die PatientIn aus Strahlenschutzgründen alleine gelassen werden muss, verursachen Gefühle der Angst und des Kontrollverlustes. Weiters wird das Behandlungsfeld für die Strahlentherapie auf der Haut der Betroffenen markiert, um eine Regelmäßigkeit der Therapie zu gewährleisten. Für viele Betroffene gilt dies als Stigmatisierung und lässt ihre Erkrankung offensichtlich erscheinen (vgl. Woodcock, 1999, S. 130).

Als weitere indirekte Folge nennt Evans starke Ermüdungserscheinungen. Durch die Krebserkrankung und deren Behandlung werden eingeschränkte physische Aktivität, Müdigkeit und Schwäche erlebt. Die Tatsache, dass der Körper nicht so funktioniert, wie er funktionieren soll und dass eine erhöhte Ermüdung durch die Betroffenen festgestellt wird, beeinflussen das Körperbild negativ (vgl. Evans, 1997, S. 178).

Price fügt hinzu, dass ein Tumor und die dadurch veränderte Physiologie des Körpers meist mit veränderten Körperkonturen einhergehen, meist durch Lymphknotenschwellungen. Auch Inkontinenz und Atemprobleme treten vermehrt auf. Dabei deuten die physiologischen Veränderungen für die Betroffenen auf einen Kontrollverlust hin. Besonders das diffuse Krankheitsbild mit ändernder Häufigkeit, Richtung und Ausbreitung der Krankheit verdeutlicht, dass der Körper außer Kontrolle ist. Die dabei erfahrenen Schmerzen werden von dem Gefühl der Angst begleitet (vgl. Price, 1992, S. 644). „*The area of pain typically feels very large, attracts a disproportionate amount of our waking attention and often feels very prominent.*“ (Price, 1992, S. 644)

2.4. Copingstrategien

Schwarzer versteht unter den psychologischen Voraussetzungen einer gelungenen Krankheitsbewältigung das Erlernen neuer Fertigkeiten, das Angebot und die Annahme von professioneller Hilfe, ein unterstützendes soziales Umfeld und realistische Zukunftsplanungen. Besonders bei krebserkrankten Kindern ist es wichtig, eine gute Kommunikation zwischen Eltern, Kind, medizinischem und pflegerischem Personal zu haben. Krebskranke Kinder haben (neben ihren Eltern) ein großes Bedürfnis nach Kontrolle, krankheitsbezogener Information, freier Äußerung von Gefühlen und nach Sinnsuche (vgl. Schwarzer, 1997, S. 417 f.).

Betreffend der Krankheitsbewältigung sollen Belastungen präventiv reduziert, soziale Netzwerke mobilisiert und Bewältigungsverhalten verbessert werden, um möglichst früh einer bedrohlichen Entwicklung entgegenzuwirken (vgl. Schwarzer, 1997, S. 423).

Die Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers hängt stark davon ab, wie Betroffene mit den Veränderungen des Körpers durch Krankheit umgehen. Ein verändertes Körperbild bedeutet oft ein Verlusterlebnis, woraus eine Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes resultiert. Im jungen Erwachsenenalter wird diese Art der Beeinträchtigung noch weiter verstärkt, da dieser Lebensabschnitt eine besonders veränderungsintensive Zeit darstellt. Teenager müssen ein positives Selbstkonzept erlernen und Reife entwickeln, welche die Herausbildung

eines positiven Körperbildes beeinflussen. Die Pubertät gilt für viele Teenager als Bedrohung des eigenen Körpers. Kommt in dieser Phase eine lebensbedrohliche Krankheit hinzu, führt dies meist zu Überforderung (vgl. Evans, 1997, S.177).

Hinsichtlich der Krankheitsbewältigung postuliert White für die Betroffenen ein kognitiv behavioristisches Model. Darunter versteht man eine vereinfachte Abbildung menschlicher Wahrnehmung. Dabei unterscheidet man zwischen globalen Ansichten beziehungsweise kognitiven Schemata und situationsspezifischen Gedanken (vgl. White, 2000, S. 185f.). „(...) *cancer patients with a perceived or actual appearance change, accompanied by the presence of a threat to their ideal selves (...) will experience negative appearance-related assumptions, thoughts, images, emotions and behaviours (...).*“ (White, 2000, S. 188)

Um psychische Probleme hinsichtlich des Körperbildes bewältigen zu können, müssen dominierende Ansichten und Gedanken identifiziert werden, um im Anschluss daran modifiziert werden zu können. Problematisch ist, dass in Gesundheitseinrichtungen oftmals nur physische Aspekte behandelt und dabei psychische vernachlässigt werden (vgl. White, 2000, S. 185f.).

Veränderungen im Aussehen beziehungsweise in der subjektiven Wahrnehmung haben Auswirkung auf das Selbstbild und insofern auch auf das Körperbild. Wenn durch eine Chemotherapie aufgrund einer Krebserkrankung von der oder dem Betroffenen ein Haarverlust festgestellt wird, kann das beispielsweise zu einem Gefühl der Inadäquatheit führen. Bei den Betroffenen könnte das Gefühl auftreten, dass sie von vielen Menschen aufgrund ihres veränderten Erscheinungsbildes beobachtet werden. Entscheidend dabei ist, wie groß die wahrgenommene Diskrepanz zwischen idealem und realem Selbst ist und welche Investitionen in das Erscheinungsbild getätigt werden. Dabei werden oft Assoziationen bezüglich des Körperbildes gemacht.

Anhand des Beispiels der Therapie mit Folgen des Haarverlustes wird die subjektive Wahrnehmung der Alopezie mit Schemata wie etwa Vermeidungsverhalten verknüpft. Sehen Freunde den Betroffenen beispielsweise nicht in die Augen, könnten diese das auf ihr Äußeres zurückführen und annehmen von ihren Freunden nicht mehr angenommen und akzeptiert zu

werden.¹ Aus solchen spezifischen Situationen können sich automatisch ablaufende Gefühle und Gedanken entwickeln. Um diese negativen Gedanken zu vermeiden, tritt vermehrt kompensatorisches Verhalten, wie beispielsweise sozialer Rückzug in den Vordergrund (vgl. White, 2000, S. 187 f.).

Zu den weiteren Strategien des kompensatorischen Verhaltens von Krebskranken, um körperliche Veränderungen zu verbergen, zählen Larouche und Peuckert Kleidung, Kopfbedeckungen und Kosmetikartikel. Sie spielen eine wichtige Rolle, um Normalität scheinbar aufrecht zu erhalten (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 205). Außerdem dienen gute Freunde als Schutz vor Fremden und deren Blicken, beispielsweise beim Ausgehen. „*My friends, is like my metal shield, like a bubble on top of me, they won't be scared to defend me.*“ (Larouche & Peuckert, 2006, S. 205)

Sind die Betroffenen in eine sichere Umwelt eingebettet, so beginnen sie langsam an Selbstvertrauen zu gewinnen und ihre normalen sozialen Aktivitäten in ihrem Umfeld wieder aufzunehmen. So wird beispielsweise die Perücke nur in der Öffentlichkeit getragen, jedoch nicht im vertrauten sozialen Umfeld (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 206).

2.5. Schlussbetrachtung

Während dieser beschriebenen invasiven Behandlungsmaßnahmen wird der Körper von den Betroffenen immer wieder neu bewertet, da sich das körperliche Erscheinungsbild und dessen Wahrnehmung rasch ändern. Schlägt diese Neubewertung fehl, kann es zu Angst, Depressionen, beeinträchtigtem Selbstkonzept und psychischen Problemen kommen (vgl. Wu & Chin, 2003, S. 218).

Es stellt sich jedoch grundsätzlich die Frage, warum Kinder und Jugendliche überhaupt Unzufriedenheit hinsichtlich ihres Körpers wahrnehmen. Grogan stellt fest, dass die Unzufriedenheit einerseits durch diverse Medien evoziert wird. Durch das beinahe ausschließliche Zeigen von attraktiven Personen

¹ Eigenes Beispiel der Autorin

beispielsweise im Fernsehen, werden kindliche Annahmen über adäquate körperliche Erscheinungen geprägt. Weiters wird angenommen, dass Kinder die Sichtweise von erwachsenen Bezugspersonen übernehmen. Diese Art der sozialen Erwünschtheit spiegelt das Vorhandensein von sozialen Stereotypen wieder (vgl. Grogan, 1999, S. 117 ff.).

Deshalb soll in den folgenden Unterkapiteln darauf eingegangen werden, welche Ansichten Kinder und Jugendliche über ihre Krebserkrankung und ihren kranken Körper haben.

3. Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung einer chronischen Erkrankung

Um die Auswirkungen von Krebserkrankungen auf Kinder und deren Körperbild zu verstehen ist es wichtig, die kindliche Entwicklung zu berücksichtigen. Deshalb sollen die Körperbildentwicklung unter dem Aspekt der kindlichen Entwicklung nach Piaget und kindliche Ansichten und Vorstellungen über Krebserkrankungen dargestellt werden. Anschließend wird der Übergang von der Kindheit zur Jugend unter den Aspekten der Selbstwahrnehmung und der Identitätsentwicklung näher beleuchtet.

3.1. Kindliche Entwicklung und Körper

3.1.1. Körperbildentwicklung bei Kindern unter dem Aspekt der kindlichen Entwicklung nach Piaget

Im folgenden Unterkapitel soll die Körperbildentwicklung von Kindern mit Krebs nach Cluroe dargestellt werden. Die Autorin bezieht sich dabei auf die Beschreibung der kindlichen Entwicklung durch Jean Piaget. Dieser teilt das Kindes- und Jugendalter in vier Phasen ein: das sensumotorische, das präoperationale, das konkret operationale und das formal operationale Stadium (vgl. Cluroe, 1999).

Das erste Stadium, das sensumotorische Stadium, ereignet sich zwischen der Geburt und dem zweiten Lebensjahr. Kleinkinder machen sich mit ihrer Umwelt vertraut, indem sie durch die Ausführung von Reflexen, wie zum Beispiel durch Tasten und Schmecken, ihre Umgebung erforschen und somit ihre kognitiven Repräsentationen erweitern (vgl. Sodian, 2008, S. 438).

Cluroe beschreibt, dass die kindliche Körperbildentwicklung durch die ersten Tasterfahrungen initiiert wird. Durch das Berühren von Gegenständen in der direkten Umwelt macht das Kind neue Erfahrungen bezüglich der Umgebung und auch bezogen auf das persönliche Selbst. Die Fähigkeit, motorische Tätigkeiten durchzuführen, vermittelt Kindern die Erfahrung in der Lage zu sein, Handlungen durchführen zu können. Diese erlebte Selbstständigkeit und Handlungskompetenz

können jedoch auch verletzt werden. Gelingt einem Kind die geplante Ausführung einer Tätigkeit nicht, so kann es zu Unsicherheiten kommen. Dies zeigt erste Unterschiede zwischen Selbstbild und Selbstideal auf (vgl. Cluroe, 1999, S. 86).

Im präoperationalen Stadium im Alter zwischen zwei und sieben Jahren wird die Mangelhaftigkeit des kindlichen Denkens sichtbar. Kinder orientieren sich immer an einem zentralen Aspekt. Sie können Probleme und deren Lösung nicht aus unterschiedlichen Blickwinkeln sehen (vgl. Sodian, 2008, S. 439).

Es ist für viele Kinder beispielsweise nicht nachvollziehbar, warum sie eine Injektion in den Oberarm bekommen, wenn doch der Schmerz im Bauch liegt. Außerdem wird in diesem Stadium gehäuft generalisiert. Kinder, die aufgrund einer Chemotherapie ihre Haare verloren haben, gelten für Gleichaltrige als seltsam, da alle „normalen“ Kinder Haare haben. Weiterer wichtiger Aspekt dieses Stadiums ist das Erlernen von Sprache. Mit zunehmendem Alter wird der Wortschatz erweitert und Kinder nehmen dadurch auch Veränderungen immer differenzierter wahr. Somit können auch körperliche Wahrnehmungen vermehrt registriert und benannt werden (vgl. Cluroe, 1999, S. 86).

Zwischen dem siebenten und elften Lebensjahr liegt das Stadium der konkreten Operationen. Die Bezeichnung dieser Zeitspanne bezieht sich auf die Tatsache, dass das Denken an konkrete Gegebenheiten gebunden ist. Kinder lernen Regeln, Klassifikationen, und ihr Denken wird zunehmend reversibel (vgl. Sodian, 2008, S. 442).

In Bezug auf Krankheit lernen Kinder, dass ein aktueller Zustand nicht von Dauer sein muss und dass gerade erlebte Schmerzen durch medizinische Eingriffe gelindert werden können. Jedoch müssen die Betroffenen auch lernen, dass manche Dinge überdauernden Charakter haben und nicht alle Probleme gelöst werden können. So wird die Angst vor Schmerz durch die Angst vor bleibenden Schäden (wie zum Beispiel Narben oder mangelnder Haarwuchs) abgelöst (vgl. Cluroe, 1999, S. 87). Durch den Erwerb von Gruppierungen und Klassifikationen lernen Kinder, Reihenfolgen und Hierarchien zu erstellen. Durch Vergleiche mit anderen im Kontext der erstellten Kategorien werden Werturteile gebildet und das Selbstkonzept weiterentwickelt. Oft werden durch derartige Vergleichsprozesse Unterschiede überbewertet. Vor allem konkrete Veränderungen, wie zum Beispiel

Haarverlust, bedingt durch eine Chemotherapie, können zu Ablehnung führen (vgl. Cluroe, 1999, S. 88).

Das Stadium der formalen Operationen beginnt ab dem elften Lebensjahr. Ab diesem Zeitpunkt wird hypothetisches, abstraktes Denken möglich. Kinder können sich nun bestimmte Tatsachen und deren Konsequenzen vorstellen. Große Bedeutung kommt auch der Problemlösefähigkeit zu, wodurch das kindliche Kompetenzgefühl gestärkt wird (vgl. Sodian, 2008, S. 443).

Die Jugendzeit wird geprägt durch die steigende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Durch Vergleichsprozesse mit Gleichaltrigen wächst die Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und dem Selbstideal. Bei Krankheiten werden die Betroffenen automatisch von bestimmten Aktivitäten im Sozialverband ausgeschlossen. Die Andersartigkeit im Gegensatz zu Gleichaltrigen und die Unfähigkeit, bestimmte Tätigkeiten ausführen zu können, kann zu sozialer Isolation führen. Weiters lernen Jugendliche ihr Körperinneres immer besser kennen. Sie wissen über die Lage der Organe und deren Funktion Bescheid. Somit kann auch ein schlechter Gesundheitszustand auf Basis formaler Operationen verstanden werden (vgl. Cluroe, 1999, S. 89 f.).

3.1.2. Kindliche Ansichten und Vorstellungen über eine Krebserkrankung

Die AutorInnen Williams und Bendelow konnten in einer Studie zu kindlichen Ansichten zum Thema Gesundheit, Krebs und Risiken anhand der Analyse von Zeichnungen und Schriftstücken von Kindern im Alter von neun bis zehn Jahren fünf Themen bezüglich kranker Körper identifizieren (wobei hier nur auf drei der fünf Aspekte Bezug genommen wird).

Für Kinder ist eine Krebserkrankung extrem Furcht einflößend. Der Körper, der von fremden Mächten besetzt wird, wird dabei als dämonisch angesehen.

Weiters verbinden Kinder mit einer Krebserkrankung einen entstellten Körper. Dabei stehen vor allem Haarverlust, Amputationen, Tumore und Hautveränderungen, die das äußere Erscheinungsbild stark verändern, im Vordergrund.

Als drittes Thema sind Krebs und der pathologische Körper zu nennen. Auch wenn für Kinder vor allem äußere Veränderungen eine entscheidende Rolle spielen, gilt Krebs als eine Art Invasion beziehungsweise Mutation. Aus

kindlicher Sicht ergreifen schlechte Zellen die Macht und zerstören den Körper. Um diese Feinde zu besiegen, sehen Kinder Behandlungsmaßnahmen wie Chemotherapie, Radiotherapie, Medikamente und Injektionen als Waffen. Aus Sicht der Kinder entsteht Krebs vor allem durch externe Faktoren, wie zum Beispiel durch einen schlechten Lebensstil. Dabei werden hereditäre Ursachen meist vernachlässigt (vgl. Williams & Bendelow, 1998, S. 110 ff.).

3.2. Jugendzeit und Körper – Entwicklung von Jugendlichen als Übergang ins Erwachsenenalter

„Die Periodisierung des Jugendalters (...) kennzeichnet – unter Verwendung von Altersmarken - phasenspezifische Muster, die entweder als rasantes Veränderungsgeschehen oder auch als moderate Konsolidierungsphase sichtbar werden.“ (Oerter & Dreher, 2008, S. 272)

Im Lauf der Entwicklung kommt es zu biologischen, kognitiven und emotionalen Veränderungen, die im zeitlichen Verlauf miteinander in Wechselwirkung stehen. Dabei kommt es weniger zu linearen als zu abrupten Übergängen in der Jugendzeit.

Den Beginn der Jugendzeit stellt die eintretende Geschlechtsreife, auch Pubertät genannt, dar. Dieser Zeitpunkt gilt als Abgrenzung zwischen Kindheit und Jugendalter. Die Pubertät ist gekennzeichnet durch hormonelle Veränderungen, motorische Entwicklung und durch das sexuelle Reifen eines heranwachsenden Körpers. Im Zuge der Reifung werden persönliche Werte und Ziele definiert und Schritte zur Unabhängigkeit gesetzt (vgl. Berk, 2005, S. 9).

Das Jugendalter wird nach Oerter und Dreher in drei Zeitabschnitte eingeteilt: Die frühe Adoleszenz bezeichnet den Altersabschnitt zwischen 10 und 13 Jahren. Die anschließende mittlere Adoleszenz findet zwischen 14 und 17 Jahren statt. Abgerundet wird das Jugendalter mit der späten Adoleszenz im Alter von 18 und 22 Jahren (vgl. Oerter & Dreher, 2008, S. 272).

Berk hat im Gegensatz zu Oerter und Dreher (vgl. Oerter & Dreher, 2008) eine weitgefassere Perspektive der Adoleszenz. Der Übergang zwischen Kindheit und

Erwachsenenalter liegt ihrer Ansicht nach zwischen dem 11. und 21. Lebensjahr (vgl. Berk, 2005, S. 9).

Unabhängig von der genauen zeitlichen Periodisierung lässt sich sagen, dass mit Zunahme des Alters das Vertrauen hinsichtlich der körperlichen Selbstdarstellung wächst und Unsicherheiten verringert werden. Interessant ist auch die Tatsache, dass die Körperzufriedenheit bei Jungen mit dem Alter zunimmt und bei Mädchen abnimmt (vgl. Oerter & Dreher, 2008, S. 297).

Das Jugendalter gilt als veränderungssensible Zeit. Der Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter ist durch Übergänge und labile Phasen gekennzeichnet. Vertraute Situationen und Handlungsmuster verändern sich, wobei Bewältigungsstrategien für diese neuen Funktionsbereiche noch fehlen. Deshalb gilt die Adoleszenz - der Übertritt in einen noch unbekannten Lebensbereich - einerseits als Herausforderung, aber andererseits auch als Sicherheitsverlust (vgl. Oerter & Dreher, 2008, S. 274).

Im Jugendalter verändert sich das körperliche Erscheinungsbild stark. Die sekundären Geschlechtsmerkmale entwickeln sich und dadurch verändert sich auch das vertraute Körperschema. Neue Körperproportionen und geschlechtsspezifische Funktionen müssen in das Körperbild der Jugendlichen integriert werden. Dabei spielen gesellschaftliche Normen und Werte eine wichtige Rolle, welche das Körperbild maßgeblich prägen (vgl. Oerter & Dreher, 2008, S. 274).

3.2.1. Körperselbstbild und Identität von Jugendlichen - aufbauend auf der Identitätsentwicklung in der Kindheit

In der psychosozialen Entwicklung beschreibt Erikson den Erwerb von Einstellungen und Fähigkeiten des Ichs, das es zu einem aktiven Mitglied der Gesellschaft macht.²

Von der Geburt bis zum ersten Lebensjahr ist es wichtig, eine vertrauensvolle und sichere Atmosphäre für den Säugling zu schaffen. Zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr beginnt das Kleinkind im Rahmen erworbener mentaler und motorischer Fertigkeiten selbst kleine Entscheidungen zu treffen. Die Autonomie

² dabei soll nur auf fünf der acht Phasen der psychosozialen Entwicklung bis zur Adoleszenz eingegangen werden

des Kindes sollte durch seine Umwelt gefördert werden, um Selbstzweifel nicht aufkommen zu lassen.

Im Alter von drei bis sechs Jahren zeigen Kinder Initiative und probieren selbst aus, wer sie gerne sein möchten. Sie sollten dabei in ihrer neu entdeckten Zielgerichtetheit von ihren Eltern unterstützend angeleitet werden. Dabei ist es besonders wichtig, dass Kinder nicht mit ihrer neu entdeckten Initiative alleine gelassen und somit überfordert werden. Sechs- bis Elf-Jährige entwickeln in dieser Altersstufe das Gefühl von Kompetenz. Kinder entwickeln ein differenzierteres Selbst indem sie ihr Verhalten, ihre Gefühlszustände und Persönlichkeitseigenschaften beobachten, ordnen und mit denen Gleichaltriger vergleichen (vgl. Berk, 2005, S. 431). In dieser Phase lernen sie Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu haben. Durch negative Erlebnisse können Minderwertigkeitsgefühle und das Gefühl der Inkompetenz entstehen.

Die Adoleszenz stellt eine Zeit der Identitätssuche und Rollendiffusion dar. Die grundlegende Frage in dieser Phase ist die Frage nach dem Sein: „Wer bin ich?“ Durch Wertvorstellungen und Zielsetzungen wird die persönliche Identität entwickelt. Dabei werden Wertvorstellungen und Prioritäten in Frage gestellt, um eine reifere Identität zu erlangen.

Hinsichtlich der psychosozialen Entwicklung ist es wichtig, dass die vorangegangenen Phasen positiv bewältigt wurden, um entwicklungsbedingte Konflikte und Krisen auflösen zu können (vgl. Erikson, 1950 zit. nach Berk, 2005, S. 20 ff.).

So kann es beispielsweise durch mangelnde Lösung früherer Konflikte zu einer Identitätsdiffusion kommen. Das bedeutet, dass die Jugendlichen den psychischen Herausforderungen des Erwachsenenalters nicht gewachsen sind. Wenn Jugendliche kein stabiles Selbstwertgefühl beziehungsweise keine stabile Identität entwickelt haben, fällt es ihnen beispielsweise schwer, Intimität aufzubauen (vgl. Erikson, 1950, 1968 zit. nach Berk, 2005, S. 526 f.).

„Gegen Mitte bis Ende der Adoleszenz fügen die Teenager ihre Persönlichkeitseigenschaften zu einem strukturierten System zusammen. (...) Darin wird ihre Wahrnehmung deutlich, dass psychische Qualitäten sich

häufig von einer Situation zur anderen verändern. Ältere Adoleszente erkennen außerdem integrierende Prinzipien, die frühere, Schwierigkeiten bereitende Widersprüche sinnvoll werden lassen.“ (Berk, 2005, S. 528)

Das Selbstbild, das Jugendliche vom eigenen Körper haben, wird auch als Körperkonzept bezeichnet. Roth teilt das Körperselbstbild in drei Typen:

- 1) Körper-uninteressierte Jugendliche zeigen hinsichtlich ihres körperlichen Erscheinungsbildes wenig Interesse.
- 2) Körper-Unintegrierte haben starke Gefühle der Entfremdung und fehlender Kontrolle bezüglich ihres Körpers.
- 3) Körper-aktive und körper-selbstbewusste Jugendliche zeigen hohe Zufriedenheit im Bezug auf ihre Figur und Physiognomie (vgl. Roth, 2000, S. 9).

Oerter und Dreher verstehen unter dem Begriff der Identität beziehungsweise des Selbst ein Persönlichkeitssystem. Grundlegend beschäftigt sich der Begriff der Identität mit der Frage „Wer bin ich?“. Das Selbstkonzept gliedert sich dabei in affektives Selbst (bestehend aus Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen) und in kognitives Selbst (bestehend aus dem Wissen über sich selbst und der Selbstwahrnehmung) (vgl. Oerter & Dreher, 2008, S. 303 f.).

Weiters wichtig ist die Unterscheidung zwischen authentischem und unauthentischem Selbst. Mit fortschreitendem Alter in der Adoleszenz können Jugendliche zwischen echtem und vorgetäushtem Selbst differenzieren. Im Gegensatz zu 12 bis 13-Jährigen können ältere Jugendliche genau unterscheiden, ob sie ein wahres oder falsches Selbst zeigen.

Außerdem spielen mit fortschreitendem Alter unterschiedliche Zeitdimensionen eine Rolle. Kinder beschreiben sich selbst stark gegenwartsbezogen, während Jugendliche sowohl Vergangenheit als auch Gegenwart und Zukunft in ihre Selbstbeschreibung integrieren (vgl. Silbereisen, 2000 zit. nach Oerter & Dreher, 2008, S. 305).

Die Entwicklung des Selbst und der Persönlichkeit wird durch kritische Lebensereignisse, die als Entwicklungsaufgaben gelten, geprägt. Dabei wird zwischen normativen, nicht-normativen und historischen kritischen

Lebensereignissen unterschieden. Normative kritische Lebensereignisse bezeichnen meist alterskorrelierte, kulturgebundene Meilensteine im Lebenslauf. Dazu zählen beispielsweise Schuleintritt, Eheschließung oder die Geburt eines Kindes. Nicht-normative kritische Lebensereignisse sind kulturell und biologisch unabhängig und kennzeichnen unerwartete Ereignisse im Lauf der Entwicklung. Zu diesen Lebensereignissen zählen auch Krebserkrankungen. Diese Ereignisse sind unvorhersehbar, wodurch ihnen nicht präventiv vorgebeugt werden kann. Die historischen kritischen Lebensereignisse betreffen große Gruppierungen von Menschen in einem politischen, kulturellen oder geographischen Rahmen. Solche Krisen wären beispielsweise Krieg oder wirtschaftlicher Notstand in einem Land (vgl. Krampen & Spangler, 2008, S. 670 ff.).

Kritische Lebensereignisse können unterschiedliche Aufgabenbereiche betreffen. Probleme hinsichtlich einer Krebserkrankung betreffen beispielsweise gesundheitliche Probleme. Der Körper des beziehungsweise der Betroffenen ist geschwächt, wodurch die körperliche Aktivität stark eingeschränkt wird. Weiters bedeuten Erkrankungen meist das Erleben von Verlusten. Ein gravierender Nebeneffekt der Behandlung von Krebserkrankungen stellt der Haarverlust dar, welcher weitere Verluste (wie zum Beispiel Einbußen im Selbstvertrauen) mit sich bringt. Können diese Verluste nicht behoben werden, so kann zumindest versucht werden diese zu kompensieren, beispielsweise durch das Tragen einer Perücke. Auch soziale Konflikte können durch kritische Lebensereignisse entstehen. Beispielsweise fühlen sich Krebskranke von ihrer Umwelt bezüglich ihres Aussehens beobachtet. Das kann zu einer Abwendung vom Freundeskreis führen. Durch kritische Lebensereignisse werden weiters belastende Emotionen erzeugt. Beim Beispiel Krebs schämen sich die Betroffenen oftmals aufgrund ihres veränderten körperlichen Erscheinungsbildes (vgl. Montada, 2008, S. 39)³.

3.2.2. Selbstwahrnehmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei einer Krebserkrankung

Eine Krebserkrankung und deren unkontrollierbaren Symptome stellen eine lebensbedrohliche Situation dar. Neben diesem großen Lebenschnitt der

³ ergänzt durch Beispiele im Bezug auf Krebs durch die Autorin

Erkrankung müssen Jugendliche jedoch auch Veränderungen in ihrer persönlichen Entwicklung durchmachen. In der Adoleszenz wird die persönliche Identität entwickelt, Autonomie wird angestrebt, sexuelle und emotionale Reife werden etabliert und Zukunftspläne werden geschmiedet. Bei einer Krebserkrankung ist es oftmals schwierig, diese Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Dabei zählt die Zeit der Adoleszenz als kritische Phase, um ein positives Selbstbild zu entwickeln. Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Krebserkrankung haben demnach ein höheres Risiko ein geringeres Selbstbild zu erlangen, als gleichaltrige Gesunde (vgl. Woodgate, 2005, S. 9). „(...) *although having cancer does not always lead to adjustment difficulties in adolescents, it nonetheless puts them at greater risk for psychosocial difficulties.*“ (Woodgate, 2005, S. 9)

Woodgate ermittelte in ihrer qualitativen Studie sechs verschiedene Arten der Selbstwahrnehmung von jungen Erwachsenen mit Krebs. Durch die schwere Erkrankung erfahren die Betroffenen physische und mentale Veränderungen ihres Körpers (vgl. Woodgate, 2005, S. 10 ff.). „*Moreover, the symptoms made them become more aware of their bodies as they became experts in relation to knowing their bodies.*“ (Woodgate, 2005, S. 10)

Veränderungen in der Körper- und Selbstwahrnehmung werden von den Betroffenen unterschiedlich erlebt.

Das „Leben als Tollpatsch“ bezieht sich auf einen durch die Krebserkrankung unverlässlichen und unbändigen Körper. Dabei haben die Betroffenen Schwierigkeiten Routineaktivitäten, die sie tun wollen, durchzuführen.

„Leben als GefangeneR“ stellt einen abhängigen Körper dar. Tätigkeiten können nicht mehr durchgeführt werden und müssen stellvertretend durch andere Personen ausgeführt werden.

Im „Leben als Invalide“ erfahren die Betroffenen durch die starken Krankheitssymptome einen wirklich kranken Körper. Das Auftreten der Symptome macht die vorliegende Erkrankung zu einem Teil der Realität und resultiert in einem Gefühl der Vulnerabilität. In diesem Zustand wollen die Betroffenen oft freiwillig ins Krankenhaus, um die Symptome besser behandeln zu können.

„Leben als Alien“ beschreibt den Zustand der Befremdung im Umgang mit dem eigenen Körper. „*Hair loss, round and puffy faces, weight loss or weight gain, a slow moving body, and unusual emotional feelings contributed to them having feelings of living in a strange body.*“ (Woodgate, 2005, S. 11) Selbst wenn die Betroffenen ihre körperlichen Veränderungen nicht als Entstellung empfinden, denken die Betroffenen, dass ihr Körper von anderen Menschen als entstellt und deformiert gesehen wird.

Das Gefühl des „Lebens als Zombi“ tritt bei einem durch die Krankheit stark ermüdeten Körper auf. Die Krankheitssymptome und deren Behandlung schwächen den Körper und entziehen diesem jegliche Energie.

Das Lebensgefühl „Leben als Kind“ tritt meist nach Symptomlinderung oder Beendigung einer Behandlung auf. Dabei wird der Körper von den Betroffenen als erneuert wahrgenommen. Sie fühlen sich dabei frisch, energiegeladen und vital, ähnlich ihrem Leben vor der Krebserkrankung. In diesem Zustand ist es den Betroffenen auch wieder möglich, sich als normaleR JugendlicheR zu fühlen und zu verhalten (vgl. Woodgate, 2005, S. 11 f.).

Ebenso wie Woodgate (vgl. Woodgate, 2005) beschreiben Larouche und Peuckert die Körperwahrnehmung junger Erwachsener mit Krebs als andersartig. Die Betroffenen meinen, nicht normal auszusehen, und haben das Gefühl, von anderen Menschen aufgrund ihres veränderten Erscheinungsbildes beobachtet zu werden. Die Wahrnehmung der Andersartigkeit lässt sich auf die physischen Veränderungen zurückführen. Haarverlust, ein zentraler Venenkatheter, Narben und Hautveränderungen lassen bei den jungen Erwachsenen Gefühle der Abnormalität und Befremdung aufkommen. Manche der Erkrankten empfinden ihren Körper auch als abstoßend (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 203 ff.).

Weiters vermittelt der veränderte Körper den optischen Eindruck von Krankheit. Die körperlichen Veränderungen sind sichtbar, und somit werden die Betroffenen ständig an die bedrohliche Krankheit Krebs erinnert.

Durch das veränderte Aussehen wird auch eine erhöhte Vulnerabilität erlebt. Besonders der Haarverlust wird von den Betroffenen als dramatisch empfunden, da dieser das Gesicht stark verändert und kaum verborgen werden kann. Ohne Haare, mit vielen Narben und wenig Gewicht entstehen Gefühle der Hilflosigkeit und der Schutzlosigkeit (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 204).

Die Wahrnehmung des Körperbildes hat unterschiedliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Oftmals werden soziale Kontakte gemieden. Junge Erwachsene möchten beispielsweise nicht in ihrem Zustand von Freunden gesehen werden. Weiters berichten die Betroffenen von einem negativen Einfluss ihres Körperbildes auf intime Beziehungen und Partnerschaften. Auch sportliche Aktivitäten, bei denen der Körper vermehrt gezeigt wird, werden vermieden (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 204 f.).

4. Krankenpflege und Körperbild

Im vierten Kapitel soll das Phänomen Körperbild in zwei theoretische Rahmenmodelle eingebettet werden. Spezieller Fokus liegt dabei sowohl auf dem Umgang mit Veränderungen des Körpers (nach Roy) als auch auf der Körperbild-Pflege (nach Price). Im Anschluss daran werden anhand der beschriebenen Literatur erste Implikationen für die Pflegepraxis erläutert.

4.1. Das Adaptationsmodell nach Roy

4.1.1 Grundideen zum Adaptationsmodell

Die Grundidee zum Adaptationsmodell von Callista Roy wurde erstmals 1970 publiziert und im Lauf der Jahre adaptiert und verbessert. Die philosophische Grundannahme des Pflegemodells ist, dass der Mensch ein adaptives System darstellt, welches sich an ändernde Umweltbedingungen anpassen muss. Dabei ist zu betonen, dass Anpassungen ständig erfolgen müssen, da sich Person und Umwelt stetig ändern (vgl. Fawcett, 1996, S. 420 ff.) *„Anpassungsschwierigkeiten treten dann auf, wenn das adaptive System unfähig ist, die ständig wechselnden Reize aus der inneren und äußeren Umwelt so zu bewältigen oder darauf so zu reagieren, daß [sic] die Integrität des Systems gewahrt wird.“* (Andrews & Roy, 1991; Roy, 1989 zit. nach Fawcett, 1996, S. 428)

Im Rahmen des Adaptionsmodells werden vier verschiedene Modi unterschieden, und zwar der physiologische Modus, der Selbstkonzept-Modus, der Rollenfunktions-Modus und der Interdependenz-Modus.

Zum physiologischen Modus zählen alle Grundbedürfnisse des menschlichen Körpers, wie beispielsweise Ausscheidung oder Ernährung. Der Rollenfunktions-Modus umfasst alle Pflichten und Funktionen, die ein Individuum in der Gesellschaft hat. Unter dem Modus der Interdependenz versteht man die gegenseitige Abhängigkeit. Dazu zählen die Beziehungen zwischen Menschen und deren Bezugs- beziehungsweise Unterstützungssystemen (vgl. Roy & Roberts, 1981 zit. nach Marriner-Tomey, 1992, S. 481 f.)

Zum Thema Körperbild und Körperwahrnehmung ist der Modus des Selbstkonzeptes besonders wichtig. Dieses Konzept umfasst alle Annahmen und Gefühle über die eigene Person. Für Roy zählen dabei das physische Selbst mit einem positiven Körperbild und das persönliche Selbst zum Selbstkonzept-Modus. Ein positives Körperbild wird demnach erlangt, wenn effektives Sexualverhalten, Kongruenz von psychischer Integrität und physischem Wachstum, adäquate Kompensation körperlicher Veränderung und effektive Strategien zur Bewältigung von Verlusten (hinsichtlich körperlicher Funktionen und Erscheinungen) vorliegen. Können Verluste, traumatische Erlebnisse und sexuelle Störungen nicht effektiv in das Selbstkonzept integriert werden, liegen Anpassungsprobleme vor.

Das persönliche Selbst setzt sich zusammen aus stabiler Selbstkonsistenz, effektiver Integration des Selbstideals, effektiven moralisch-ethisch-spirituelle Wachstumsprozessen, Selbstachtung und effektiver Strategien zur Bewältigung von Bedrohungen für das Selbst. Vor allem Angst, Ohnmachtsgefühle, Schuldgefühle und mangelnde Selbstachtung können dabei zu Anpassungsproblemen führen (vgl. Roy, C. & Andrews, H. A., 1991 zit. nach Fawcett, 1996, S. 429 ff.).

Zentrale Konzepte des Adaptationsmodells bilden Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege (vgl. Fawcett, 1996, S. 433 ff.).

Personen, die Pflege erhalten, werden im Sinn des Adaptationsmodells als adaptive Systeme verstanden. Dabei passt sich der Mensch an ändernde Umweltbedingungen an und wirkt gleichzeitig auf diese. Diese Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt machen die Personen zu einem offenen System. Wenn von Anpassung gesprochen wird, dann wird zwischen regulativem und kognitivem Subsystem unterschieden. Das regulative System stellt dabei angeborene, automatisch ablaufende Bewältigungsmechanismen dar. Umweltreize gelangen in das menschliche Nervensystem und beeinflussen somit unbewusste körperliche Reaktionen. Das kognitive System ist im Gegensatz dazu nicht angeboren, sondern erlernt. Das Individuum reagiert dabei auf interne und externe Reize (welche psychische, physische, soziale und physiologische Aspekte

umfassen) mittels Informationsverarbeitung, Lernen, Urteilsbildung und Emotion (vgl. Fawcett, 1996, S. 433 f.).

Umwelt wird im Pflegemodell von Roy als Umstände, Einflüsse und Bedingungen beschrieben. Diese Faktoren umgeben die Personen und wirken in Form von Reizen auf sie ein. Dabei wird zwischen drei verschiedenen Kategorien des Umweltbegriffes unterschieden. Der fokale Reiz stellt unmittelbare Inputs auf eine Person dar. Kontextuelle Reize umfassen alle in einer Situation vorhandenen Reize, die jedoch nicht im Mittelpunkt der menschlichen Aufmerksamkeit stehen. Residuale Reize stellen generelle Umweltfaktoren dar, deren Wirkungen auf aktuelle Situationen nicht klar sind. Residuale Reize werden auch oft als philosophisches Menschenbild und als die kosmische Umwelt betrachtet.

Zu den verschiedenen Formen der Umweltreize zählen Kultur, Familie, Entwicklungsphasen, kognitive Potentiale und die direkte Lebensumwelt.

Auf der Basis der drei Kategorien des Umweltbegriffes (fokale, kontextuelle und residuale Reize) wird das Adaptationsniveau gebildet. Darunter versteht man die sich verändernde Fähigkeit eines Menschen, in einer Situation positiv zu handeln. Je nach Umweltreizen und je nach persönlicher Befindlichkeit können Adaptationsziele erreicht oder ineffektive Reaktionen vollzogen werden (vgl. Fawcett, 1996, S. 437f.).

Umweltreize treffen auf eine Person und deren Lebenswelt, dargestellt durch die vier Modi. Durch die Reizverarbeitung und durch die Anwendung von Bewältigungsmechanismen können diese Reize moduliert werden. Dabei kann es einerseits zu adaptiven Verhaltensreaktionen kommen jedoch können andererseits auch ineffektive Verhaltensreaktionen die Integrität des Individuums beeinträchtigen (vgl. Roy & Andrews, 1991 zit. nach Fawcett, 1996, S. 439).

Gesundheit stellt im Adaptationsmodell von Roy ein Wechselspiel zwischen adaptiven und ineffektiven Reaktionen auf die Umwelt dar. Gelingt die Umweltintegration in das menschliche System nur mangelhaft, bedeutet dies einen Mangel an Gesundheit. Gesundheit kann demnach auch vorliegen, wenn eine Person zwar an einer Krankheit leidet, sich jedoch effektiv an die veränderten Umweltbedingungen anpassen kann. Gesundheit resultiert demnach aus ständig

vollzogenen Anpassungsprozessen an die veränderten Reize mittels Coping. Der Begriff Gesundheit betrifft dabei physiologische sowie psychologische und soziale Aspekte menschlicher Integrität. (vgl. Marriner-Tomey, 1992, S. 484)

4.1.2. Pflege nach dem Modell von Roy

In der Disziplin der Pflege liegt der Schwerpunkt des Adaptationsmodells von Roy auf der Förderung von Bewältigungsversuchen negativer Umweltreize. Pflegefachkräfte sollen dabei ineffektive Mechanismen durch Förderung der Adaptation verbessern und optimieren. Dabei sollen die Person und deren Interaktion mit der Umwelt unterstützt werden. Pflegepersonen sollen nach einer Einschätzung und Bewertung der Umweltreize und des Verhaltens einer Person eine Pflegediagnose stellen. Dabei wird der adaptive Zustand des Menschen bewertet. Anschließend werden Ziele gesetzt, Interventionen geplant und durchgeführt und schließlich evaluiert. Ziel einer Pflegeintervention nach Roy ist immer eine Anpassungsförderung der Person an eine jeweilige Situation. Dabei muss von den Pflegepersonen darauf geachtet werden, dass die PatientInnen hinsichtlich ihrer Adaptation unter Berücksichtigung der vier Modi von Gesundheit und Krankheit gepflegt werden (vgl. Andrews & Roy, 1986 zit. nach Marriner-Tomey, 1992, S. 486 f.).

Roy fasst ihre Grundannahmen des Adaptationsmodells wie folgt zusammen: Der Mensch als biopsychosoziales Wesen steht in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt. Um mit den wechselnden Umweltbedingungen zu Recht zu kommen, muss sich der Mensch mittels angeborener und erlernter Mechanismen an diese Veränderungen anpassen. Dabei gibt es vier verschiedenen Anpassungsmodi: physiologische Bedürfnisse, Selbstkonzept, Rollenfunktion und interdependente Beziehungen. Gesundheit und Krankheit werden durch diese Anpassungsprozesse maßgeblich beeinflusst (vgl. Roy 1980, zit. nach Marriner-Tomey, 1992, S. 495).

4.2. Ein Modell für Körperbild-Pflege nach Price

4.2.1. Grundideen der Körperbild-Pflege

Price beschreibt, dass das Körperbild ein dynamisches Konzept aus persönlicher Erfahrung darstellt. Er sieht dabei die Arbeiten zum Adaptationsmodell von Callista Roy als wichtigen theoretischen Rahmen im Bezug auf Körper und Pflege. Gesundheit und Krankheit stellen immer aktive Anpassungsprozesse an eine sich verändernde Umwelt dar, welche das persönliche Körperbild verändert (vgl. Price, 1990, S. 585 f.).

Das Körperbild spielt deshalb eine so wichtige Rolle im Leben eines Menschen, weil „(...) *an individual's sense of self-worth is bound up intimately with the appearance, function and corol of their body.*“ (Price, 1992, S. 642)

Price beschreibt ein Rahmenmodell, das die Veränderungen im Körperbild von normal zu abnormal gut beschreibt. Kritisch anzumerken wäre dabei die Überlegung, ob ein verändertes Körperbild aufgrund seiner Andersartigkeit sofort als abnormal gelten muss.

Liegt ein normales Körperbild vor, hat der Mensch im Lauf seines Lebens ständig mit Veränderungen bezüglich Körperrealität, Körperideal und Körperrepräsentation zu tun. Der Körper verändert sich im Alterungsprozess, es werden neue soziale Normen hinsichtlich des Gewichts gebildet und auch modische Aspekte der Körperdarstellung unterliegen dem Wandel der Zeit (vgl. Price 1992, S. 644).

Price merkt an, dass die meisten Menschen ihren Körper und dessen Funktionen für selbstverständlich nehmen. „*Cancer removes all of that certainty and raises the body's performance as an issue for daily review.*“ (Price, 1992, S. 644) Der einst vitale Körper scheint gebrechlich und ausgelaugt zu sein, wodurch die Unabhängigkeit eines Menschen beeinträchtigt wird.

Reichen in besonders veränderungsintensiven Phasen die Bewältigungsstrategien und sozialen Netzwerke nicht aus, so kann es nach Price zu einem abnormalen Körperbild kommen. Dabei spielen vor allem eine veränderte Physiologie, körperliche Schmerzen, Unwohlsein, Nebeneffekte von medizinischen Behandlungen und Kontrollverlust eine wichtige Rolle (vgl. Price, 1992, S. 644).

Price postuliert zehn Grundannahmen für sein Körperbild-Modell. Diese Grundannahmen bilden einen Rahmen für die Pflege und sollen im folgenden Abschnitt kurz zusammengefasst werden.

1. Der Mensch hat ein dynamisches Körperbild, welches in Körperrealität, Körperideal und Körperrepräsentation unterteilt wird.
2. Durch Umweltveränderungen kommt es zu Veränderungen im Körperbild. Dabei ist wichtig zu betonen, dass Menschen mit ihrer Umwelt (beispielsweise durch Anpassungsprozesse) interagieren.
3. Anpassungsprozesse hinsichtlich des Körperbildes werden sowohl bei Gesundheit als auch Krankheit vollzogen.
4. Dabei ist es wichtig, dass Anpassungsprozesse auf alle drei Komponenten des Körperbildes, auf soziale Netzwerke und auf Bewältigungsprozesse ausgerichtet werden.
5. Werden Körperrealität, Körperideal und Körperrepräsentationen als ausgeglichen erlebt, spricht man von Körperbild-Gesundheit. Ist mindestens eine der drei Komponenten beeinträchtigt, dann kann dies zu einem veränderten Körperbild führen. Es gibt eine limitierte Anzahl an Umweltveränderungen, die für das Körperbild tragbar sind. Diese Schwelle zum veränderten Körperbild ist stark subjektiv. Wird diese überschritten, kommt es zu einer Beeinträchtigung im Körperbild.
6. Körperbild und Selbstbild sind zwei stark zusammenhängende Konzepte. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers hat Auswirkungen auf das persönliche Selbstbild. Das Selbstbild wird jedoch auch stark von der Gesellschaft geprägt.
7. Um einen Zustand der Ausgeglichenheit hinsichtlich des Körperbildes zu erreichen, benötigen PatientInnen mit beeinträchtigtem Körperbild zusätzliche professionelle Pflege (vgl. Price, 1990, S. 586 f.).

Price beschreibt hinsichtlich der Beeinträchtigung des Körperbildes von PatientInnen verschiedene Bewältigungsstrategien. Generell können Betroffene direkte Handlungen setzen, wie zum Beispiel das Verwenden einer Perücke nach dem Haarausfall, bedingt durch eine Chemotherapie. Indirekt kann Bewältigung durch neue Wahrnehmungen und Erfahrungen mit dem Körperbild erfolgen.

Beispielsweise kann der Haarverlust durch die invasive Behandlung wahrgenommen und in das Körperschema integriert werden. Die dritte Form der Bewältigung betrifft den Trauerprozess hinsichtlich der Veränderung oder auch hinsichtlich des Verlustes von Körperfunktionen. Der Haarverlust kann beispielsweise zu Trauer mit starken Aggressionen gegenüber der direkten Umwelt der oder des Betroffenen führen (vgl. Price, 1990, S. 587 ff.).

Um das Körperbild neu zu formen werden spezifische Bewältigungsstrategien angewendet.

Soziale Netzwerke gelten im Bereich der Persönlichkeitsbildung als extrem wichtig. Einerseits wird durch direkte Pflege durch Angehörige und Freunde greifbare Unterstützung gegeben. Wertschätzende Unterstützung betrifft empathisches Verhalten durch das soziale Netzwerk. Durch die Unterstützung des Selbstwertes und durch die Unterstützung der Zugehörigkeit durch andere werden die Ähnlichkeiten von Menschen hervorgehoben und die Andersartigkeit vernachlässigt.

Die **Umwelt** eines Menschen kann in vier Teilbereiche gegliedert werden. Die reale Umwelt umfasst die physikalische Welt, in der die Menschen leben. Die symbolische Umwelt beschreibt die Welt, wie sie Menschen individuell interpretieren. Wichtig in Bezug auf Krankheiten sind hierbei individuelle Annahmen über Gesundheit und Krankheit. Die internale Umwelt betrifft alle Organe und Systeme des menschlichen Körpers. Die externale Umwelt stellt die Prozesse außerhalb des Körpers dar. So werden toxische Substanzen (beispielsweise bei einer Chemotherapie) als eine Art Beschädigung eines kürzlich noch intakten Körpers gesehen. Repräsentationen der Umwelt werden von Menschen oft symbolisch interpretiert. Diese Interpretationen haben Auswirkung auf das Körperbild von Menschen.

Das **Selbstbild** entspricht einer geistigen Abbildung, wie man selbst von anderen Menschen wahrgenommen wird beziehungsweise, wie man von anderen wahrgenommen werden möchte. Dabei spielen vor allem gesellschaftliche und kulturelle Stereotypen eine wichtige Rolle (vgl. Price, 1990, S. 588 f.).

4.2.2. Pflege nach dem Modell von Price

„An alteration in body image is intensely personal. It is personally defined and experienced, and personally coped with to varying degrees of effectiveness.“
(Price, 1992, S. 641)

Price verweist im Bezug auf die Privatheit des Körpers auf die Berücksichtigung dieser Tatsache durch Pflegepersonen. Diese sollen die qualitativen Unterschiede der Dimension Körper, die Umgebungsbedingungen und den emotionalen Status der Krebskranken abwägen und bei Pflegehandlungen berücksichtigen (vgl. Price, 1992, S. 641).

Price sieht Pflegefachkräfte hinsichtlich Körperbild-Pflege qualifiziert, weil sie sich intensiv mit affektiven Zuständen der PatientInnen beschäftigen. Pflege erfolgt dabei intim und kontinuierlich. Außerdem ist Pflege ein ganzheitlicher Prozess, bei dem auf physische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse der PatientInnen eingegangen wird. In diesem Zusammenhang weist der Autor darauf hin, dass professionelle Pflegepersonen sich bereits mit ihrem eigenen Körperbild beschäftigt und eine positive Beziehung zu ihrem Körper aufgebaut haben müssen, um andere Menschen empathisch zu pflegen (vgl. Price, 1990, S. 589).

„Nurses who have managed an honest review of feeling about their own body are much more likely to prove efficient interpersonal relations practitioners, and to help the patient find their solution to the body image problem in hand.“ (Price, 1998, S. 179)

„(...) the degree to which we have, through life's experiences, come to terms with our appearance, and changes thereto, may be a significant predictor of our ability to compensate for more radical trauma.“ (Price, 1992, S. 641)

Ein verändertes Körperbild muss immer von dem Blickwinkel betrachtet werden, was ein normales Körperbild für die Betroffenen bedeutet. Ausgangspunkt bei der Pflege von Krebskranken ist demnach immer der ursprüngliche Grad an Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, bevor die Betroffenen mit ihrer Krankheit konfrontiert waren (vgl. Price, 1992, S. 642).

Dabei unterscheidet Price verschiedene Formen der Pflegeinterventionen.

Unterstützende Interventionen bilden dabei ein Hauptaugenmerk der Pflege. Durch Körper und Wundpflege wird der oder die PatientIn dabei unterstützt, Anpassungsprozesse hinsichtlich des Körperbildes zu vollziehen. Weiters können Pflegepersonen Wissen an die PatientInnen bezüglich der Veränderungen ihres Körpers weitergeben. Dies wird auch unter dem Begriff PatientInnen-Edukation zusammengefasst. Bei Trauerprozessen um den Verlust von Körperfunktionen kann beratende Pflege dabei unterstützen, neue Körperideale zu schaffen und neue Körperrepräsentationen herzustellen. In der Rehabilitation geht es vor allem darum, dass Pflegekräfte das soziale Netzwerk der PatientInnen erheben, unterstützen und gegebenenfalls verbessern. Gerade nach einem Krankenhausaufenthalt ist es wichtig, dass die Betroffenen wieder in ihr alltägliches Leben zurückkehren und dabei Unterstützung von Familie und Freunden erhalten (vgl. Price, 1990, S. 589).

Price geht davon aus, dass Pflegepersonen während der akuten Phase der Krebserkrankung keine effektiven Pflegemaßnahmen bezüglich eines beeinträchtigten Körperbildes setzen können. Der Autor weist darauf hin, dass erst in einem späteren Stadium, meist zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Spital, Interventionsmaßnahmen gesetzt werden können. Diese Aussage beruht auf der Annahme, dass sich PatientInnen während der akuten Krankheitsphase in einem Schockzustand angesichts der lebensbedrohenden Krankheit befinden (vgl. Price, 1992, S. 645).

Diese Annahme wäre dahingehend zu kritisieren, dass die Interventionsmaßnahmen Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich des Körperbildes in jeder Phase einer Erkrankung eine wichtige Rolle spielen. Maßnahmen, die nach Ausbruch einer Krankheit eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes vermeiden oder verzögern sollen, werden unter dem Begriff Tertiärprävention zusammengefasst. Es ist eine wichtige Aufgabe von Pflegepersonen, die Selbstständigkeit der PatientInnen während allen Krankheitsstadien zu erhalten beziehungsweise zu fördern, um deren Lebensqualität zu verbessern (vgl. Hasseler, 2006, S. 37 ff.)

4.3. Implikationen für die Pflegepraxis

„The major concern for nursing is in keeping the client system stable through accuracy in assessing the effects and possible effects of environmental stressors and in assisting client adjustments required for an optimal wellness level. Optimal means the best possible health state achievable at a given point in time.“ (Neuman and Fawcett, 2002, S. 25 zit. nach Prouty et al., 2006, S. 150)

Prouty und KollegInnen weisen darauf hin, dass es extrem wichtig ist, das Wissen der GesundheitsprofessionalistInnen über Überlebende einer Krebserkrankung im Kindesalter zu erheben. Oft fehlen den Pflegepersonen das nötige Einfühlungsvermögen und die Assoziation zwischen aktuellen Gesundheitsproblemen und Krankengeschichte mit Krebs (vgl. Prouty et al., 2006, S. 150).

Die Anforderungen an die Pflege betreffen vor allem den Aufbau von individuellen Bewältigungsstrategien, um das Gefühl der Hoffnung zu erzeugen und um ein positives Körperbild entwickeln zu können (vgl. Evans, 1997, S. 178). Kinder mit Krebs haben generell ein größeres Wissen über ihren Körper und dessen Funktionen als gesunde Kinder. Durch die schwere Krankheit fühlen sich die Betroffenen verletztlich und besorgt hinsichtlich ihrer normalen Körperfunktionen. Pflegepersonen können dabei nützliche, kindgerechte Informationen bezüglich Körperveränderungen bei einer Krebserkrankung an Kinder und deren Eltern übermitteln, um diese darauf vorzubereiten (vgl. Neff & Beardslee, 1990, S. 187 f.).

„Generally, children can best be helped by letting them seek information about their bodies, but respecting their need, at times, to reduce information overload through periodic use of denial and withdrawal.“ (Neff & Beardslee, 1990, S. 188)

Für Pflegepersonen ist es besonders wichtig, Zugang zur veränderten Selbstwahrnehmung und der damit einhergehenden veränderten Wahrnehmung des Körpers der PatientInnen zu erlangen. Je nach Art der Selbstwahrnehmung kann dann unterschiedlich auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen

werden. Um jedoch den Betroffenen unterstützend zur Seite stehen zu können, müssen Pflegepersonen zuerst ein Bewusstsein für Veränderungen in der Selbstwahrnehmung von Krebskranken entwickeln (vgl. Woodgate, 2005, S. 14). Dabei ist es nach Evans besonders wichtig, Empathie und Vertrauen zwischen Behandlungsteam und zu Behandelnden herzustellen (vgl. Evans, 1997, S. 178).

Es sollte den PatientInnen weiters ermöglicht werden, in einem geschützten Raum frei über ihre Gefühle bezüglich ihres veränderten Körpers und der Reaktionen der Umwelt sprechen zu können. (vgl. Woodgate, 2005, S. 14). Burt fügt hinzu, dass Pflegefachkräfte betroffene junge Erwachsene dazu ermuntern sollen, über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen. Teenager empfinden es oft als einfacher, mit außenstehenden Pflegefachkräften beispielsweise über ihre Sexualität zu sprechen als mit ihren Eltern (vgl. Burt, 1995 zit. nach Evans, 1997, S. 179). „*Encouraging teenagers to express their emotions in safety will help to start the process of negotiating a new body image in relation to the outside world.*“ (Price, 1990 zit. nach Evans, 1997, S. 181)

Gerade weil die Unterstützung durch Gleichaltrige eine wichtige Rolle im Krankheitsprozess von krebskranken jungen Erwachsenen spielt, können Pflegepersonen versuchen, mit dem oder der Betroffenen ein starkes Freundesnetzwerk (peer-shield) aufzubauen. Oft kann es hilfreich sein, jungen Erwachsenen unterstützend zur Seite zu stehen um Freunde zu identifizieren und um mit ihnen zu kommunizieren. Weiters können Pflegefachkräfte die Freunde der Betroffenen beraten, wie sie ihren Freund beziehungsweise ihre Freundin unterstützen können. Pflegepersonen können die subjektive Wahrnehmung des Körperbildes der Betroffenen erheben und Coping-Strategien einführen. Außerdem können gemeinsam sichere Aktivitäten und Umwelten identifiziert werden, um das Gefühl der Vulnerabilität in sozialen Situationen zu vermeiden (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 208).

Unterstützende Hilfe erwarten sich Betroffene vor allem von Freunden, Familie und von anderen ehemals Krebskranken, wozu beispielsweise Selbsthilfegruppen zählen (vgl. Zebrack et al., 2007, S. 141 f.).

Im Zusammenhang mit Vulnerabilität berichten Langeveld und KollegInnen von dem oftmals auftretenden Problem, dass die Betroffenen ihre Andersartigkeit gegenüber Freunden und Familie nicht wahrhaben oder äußern wollen. Diese scheinbar uneingeschränkte Lebensqualität und dieser Selbstwert stellen jedoch Teile eines Verdrängungsprozesses dar.

Eine andere Erklärung basiert auf der Ansicht, dass Betroffene, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert waren, ihr gegenwärtiges Leben als zufriedenstellend betrachten. Nach der Konfrontation mit der Endlichkeit ihres Lebens betrachten sie ihr „neues Leben“ als Chance auf einen Neuanfang (vgl. Langeveld et al., 2004, S. 878).

Durch eine Krebserkrankung müssen die Betroffenen viele Entbehrungen auf sich nehmen, um ihre Krankheit zu besiegen. *„Cancer during the adolescent and young adult years challenges these young people’s ability to achieve crucial developmental milestones such as establishing autonomy and independence, intimate relationships, and financial independence.“* (Zebrack, 2009, S. 349)

In dieser Zeit der persönlichen Verluste berichtet Zebrack in seiner quantitativen Studie von unterschiedlichen unbefriedigten Bedürfnissen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Betroffenen wünschen sich mehr Informationen über die Krebserkrankung, die Behandlungsmaßnahmen und Langzeiteffekte. Zusätzlich werden Anleitungen bezüglich Ernährung, Bewegung und Sport und soziale Sicherheit erwünscht. Durch den Fortschritt der Technik spielt auch das Internet als Informationssystem über Krebserkrankungen eine wichtige Rolle. Weiter wünschen sich viele PatientInnen neben der medizinischen Behandlung psychologische Beratung, religiöse und spirituelle Unterstützung, komplementäre Gesundheitsangebote und Bildungsprogramme für junge an Krebs erkrankte Erwachsene. Außerdem gibt es viele unbefriedigte Bedürfnisse hinsichtlich Intimität und Sexualität unter den Betroffenen. Dazu zählen auch medizinische Probleme, wie Unfruchtbarkeit und dadurch hervorgerufene Fragen bezüglich Familiengründung und Adoption. Deshalb steht für Zebrack insbesondere die gezielte Verbreitung von Informationen im Vordergrund guter Behandlung im medizinischen und pflegerischen Kontext (vgl. Zebrack, 2009, S. 352).

Adäquate medizinische Versorgung muss auf aktuellem Stand der Wissenschaft und verschiedenen Optionen betreffend die medizinische Behandlung mit

Möglichkeiten der Kontrolle von Nebeneffekten stattfinden. Außerdem muss die erhaltene medizinische Information altersadäquat sein (vgl. Zebrack et al., 2007, S. 141 f.).

Durch die schwere Krankheit fühlen sich die Betroffenen verletzlich und besorgt hinsichtlich ihrer normalen Körperfunktionen. Pflegepersonen können dabei nützliche Informationen bezüglich Körperveränderungen bei einer Krebserkrankung an Kinder beziehungsweise an Jugendliche und deren Eltern übermitteln, um diese darauf vorzubereiten. Wichtig ist auch, dass die Betroffenen zwischen krankheitsbedingten und entwicklungsbedingten Veränderungen des Körpers unterscheiden (vgl. Neff & Beardslee, 1990, S. 188).

5. Aktueller Forschungsstand

Die Kindheit und Jugendzeit sind veränderungssensible Phasen. Das Selbstbild entwickelt sich, Autonomie und Unabhängigkeit steigen, die Pubertät beginnt und damit geht auch ein wachsendes Bewusstsein bezüglich des körperlichen Erscheinungsbildes einher. Durch eine Krebserkrankung sind medizinische Eingriffe unabdingbar. Diese haben jedoch einen starken Einfluss auf die körperliche Erscheinung. Chirurgische Eingriffe hinterlassen Narben oder bedingen möglicherweise den Verlust von Körperteilen. Radiotherapien beeinflussen Wachstum und Entwicklung. Chemotherapien bewirken den Verlust von Haaren und Gewicht oder eine Gewichtszunahme aufgrund von Wasseransammlungen im Körper (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1019).

Gerade bei Krebserkrankungen werden zahlreiche körperliche Veränderungen als persönliche Abwärtsentwicklung empfunden und verstärken so das Krankheitsgefühl erheblich. Die Aufgabe der Pflege besteht laut Abt-Zegelin und Georg darin, die Aufmerksamkeit auf eine vorliegende Körperbildstörung zu richten, um die Kranken zu ermutigen, ihre Trauer, Ängste und Wünsche auszudrücken (vgl. Abt-Zegelin & Georg, 2000, S. 1029).

Wu und Chin beschreiben das kindliche Körperbild als sehr komplex. Demnach ist das kindliche Körperbild bei Krebskranken abhängig von Geschlecht, Alter, Bildungsgrad und von den Nebeneffekten der Chemotherapie auf das äußere Erscheinungsbild. Mädchen zeigen generell größere Unzufriedenheit mit ihrem Körper. Außerdem wird beschrieben, dass ältere Kinder eher mit ihrem Körperbild unzufrieden sind als jüngere (vgl. Wu & Chin, 2003, S. 220).

Laut einer quantitativen Studie von Puukko und KollegInnen ist das Körperbild von geheilten, in ihrer Kindheit oder Jugend an Leukämie erkrankten weiblichen Patientinnen im Gegensatz zu gesunden Probandinnen aus der Kontrollgruppe deutlich geringer. Ihr Körperbild wird von ihnen selbst häufig als beeinträchtigt (57%) oder diffus (27%) beschrieben. Weiters auffällig ist, dass ehemals Leukämiekranken eine eingeschränkte Wahrnehmung ihrer körperlichen Erscheinung haben. Im Vergleich zur Kontrollgruppe können die Überlebenden

seltener eine Meinung über ihr Erscheinungsbild abgeben (vgl. Puukko et al., 1997, S. 58).

Allgemein kommen Puukko und KollegInnen zu dem Ergebnis, dass die Überlebenden der Krebserkrankung ein signifikant beeinträchtigt Körperbild ($p < 0.001$) im Vergleich zu gesunden Menschen haben (vgl. Puukko et al., 1997, S. 59). Die AutorInnen schließen daraus, dass eine kindliche Leukämieerkrankung das Heranwachsen von Mädchen hemmt und die „(...) *integration of her own body into her identity and formation of her own body image*“ (Puukko et al., 1997, S. 60) beeinträchtigt.

Dadurch wird die Tatsache unterstrichen, dass das Körperbild eines Menschen einen wichtigen Bestandteil des Selbstbildes darstellt. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass viele Betroffene nach einer Krebserkrankung Schwierigkeiten haben, ein positives Selbstbild zu entwickeln (vgl. Puukko et al. 1997, S. 61).

Ein negatives Körperbild hat starke Auswirkungen auf die soziale Anpassungsfähigkeit von Menschen (vgl. Pendley et al., 1997, S. 30). Das Körperbild von Überlebenden einer Krebserkrankung in der Kindheit weist signifikant negative Korrelationen mit Angst ($p < 0.01$), Einsamkeit ($p < 0.001$) und Selbstwert ($p < 0.01$) auf. Überlebende berichten weiters von einer um mehr als die Hälfte geringeren Teilnahme an sozialen Aktivitäten (vgl. Pendley et al., 1997, S. 38f.). Mit diesen Ergebnissen verdeutlichen die Autorinnen die psychischen Auswirkungen eines durch eine Krebserkrankung beeinträchtigten Körperbildes. Krebsüberlebende berichten von einer um mehr als die Hälfte geringeren Teilnahme an sozialen Aktivitäten (vgl. Pendley et al, 1997, S. 39).

Auch Eiser weist in ihrer Literaturarbeit auf Langzeitfolgen von kindlichen Krebserkrankungen auf die Betroffenen hin. Auf der einen Seite haben die Überlebenden mit körperlichen Problemen zu kämpfen. Dazu zählt sie unter anderem Wachstum, endokrine Funktionen und ebenso Fertilität. Auf der anderen Seite beschreibt die Autorin langandauernde psychische Konsequenzen. Neben der kognitiven und der neuropsychologischen Beeinträchtigung, sind oftmals soziale Fertigkeiten und Funktionen betroffen. Traumatisierung und Anpassungsstörungen sind oftmals Folgen einer lebensbedrohlichen Krankheit

und schmerzhaften Behandlungsmaßnahmen. Außerdem erleben Betroffene häufig das Gefühl der Andersartigkeit gegenüber Gleichaltrigen (vgl. Eiser, 1998, S. 625 ff.).

Die Autorin weist weiters darauf hin, dass vor allem ein Bewusstsein für psychologische Spätfolgen bei ehemaligen Betroffenen von Krebs in der Kindheit geschaffen werden muss. Durch die Schaffung eines Problembewusstseins soll die Nachbehandlung der Betroffenen weiter ausgebaut werden. Durch die intensive Nachbetreuung können gesundheitliche und psychosoziale Probleme frühzeitig erkannt und behandelt werden (vgl. Eiser, 2007, S. 1140 ff.).

Price betont, dass medizinische Behandlungen bei Krebserkrankungen, wie Chemotherapie, Radiotherapie und chirurgische Eingriffe nicht nur körperliche Auswirkungen, sondern auch negative Auswirkungen auf den Selbstwert und die Privatsphäre der PatientInnen haben (vgl. Price, 1992, S. 645).

Neff und Beardslee kommen in ihrer Vergleichsstudie zu dem Schluss, dass Kinder mit einer Krebserkrankung ein größeres Wissen über die Funktionen ihres Körpers haben. Deshalb äußern sie auch leichter Bedenken hinsichtlich der Beeinträchtigung ihrer Körperintegrität. Außerdem fühlen sie sich verletzlicher als gesunde Kinder. Die Autorinnen betonen, dass es Kinder ermöglicht werden soll, aktiv Informationen über ihren Körper zu sammeln (vgl. Neff & Beardslee, 1990, S. 187 f.)

Larouche und Peuckert weisen weiters darauf hin, dass die klinischen Behandlungsmethoden von Krebserkrankungen größtenteils invasiv sind, meist starke Nebenwirkungen hervorrufen und auch Folgeschäden bewirken können. Sie unterstreichen, dass die Adoleszenz als besonders veränderungssensitive Phase im Leben eines jungen Menschen gilt, da in dieser Zeit die eigene Identität entwickelt wird. Körperliche Veränderungen aufgrund der Behandlung einer Krebserkrankung können Leid und Stress erhöhen und Anpassungsschwierigkeiten hervorrufen (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 200).

Larouche und Peuckert identifizieren in ihrer multiplen Fallstudie die Wahrnehmung des Körperbildes von Krebskranken als andersartig. Die

Betroffenen äußern das Gefühl nicht normal auszusehen und fühlen sich von anderen Menschen beobachtet. Dies hat zur Folge, dass sie entweder soziale Situationen vermeiden, körperliche Veränderungen verstecken um den Schein der Normalität zu wahren oder den Schutz bei Freunden suchen und nur langsam das Selbstvertrauen in sozialen Situationen zurückgewinnen (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 203).

Prouty und KollegInnen berichten in ihrer phänomenologischen Studie von Veränderungen des Körperbildes von Betroffenen nach einer Krebserkrankung in der Kindheit. Dabei explorieren sie vier Themen: andauernde Konsequenzen nach einer Krebserkrankung, das Leben in Ungewissheit, die Verkörperung der Krebserkrankung im Selbst und Wertschätzung von Unterstützung seitens der Betroffenen (vgl. Prouty et al., 2006, S. 145).

Wallace und KollegInnen können in ihrer qualitativen Studie mittels interpretativ-phänomenologischen Ansatzes fünf Krankheitserfahrungen mit Krebs identifizieren. Betreffend das Körperbild lässt sich sagen, dass die Veränderungen im Aussehen einen wichtigen Teil des Krankheitsprozesses ausmachen. Am meisten Beachtung wird dabei dem Thema Haarverlust nach einer Chemotherapie geschenkt. Trotz vieler anderer schmerzhafter Erfahrungen gilt der Haarverlust in den meisten Fällen als besonders einschneidendes Erlebnis. Die Betroffenen versuchen diese optische Veränderung mittels Kleidungsstücken oder Perücken zu verbergen oder meiden die Öffentlichkeit ohne das Beisein ihrer engsten Vertrauten (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1021 ff.).

Krebskranke versuchen weiters die Normalität gegenüber Angehörigen, guten Freunden und GesundheitsprofessionalistInnen aufrecht zu erhalten. Dabei verleugnen sie oft ihre Krankheit und die ihnen zugeschriebene Krankenrolle. Die Betroffenen möchten kein Mitleid oder Spezialbehandlungen, die ihre Andersartigkeit unterstreichen. Veränderungen im Erscheinungsbild machen es jedoch schwierig, Körpveränderungen aufgrund der Krebserkrankung und deren Behandlung zu leugnen (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1022).

Eine weitere wichtige Erkenntnis ist die Tatsache, dass sich nach einer Krebserkrankung die Bedeutung des Aussehens verändert. Die Wichtigkeit des Aussehens tritt vermehrt in den Hintergrund. Auch wenn Betroffene nach einer Krebserkrankung nicht unbedingt glücklicher über ihr Körperbild sind, zeigen sie im Vergleich zu der Zeit während ihrer akuten Erkrankung eine relative Zufriedenheit mit ihrem Aussehen. Betroffene haben am eigenen Körper erlebt, wie anders man aufgrund seines Aussehens behandelt wird. Deshalb erachten sie nach einer Krebserkrankung ihr körperliches Erscheinungsbild als weniger wichtig (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1022 f.).

Nach einer Krebserkrankung berichten die Überlebenden oft von größerer Wertschätzung und größerem Genuss des Lebens. Durch die Erfahrung einer lebensbedrohlichen Krankheit haben Betroffene eine positivere Sichtweise der Dinge und lassen sich durch so genannte daily hassles (tägliche Ärgernisse) nicht beunruhigen. Auf der anderen Seite wird genau diese Unbeschwertheit von Menschen ohne Krankheitserfahrung von jungen Erwachsenen, die ehemals an Krebs erkrankt waren, vermisst (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1023).

Langeveld und KollegInnen kommen in ihrer quantitativen Studie zu dem Schluss, dass junge Erwachsene nach einer Krebserkrankung in der Kindheit im Vergleich zur Kontrollgruppe eine ebenso hohe Lebensqualität haben. Sie berichten sogar, dass ehemals Krebskranke nach ihrer Genesung höhere Vitalität, weniger Schmerzen und eine bessere Wahrnehmung über ihren Gesundheitszustand haben. Jedoch berichten sie, dass ein Großteil der Überlebenden eine stärkere Einschränkung körperlicher Funktionen hat. Die AutorInnen führen die kaum vorhandenen Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe jedoch auf zwei mögliche Ursachen zurück. Zum einen empfinden Überlebende einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung ihr gegenwärtiges Leben lebenswerter als zur Zeit der Erkrankung. Auf der anderen Seite können Verdrängungsmechanismen der Betroffenen deren Einschätzung ihrer momentanen Befindlichkeit maßgeblich beeinträchtigen (vgl. Langeveld et al., 2004, S. 875 ff.).

Ein Großteil der Betroffenen berichtet auch über einen positiven Einfluss von Gesprächen mit anderen Betroffenen. Durch Zuspruch und „Erfolgsgeschichten“ wird ihre Zuversicht im Hinblick auf die Bewältigung ihrer Krankheit gestärkt (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1023).

Die Betroffenen unterstreichen die Wichtigkeit von Unterstützung, sei es im privaten Bereich durch Freunde und Familie oder auf professioneller Ebene durch Ärzte, das Pflegepersonal und durch ein psychosoziales Team. Diese erlebte Unterstützung in der akuten Erkrankungsphase wird nach einem Krebsleiden oftmals an Krebserkrankte weitergegeben. So engagieren sich manche Betroffenen beispielsweise in Selbsthilfegruppen oder Spendenorganisationen (vgl. Prouty et al., 2006, S. 148).

In der Interaktion zwischen medizinischem Personal und den betroffenen Jugendlichen wünschen sich die PatientInnen eine stärkere Einbeziehung in den Behandlungsverlauf. Häufig verläuft der Informationsprozess im Krankenhaus über die Eltern oder Erziehungsberechtigten. Dies vermittelt den Jugendlichen jedoch das Gefühl des Kontrollverlustes in einer ohnehin unberechenbaren Situation (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1024).

Zeltzer verweist auf die Dringlichkeit der Erforschung der Übergangszeit zwischen Jugend- und Erwachsenenalter bezüglich der Auswirkungen von Krebserkrankungen. Es ist beispielsweise interessant, wie typische Entwicklungsaufgaben von jungen Erwachsenen bewältigt werden können, wenn die Betroffenen mit einer Krebserkrankung konfrontiert sind beziehungsweise waren. Dabei sollen präventive Interventionsmöglichkeiten identifiziert werden, um potentiellen Risikofaktoren vorbeugen zu können (vgl. Zeltzer, 1993, p. 3467). Dabei ist zu beachten, dass die Behandlung einer Krebserkrankung „(...) *should not have to result in a cured disease but a psychosocially devastated survivor. The goals of treatment should be both survival and maintenance of quality of life if at all possible.*“ (Zeltzer, 1993, S. 3467)

IV. Empirieteil

1. Ziel und Fragestellung der Arbeit

In der vorliegenden Studie soll das Körperbild von ehemaligen in der Kindheit an Krebs erkrankten Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen untersucht werden. Dabei sollen sowohl eine rückblickende Betrachtung als auch eine genaue Exploration der aktuellen Befindlichkeit berücksichtigt werden. Ein weiterer Fokus liegt auf der Untersuchung der Rolle von Pflegepersonen hinsichtlich des Umgangs mit Kindern mit Krebs unter besonderer Rücksichtnahme ihres Körperbildes.

Die Diplomarbeit basiert auf der **Forschungsfrage**, wie in der Kindheit an Krebs erkrankte junge Erwachsene beziehungsweise Jugendliche (im Alter von 16 bis 22 Jahren) rückblickend ihr Körperbild während ihrer Krebserkrankung sehen. Weiters soll exploriert werden, welche Rolle Pflegepersonen im Umgang mit Kindern hinsichtlich des kindlichen Körpers eingenommen haben. Außerdem soll untersucht werden, welches Verhältnis die Betroffenen heute zu ihrem Körper haben.

Das kurzfristige Ziel der Forschungsarbeit ist die Exploration des Erlebens von in ihrer Kindheit an Krebs erkrankten Jugendlichen hinsichtlich ihres Körperbildes. Mittelfristig soll dadurch eine Sensibilisierung für das vorhandene Problem der Körperbildbeeinträchtigung unter den Pflegenden geschaffen werden. Durch diese Bewusstwerdung soll das Verhalten von Pflegefachkräften aktiv beeinflusst werden.

Der langfristige Nutzen der Diplomarbeit liegt darin, die Lebensumstände der PatientInnen durch sensibilisierte und kompetente Pflegefachkräfte zu verbessern. Anhand von weiteren qualitativen Studien (nicht im Rahmen der Diplomarbeit) kann ein Maßnahmenkatalog für Pflegefachkräfte zur positiven Beeinflussung des Körperbildes von Kindern mit Krebs erstellt werden, um einen Kompetenzgewinn für die Pflege zu bewirken.

2. Forschungsmethode der interpretativen Phänomenologie

Diese Diplomarbeit basiert auf einem qualitativen Forschungsansatz, da die individuellen Veränderungen aufgrund einer Krebserkrankung im Vordergrund stehen.

Wallace und Kolleginnen weisen darauf hin, dass in der bisherigen Forschung die Auswirkungen von Krebserkrankungen auf das Körperbild und dessen Effekte auf das Leben vernachlässigt wurden. Trotz der in der Literatur vielen Verweise auf die Dringlichkeit des Problems das Körperbild von Betroffenen nach einer Krebserkrankung zu erforschen, sind Studien auf diesem Gebiet rar. Existierende Studien verweisen lediglich auf die schädigende Wirkung von Krebs im Hinblick auf das Körperbild, ohne jedoch die Gründe dafür zu nennen. Das kommt daher, weil ein Großteil der durchgeführten Studien quantitativ durchgeführt wurde. Mittels qualitativer Forschung können jedoch die Erfahrungen von Betroffenen besser erhoben und verstanden werden. Die Teilnehmer können so zu diesem sensiblen und emotionalen Thema ihre Ansichten, Gefühle und Erlebnisse frei schildern (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1019 f.).

Mit steigender Sensibilisierung soll deshalb auf individuelle Krankheitserfahrungen zurückgegriffen werden, um das Phänomen des Körperbildes ganzheitlich erfassen zu können.

2.1. Methodenwahl unter Berücksichtigung des Forschungsgegenstandes

„If one thing is certain, it is that we all have a body. Everything we do with our bodies (...) we 'use' our bodies. Every aspect of our lives is therefore embodied.“
(Nettleton & Watson, 1998, S. 1)

Nettleton und Watson verdeutlichen mit ihrer Aussage den ureigensten Sinn interpretativ-phänomenologischer Forschung. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Menschen ihren Körper erleben und wie sie diese Erfahrungen zum Ausdruck bringen. Dafür wird ein interpretativ-phänomenologischer Ansatz als Ausgangspunkt der Forschungsarbeit für theoretische Orientierung und Methodik verwendet. Dieser Ansatz geht davon aus, dass Mensch und Bewusstsein in den Körper eingebettet sind. Man spricht dabei von einem „gelebten Körper“. Körper

und Geist sind also untrennbar miteinander verbunden (vgl. Nettleton & Watson, 1998, S. 1 ff.).

„The image we hold of our bodies will to a greater or lesser extent impact upon how we experience our bodies in everyday life. It may impact upon our sense of self, our degree of confidence in social situations and the nature of our social relationships.“ (Nettleton & Watson, 1998, S. 17)

Aufgrund dieser wissenschaftlichen Erkenntnis verfolgt die vorliegende Studie einen interpretativ-phänomenologischen Forschungsansatz.

2.2. Einführung in die Philosophie der interpretativen Phänomenologie

„Man kann aus der Körperlichkeit nicht aussteigen, um sie von außen zu studieren, noch läßt [sic] sie sich von innen, über Worte oder Gedanken einfangen. (...) Gelebte Leiblichkeit entzieht sich letztlich allen systematischen Forschungsansätzen, leuchtet aber immer wieder, andeutungsweise, in Erfahrungsberichten auf.“ (Kesselring, 1994, S. 176)

Dieses Zitat von Kesselring veranschaulicht das Problem der Erforschung des Körperbildes. Die Autorin verweist auf den Forschungsansatz der Phänomenologie um das Thema Körper und Körperbild zu erforschen, weshalb auch in dieser, im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführten Studie auf die Methode der interpretativen Phänomenologie zurückgegriffen werden soll.

„Wörtlich bedeutet Phänomenologie die Wissenschaft von den Phänomenen. (...) Das Phänomen ist, wie sich der Gegenstand unmittelbar zeigt, wie er scheinbar ist. (...) Das Phänomen ist das, was von sich selbst her erscheint – das, was sich manifestiert, was sich offenbart.“ (Zahavi, 2007, S. 13)

Im Sinn der empirischen Sozialforschung verstehen Smith und KollegInnen unter interpretativer Phänomenologie die persönliche Sichtweise der StudienteilnehmerInnen zu einem bestimmten Thema. Die Rolle der ForscherInnen in diesem dynamischen Prozess sehen die AutorInnen in dem

Versuch, möglichst nahe an die Erlebenswelt der Betroffenen heranzutreten. Dieses Ziel kann jedoch nie vollständig erreicht werden.

Der Forschungsansatz der Phänomenologie ist hinsichtlich der Erforschung des Körperbildes besonders geeignet, da angenommen werden kann, dass sich Menschen Gedanken über ihren Körper und dessen Erscheinung und damit einhergehende Wahrnehmungen machen und diese dann verbal äußern können. Es gibt sozusagen eine Verbindung zwischen physischen Problemen, kognitiven Prozessen und verbalem Antwortverhalten (vgl. Smith et al., 1999, S. 218 f.).

Moustakas fasst die Forschungsmethode der Phänomenologie in kurzen Leitsätzen zusammen. Darin beschreibt er den Forschungsansatz als Betrachtungsweise der Dinge, wie sie scheinen. Dabei stehen besonders die Ganzheitlichkeit und die Vielfalt der Perspektiven auf die Dinge im Vordergrund. Um jedoch ein Phänomen gründlich erforschen zu können, weist der Autor darauf hin, dass die Forschungsfrage klar und verständlich gestellt werden muss (vgl. Moustakas, 1994, S. 58 f.).

Der gesamte phänomenologische Forschungsprozess basiert auf der Beschreibung von Erfahrungen. Dadurch wird das zu untersuchende Phänomen lebendig gehalten und dessen Bedeutung unterstrichen. Price formuliert diesen Ansatz wie folgt: *„An alteration in body image is intensely personal. It is personally defined and experienced, and personally coped with to varying degrees of effectiveness.“* (Price, 1992, S. 641)

Grundlage der Phänomenologie bildet demnach immer die Erste-Person-Perspektive. *„Kennzeichnend für die Phänomenologie ist also die Auffassung, dass die Welt, wie sie uns erscheint – sei es in der Wahrnehmung, im praktischen Umgang oder in wissenschaftlichen Analysen –, die einzig wirkliche Welt sei.“* (Zahavi, 2007, S. 14 f.)

Im Gegensatz zum Objektivismus stehen das menschliche Individuum und dessen Erfahrungen im Mittelpunkt. Um das Erscheinen von Phänomenen untersuchen zu können ist es notwendig, das Subjekt einzubeziehen, dem dieses Phänomen erscheint. Durch diesen Forschungsansatz überwindet die Phänomenologie vorherrschende Dichotomien zwischen Objekt und Subjekt (vgl. Zahavi, 2007, S. 17 ff.).

„Unsere gemeinsame Erfahrungswelt hat ihre eigenen (pragmatischen) Kriterien für Wahrheit und Gültigkeit und braucht nicht auf ihre Legitimierung durch die Wissenschaften zu warten.“ (Zahavi, 2007, S. 30) Diese Erfahrungswelt stellt die gemeinsame Lebenswelt von Menschen dar. Die Subjektivität von Erfahrungen ist demnach immer im Zusammenhang mit der Welt, in der Menschen leben, zu sehen.

Wichtig im phänomenologischen Forschungsprozess ist auch die Tatsache, dass eine phänomenologische Studie immer von der intersubjektiven Perspektive des Forschers beziehungsweise der Forscherin geprägt wird. Das bedeutet, dass neben der Beschreibung von Erfahrungen durch StudienteilnehmerInnen vor allem eigenes Denken, Intuition, Reflexion und Beurteilung durch ExpertInnen in den Forschungsprozess einfließen (vgl. Moustakas, 1994, S. 58 f.).

Auch LoBiondo-Wood und Haber weisen darauf hin, dass die persönliche Sichtweise des Forschers beziehungsweise der Forscherin aus dem Forschungsprozess ausgeschlossen werden muss. Somit können die StudienteilnehmerInnen frei ihre Erfahrungen schildern, ohne durch persönlich gefärbte Zwischenfragen fehlgeleitet zu werden. Um dies optimal gewährleisten zu können, muss sich jedoch der oder die ForscherIn seiner beziehungsweise ihrer eigenen Meinung und Erfahrungen bewusst werden (vgl. LoBiondo & Haber, S. 226 f.).

Wichtig für den beziehungsweise die ForscherIn meint Zahavi ist die bewusste Ausklammerung von Einstellungen, um den Raum für Erfahrungen erweitern zu können. Die Untersuchungen sollen dabei möglichst nur von den vorliegenden Fakten und Datenmaterialien bestimmt sein. Diese Vorgehensweise wird auch als Epoché bezeichnet (vgl. Zahavi, 2007, S. 22 f.).

3. Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen

3.1. Einschlusskriterien

Wichtigstes Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie ist, dass sich die Betroffenen in totaler Remission befinden und seit mindestens einem Jahr symptomfrei sind. Das schließt jegliche aktuelle Behandlungen gegen eine Krebserkrankung aus. Ziel der Studie ist es, die Auswirkungen von vergangenen Krebserkrankungen zu untersuchen.

Weiteres Kriterium ist, dass die Krebserkrankung vor dem 15. Lebensjahr ausgebrochen ist. Die Organisation „Cancer Research UK“ definiert nämlich kindliche Krebserkrankungen als Erkrankungen, die vor dem 15. Lebensjahr diagnostiziert wurden (vgl. Cancer Research UK). Das bedeutet, dass 15 die obere Altersgrenze darstellt, zu welcher Krebs diagnostiziert worden ist.

Die untere Altersgrenze wird bei 4 Jahren festgelegt. Diese Begrenzung der Kindheit ist notwendig, da es sich in der Studie zu einem großen Anteil um retrospektive Betrachtungen des Körperbildes von ehemaligen KrebspatientInnen handelt. Die StudienteilnehmerInnen müssen sich deshalb an die vergangene Krebserkrankung erinnern können, um das Phänomen des Körperbildes und der Körperwahrnehmung beschreiben zu können. Das heißt, das autobiographische Gedächtnis muss bereits ausgebildet sein. Davor gemachte Erlebnisse und Erfahrungen sind weitaus schwieriger zu reproduzieren.

Anmerkung: Eine Studienteilnehmerin war zum Zeitpunkt der Diagnose erst 2 Jahre alt. Jedoch erstreckte sich ihre Behandlung anschließend über mehrere Jahre, weshalb sie Teil der Stichprobe ist.

EXKURS Autobiographisches Gedächtnis

Das autobiographische Gedächtnis gilt als das episodische Gedächtnis, in welchem komplexe Erinnerungen mit starkem Bezug auf das Selbst langfristig vorhanden sind. Es stellt sich die vordergründige Frage, ab welchem Alter Kinder ein autobiographisches Gedächtnis besitzen. Generell gilt, dass diese

Art von Gedächtnis ab drei bis vier Jahren nachgewiesen werden kann. Während Erlebnisse vor dem dritten Lebensjahr eher skript-artig gespeichert werden, können Ereignisse ab dem dritten Lebensjahr durch die starken Veränderungen im Sprachgebrauch distinktiver gespeichert und erinnert werden. Weiters ist es wichtig, dass Kinder ein Verständnis des Selbst entwickelt haben, um autobiographische Gedächtnisinhalte zu enkodieren. Auch eine besonders intensive Eltern-Kind-Interaktion fördert die Bildung von autobiographischen Erinnerungen und Repräsentationen (vgl. Schneider & Büttner, 2008, p. 498 f.). Generell gilt auch, dass sich der Gehalt an behaltenen Information, mit zunehmendem Alter vergrößert (vgl. Schneider & Büttner, 2008, S. 482).

Prouty und KollegInnen meinen, dass auch wenn die Betroffenen zur Zeit der eigentlichen Erkrankung sehr jung waren, die Tatsache einmal an Krebs erkrankt gewesen zu sein, fixer Bestandteil der Persönlichkeit ist. Die Krebserkrankung ist im gegenwärtigen Selbst der Betroffenen verkörpert (vgl. Prouty et al, 2006, S. 147).

„Embodiment means that the adult survivor of childhood cancer identifies himself or herself as a cancer survivor and cannot separate himself or herself from the experience of having had cancer, having been treated for cancer, or the consequences that result from having had cancer and treatment.“ (Prouty et al., 2006, S. 147)

Die StudienteilnehmerInnen befinden sich alle in der Entwicklungsphase der Adoleszenz. Das Jugendalter wird nach Oerter und Dreher in drei Zeitabschnitte eingeteilt: Die frühe Adoleszenz bezeichnet den Altersabschnitt zwischen 10 und 13 Jahren. Die anschließende mittlere Adoleszenz findet zwischen 14 und 17 Jahren statt. Abgerundet wird das Jugendalter mit der späten Adoleszenz im Alter von 18 bis 22 Jahren (vgl. Oerter & Dreher, 2008, S. 272).

Berk definiert das Jugendalter im Zeitraum von 11 bis 21 Jahren als Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Sie hat damit im Gegensatz zu Oerter und Montada eine weitgefassere Perspektive der Adoleszenz (vgl. Berk, 2005, S. 9).

Aufgrund dieser Tatsache wird das Alter der StudienteilnehmerInnen im Bereich zwischen 16 und 22 Jahren angesiedelt. Die Betroffenen sind also in der mittleren beziehungsweise späten Adoleszenz. Auch wenn die mittlere Adoleszenz schon mit 14 Jahren beginnt, wird bewusst die Altersgrenze von 16 Jahren gewählt. Erstens soll die Altersspanne bei der relativ kleinen Stichprobenzahl nicht zu groß gefasst werden. Zweitens haben Oerter und Dreher darauf hingewiesen, dass mit Zunahme des Alters das Vertrauen hinsichtlich der körperlichen Selbstdarstellung wächst und Unsicherheiten verringert werden (vgl. Oerter & Dreher, 2008, S. 297). Die Jugendlichen haben somit in dieser Altersklasse bereits eine klarere Vorstellung und Wahrnehmung ihrer körperlichen Erscheinung im Gegensatz zu jüngeren Betroffenen. Aus diesen Gründen werden erst Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr in die Studie miteinbezogen.

Letztes Einschlusskriterium stellt die Beherrschung der deutschen Sprache dar. Da es sich um eine qualitative Studie handelt, in welcher versucht wird ein Phänomen zu beschreiben, ist es unumgänglich das deutsche Vokabular richtig einzusetzen, um sprachliche Missverständnisse bei der Interviewauswertung zu vermeiden.

Welche Art der Krebserkrankung die Betroffenen erlitten haben, ist im Rahmen dieser Studie kaum von Relevanz. Alle Betroffenen weisen ähnliche Erfahrung im Zusammenhang mit invasiven Behandlungsmethoden im Rahmen der Krebserkrankung auf. Die Erfahrung an Krebs erkrankt gewesen zu sein ist dabei unabhängig von der exakten Diagnosestellung.

3.2. Feldzugang

Der Feldzugang wird über die Internetplattform „Survivors“ hergestellt. Die Survivors Österreich sind eine Gruppe von ehemals an Krebs Erkrankten, die unter der Schirmherrschaft der österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe steht. Die Survivors Österreich teilen sich in mehrere Regionalgruppen auf ganz Österreich auf. Ziel dieser Gruppen ist es, dass sie eine Anlaufstelle und Interessensvertretung für krebskranke Jugendliche darstellen. Außerdem soll ehemaligen KrebspatientInnen Raum und Zeit für Erfahrungsaustausch

ermöglicht werden. Weiters werden Arbeitsgruppen für spezielle Projekte zum Thema Krebserkrankungen von Kindern und Jugendlichen in den Kliniken gebildet (vgl. Survivors Österreich).

3.3. Ethik

Vor der Zustimmung über die Teilnahme an der Studie erhält jeder beziehungsweise jede StudienteilnehmerIn ein Informationsblatt über Zweck, Inhalte, Ziele und Durchführung der qualitativen Studie (siehe Anhang, S. 109).

Wichtig bei der Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen ist, dass diese freiwillig und aus aufrichtigem Interesse das erlebte Phänomen zu verstehen, an der Studie teilnehmen. Weiters müssen die TeilnehmerInnen zustimmen, dass die geführten Interviews mit einem Aufnahmegerät dokumentiert werden und dass die Ergebnisse der Studie veröffentlicht werden (vgl. Moustakas, 1994, S. 107).

Jedoch muss den TeilnehmerInnen vollkommene Anonymität gewährleistet werden. Jegliche Forschungsergebnisse müssen anonymisiert veröffentlicht werden. Dabei muss bei der Auswertung und Aufbewahrung der Daten beachtet werden, dass Rückschlüsse von Außenstehenden auf die TeilnehmerInnen der Studie nicht möglich sind (vgl. Körtner, 2004, S. 182).

In der vorliegenden Diplomarbeit hat die Forscherin jedoch das Einverständnis der StudienteilnehmerInnen, deren Vornamen im Rahmen der individuellen Personenbeschreibung zu verwenden. Deshalb wird auf Pseudonyme jeglicher Art verzichtet.

Zudem wird den StudienteilnehmerInnen die Möglichkeit gegeben, jederzeit aus der wissenschaftlichen Studie auszusteigen und ihre Zustimmung zur Teilnahme zu widerrufen (vgl. Körtner, 2004, S. 182).

3.4. Stichprobengröße

Ein in der qualitativen Forschung oft diskutiertes Thema ist die Stichprobengröße. Allgemein gilt, dass mit zunehmender Anzahl an intensiven Gesprächen, Beobachtungen oder allgemein an intensivem Datenmaterial die Stichprobengröße abnimmt. Weiters ist die Wahl der Stichprobengröße vom Untersuchungsgegenstand abhängig (vgl. Cropley, 2002, S. 82).

Da es sich in dem vorliegenden Forschungsgegenstand, dem Körperbild von ehemalgig an Krebs Erkrankten, um eine sehr sensitive Stichprobe handelt, stellt die Erreichbarkeit potentieller StudienteilnehmerInnen ein gewisses Problem dar. Es wurden insgesamt 5 StudienteilnehmerInnen interviewt. Aufgrund der Tatsache, dass diese Interviews jedoch äußerst ergiebig waren, wurde eine Sättigung der Information erreicht. Das bedeutet, dass weitere Interviews kaum mehr neue Erkenntnisse zu dem Forschungsgegenstand erbringen können.

4. Datenerhebung

4.1. Die Erhebungsmethode des narrativen Interviews

Die Art des durchgeführten qualitativen Interviews ergibt sich aus drei wichtigen Kriterien. Erstens gilt es zu klären, wie stark das Interview und das jeweilige Forschungsinteresse strukturiert werden müssen. Fragen können eine bestimmte Abfolge haben, sie können in einem Interview-Leitfaden festgehalten werden und haben je nach Art der Fragestellung offene oder geschlossene Strukturen. Zweitens ist es wichtig zu wissen, ob mittels Interviews besonders spezielle Themen oder ein breites Spektrum an Themenkomplexen untersucht werden sollen. Drittens muss deutlich werden, ob das Erkenntnisinteresse durch Erzählungen oder mittels komplexer Erhebungen erforscht werden soll (vgl. Hopf, 2003, S. 351 f.).

Im Fall der vorliegenden Arbeit soll die Frage des individuellen Körperbildes der Befragten untersucht werden. Da es sich dabei um ein sehr breit gefasstes, subjektives Konzept handelt, soll nach einer richtungsweisenden, offenen Einstiegsfrage die Möglichkeit zur freien Narration gegeben werden. Dies kommt einer Aufforderung zum Erzählen gleich, wobei die Forscherin die Rolle der aktiven ZuhörerIn einnimmt.

Die Interviewtechnik des narrativen Interviews wird besonders im Bezug auf wichtige Lebensereignisse eingesetzt. „(...) *Grundelement des narrativen Interviews ist die von den Befragten frei entwickelte, durch eine Eingangsfrage – die ‚Erzählgenerierende Frage‘ – angeregte Stehgreiferzählung.*“ (Hopf, 2003, S. 355)

Nach der eingangs gestellten Erzählaufforderung folgt die autonom gestaltete Haupterzählung der beziehungsweise des Interviewten. Anschließend können erzählgenerierende Nachfragen durch die Forscherin gestellt werden, bevor es zum Abschluss des Interviews kommt (vgl. Hopf, 2003, S. 356).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird ein Interviewleitfaden generiert, welcher der Forscherin nach einer Einstiegsfrage helfen soll, das Interview zu

strukturieren und den Gesprächsverlauf mittels erzählgenerierenden Nachfragen zu steuern.

■ **Körperbild und Körperwahrnehmung in der Retrospektive**

Einstiegsfrage:

Wenn du dich zurückerinnerst, wie hast du von deiner Krebserkrankung erfahren?

Erzählgenerierende Nachfragen:

Wie hat sich dein Körper in dieser Zeit der Erkrankung angefühlt?

Welche Beziehung hattest du zu deinem Körper?

Wie hast du deinen Körper wahrgenommen?

Wie hast du dich aufgrund der Veränderungen gefühlt?

Wie bist du mit Veränderungen umgegangen? Wer oder was hat dir dabei geholfen?

■ **Körperbild und Körperwahrnehmung HEUTE**

Erzählgenerierende Nachfragen:

Wie ist die Beziehung zu deinem Körper heute? Wie nimmst du dich selbst wahr?

Wie siehst und fühlst du dich, wenn du dich mit Freunden vergleichst?

Wie, glaubst du, wirst du von anderen Menschen wahrgenommen?

Abb. 1: Interviewleitfaden

Da die vorliegende Studie sich zu einem großen Teil mit biographischen Lebensereignissen der Befragten beschäftigt, spricht man auch von einer retrospektiven Studie. Dabei werden „(...) *rückblickend vom Zeitpunkt der Durchführung der Forschung bestimmte Ereignisse und Prozesse in ihrer Bedeutung für individuelle oder kollektive Lebensläufe analysiert* (..).“ (Flick, 2009, S. 255)

Es ist jedoch wichtig den zu untersuchenden Zeitraum einzugrenzen und die Einflüsse aktueller Wahrnehmungen auf vergangene Erfahrungen zu berücksichtigen (vgl. Flick, 2009, S. 255).

Bei der Datensammlung mittels offener, qualitativer Interviews ist es weiters unerlässlich den TeilnehmerInnen eine entspannte Atmosphäre zu bieten, in welcher eine Vertrauensbasis zwischen InterviewerIn und Interviewten hergestellt werden kann. Nur so können ehrliche Antworten seitens der Befragten sichergestellt werden.

Bei offenen, qualitativen Interviews handelt es sich um sehr persönliche Gespräche. Die StudienteilnehmerInnen berichten über ihre privaten zum Teil auch schmerzhaften Erinnerung und Gefühl in Verbindung mit ihrer Krebserkrankung. Dabei ist es besonders wichtig, dass den TeilnehmerInnen eine entspannte Atmosphäre geboten wird, in der eine Vertrauensbasis zwischen Interviewerin und Interviewten hergestellt werden kann. Nur so können ehrliche Antworten seitens der Befragten sichergestellt werden (vgl. Moustakas, 1994, S. 114).

Die im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführten Interviews wurden in der jeweiligen Umgebung durchgeführt, die von Seiten der StudienteilnehmerInnen gewünscht wurde. Dabei wurden Interviews sowohl in der Wohnung der Untersuchungsleiterin als auch in Kaffeehäusern durchgeführt. Es muss betont werden, dass die Orte der Interviewdurchführung frei von den Befragten ausgewählt wurden.

4.2. Transkription des Datenmaterials

Bei der Transkription von Interviews gilt es vier verschiedene Formen zu unterscheiden: Standardorthographie, literarische Umschrift, eye dialect und phonetische Umschrift. Standardorthographie umfasst die Normen der geschriebenen Sprache, was den Prozess der Transkription erleichtert. Die literarische Umschrift bezeichnet Transkriptionen, in welchen die SprecherInnen von der Standardsprache abweichen (entspricht der gesprochenen Sprache). Eye dialect und phonetische Umschrift sind vor allem im Kontext ethnographischer Forschungen von Bedeutung. Da in der Phänomenologie die Dinge an sich untersucht werden und es sich nicht um eine ethnographische Studie handelt, sind die Methode der Standardorthographie und der literarischen Umschrift zu bevorzugen (vgl. Kowal & O'Connell, 2003, S. 441).

Kowal und O'Connell empfehlen nur jenes Gesprächsverhalten aufzuzeichnen, das in der darauf folgenden Analyse relevant ist. Deshalb wird in der vorliegenden Studie weitgehend auf sprachliche Eigenheiten wie Dialekt der StudienteilnehmerInnen verzichtet (vgl. Kowal & O'Connell, 2003, S. 444).

5. Datenauswertung

5.1. Die Rolle der Theorie in der qualitativen Forschung

Die Datenauswertung kann entweder ohne Theorie mittels Tabula-Rasa-Ansatz oder theoriegeleitet durchgeführt werden. Ohne theoriegeleitetes Verfahren ergibt sich der Sachverhalt und dessen bedeutsamen Inhalte aus dem zu analysierenden Text. Diese Art der Analyse verdeutlicht die dynamische Wesensart qualitativer Forschung. Diese Vorgehensweise wird auch als hermeneutischer Ansatz bezeichnet.

Erfolgt die Auswertung theoriegeleitet, ist dies eine vorstrukturierte Herangehensweise. Dabei werden vorab Themen durch den Forscher beziehungsweise die Forscherin festgelegt, die in der bestehenden Literatur aufscheinen. Diese Vorgehensweise bietet zwar eine Struktur für die bevorstehende Analyse, schränkt jedoch den Rahmen einer Forschung erheblich ein. Spontan auftretende Sachverhalte beziehungsweise Themen werden durch die vorgesehenen Inhalte ignoriert. Deshalb wäre es gut, wenn die theoriegeleitete Vorgangsweise gelockert wird und somit auch neuen Sachverhalten Raum geboten wird (vgl. Cropley, 2002, S. 123 ff.)

Meinefeld betont, dass in der qualitativen Forschung im Gegensatz zur quantitativen Forschung das Prinzip der Offenheit verfolgt wird. Wissen beeinflusst Wahrnehmung und Handlungen. Deshalb soll durch das Unterlassen der Bildung von Hypothesen größtmögliche Offenheit für das neue Forschungsfeld gegeben werden. Dabei zielt die qualitative empirische Sozialforschung vordergründig darauf ab, Theorien zu generieren und nicht diese zu testen. Auch wenn vorab keine Hypothesen gebildet werden soll, ist es jedoch empfehlenswert thematisches Vorwissen zu besitzen. Dabei soll der aktuelle Stand der Forschung erkundet werden, um theoretische Grundkenntnisse zu besitzen. Wichtig ist aber, dass die Offenheit gegenüber dem Forschungsgebiet gewahrt wird (vgl. Meinefeld, 2003, S. 272).

„Die Offenheit für das Neue hängt gerade nicht davon ab, dass wir auf der inhaltlichen Ebene das Alte und Bekannte nicht bewusst gemacht haben, sondern

davon, in welcher Weise wir die Suche nach dem Neuen methodisch gestalten.“
(Meinefeld, 2003, S. 272)

Für den beziehungsweise die ForscherIn ist es ratsam sich einer Reflexion des vorhandenen Vorwissens zu unterziehen. Dabei gilt es zu versuchen alltagsweltliches Vorwissen, allgemein-theoretische Konzepte und gegenstandsbezogene Konzepte zu explizieren (vgl. Meinefeld, 2003, S. 265 ff.)

Im phänomenologisch-interpretativen Forschungsansatz soll den Phänomenen Körperbild und Körperwahrnehmung genügend Raum gegeben werden. Eingebettet wird die vorliegende Studie jedoch in einem theoretischen Rahmen, der Körperbild-Pflege nach Price (vgl. Price, 1990, 1992) und dem Adaptationsmodell nach Roy (vgl. Roy, 1980, 1989). Diese theoretische Fundierung gilt als grundlegender Leitfaden.

5.2. Die Methode der interpretativen Phänomenologie in Anlehnung an Moustakas

Die Datenauswertung anhand der Methode der interpretativen Phänomenologie erfolgt in Anlehnung an die Methode von Moustakas. Im Rahmen der Diplomarbeit wird diese Methode geringfügig abgeändert und den Bedürfnissen des Forschungsgegenstandes angepasst. Daraus resultieren insgesamt 5 Bearbeitungsschritte des Datenmaterials:

1. Horizontalisierung - Auflistung und erste Gruppierung:

In einem ersten Schritt werden alle Aussagen zum interessierenden Phänomen des Körperbildes aus den geführten Interviews anhand des Transkriptes aufgelistet. Dieser Vorgang wird Horizontalisierung genannt. Wichtig dabei ist, dass jede Aussage im Zusammenhang mit dem Phänomen als gleichwertig angesehen wird.

2. Reduktion und Elimination:

In einem zweiten Bearbeitungsschritt können sich wiederholende und überschneidende Aussagen aus dem zu bearbeitenden Datenmaterial ausgeschlossen werden.

3. Clustering und Thematisieren der einzelnen Horizonte:

Anschließend werden die verbleibenden Bedeutungseinheiten miteinander in Beziehung gesetzt und in Themengebieten geordnet.

4. Individuelle (texturale-strukturelle) Beschreibung:

In einem vierten Bearbeitungsschritt werden zu jedem Studienteilnehmer beziehungsweise zu jeder Studienteilnehmerin Personenbeschreibungen angefertigt. Somit werden individuelle Erfahrungen im Hinblick auf das Körperbild zusammengefasst. Um diese Erlebnisse besonders gut darstellen zu können, werden diese Personenbeschreibungen mit Zitaten aus den geführten Interviews untermauert.

5. Zusammengesetzte Beschreibung:

Abschließend werden alle durch das Clustering erarbeiteten Themen in einer zusammengesetzten Beschreibung ausführlich bearbeitet. Dadurch soll das Phänomen des Körperbildes mit all seinen Bedeutungen und Wesenszügen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen dargestellt werden (vgl. Moustakas, 1994, S. 120 ff.).

5.3. Schlussbetrachtung

Gerade in der qualitativen Forschung ist es wichtig zu betonen, dass Forschung nie nach dem gleichen Schema abläuft, sondern die Analyse nur auf grundlegenden Prinzipien beruht. Die Praxis der interpretativen Phänomenologie muss also auf die konkrete Fragestellung und auf den Gegenstand der Untersuchung angepasst werden ohne jedoch die Grundgedanken dieser Forschungsmethode zu vernachlässigen (vgl. Cropley, 2002, S. 129).

Generell gilt, dass qualitative Forschung stark auf dem Prinzip der Gegenstandsangemessenheit basiert. Je nach Themenschwerpunkten werden qualitative Vorgehensweisen und die Methodenwahl beeinflusst. Dabei muss stets beachtet werden, dass die Grenzen des Geltungsbereiches klar umrissen werden. Qualitative Studien (insbesondere mit kleiner Stichprobe), unterliegen demnach zumeist Limitationen bezüglich ihrer Verallgemeinerbarkeit (vgl. Steinke, 2009, S. 326 ff.)

Allgemein kann nach Cropley gesagt werden, dass die qualitative Datenauswertung ein subjektiver, wandelbarer Prozess ist, der sich dabei auf das Wesentliche und darauf abzielt, allgemeine Dimensionen ausfindig zu machen (vgl. Cropley, 2002, S. 123).

6. Ergebnisse

6.1. Individuelle Personenbeschreibungen

6.1.1. Personenbeschreibung 1 – Gabi: 17 Jahre, 2 Jahre zum Zeitpunkt der Diagnose Leukämie

Gabi hat während ihres Heilungsprozesses im Krankenhaus ein großes Interesse bezüglich körperlicher Veränderungen entwickelt. *„Ich habe das als interessante Veränderung genommen, da ich wie ich klein war (...) eher Beobachterin war (...).“*

Den Haarverlust durch die Chemotherapie betrachtet Gabi als unwichtig. *„Haare sind nicht so etwas Wichtiges und ich denke mir ich habe etwas zum Anziehen, ich habe gute Freunde, (...) bevor ich mich um meine Haare kümmere (lacht).“*

Weiters berichtet sie, dass ihr Immunsystem durch die Chemotherapie stark geschwächt war. Deshalb war es für sie besonders wichtig auf ihren Körper zu achten um keine Folgeerkrankungen zu riskieren. *„Und halt immer mit Sonnenbrille herumgelaufen bin. Und halt mit Fäustlingen, weil die Haut halt keine Sonne vertragen hat.“*

Von den operativen Eingriffen hat Gabi einige Narben. Sie stellt diese in unmittelbare Beziehung zu Umweltfaktoren. Diese verstärkten Empfindungen spiegeln sich dann in einer veränderten Körperwahrnehmung wieder. *„Und die spüre ich halt, wenn der Wetterumschwung ist. Dann fangen sie irrsinnig an zu jucken. Oder (...)wenn jetzt meine Freundin zum Beispiel (...) mir nicht wirklich die Wahrheit sagt, dann fängt das Ding auch an wehzutun.“*

Im Hinblick auf das Pflegepersonal sieht Gabi die Beziehung als freundschaftlich. Deshalb hat sie im Rahmen jährlicher Kontrolluntersuchungen noch immer Kontakt zu ihr wichtigen Personen aus dem Bereich der Pflege.

In der Schule hatte Gabi mit ihrer Andersartigkeit durch die Erkrankung zu kämpfen. *„(...) einmal hat es es gegeben, dass ich mit dem Katheter in die Schule zurückgekommen bin und da haben halt alle hingestarrt. Was ist das? Erklär das!“*

Weiters wurde sie mit Vorurteilen konfrontiert: *„Das Ärgste, was mir einmal passiert ist (...): „Bist du dadurch schwarz geworden?“* “ [Anmerkung: Gabis Vater stammt aus Äthiopien, weshalb sie einen dunkleren Teint hat.] Vor allem von MitschülerInnen fühlte sie sich sehr ausgestoßen. Sie hatte in dieser Zeit auch kaum richtige Freunde.

Zusätzlich hat Gabi relativ früh ihre Periode bekommen. *„Und, dass ich dann praktisch damit allein gewesen bin. Und zusätzlich ich auch schon erwachsen und ich halt schon so damit keinen habe ansprechen können.“*

Heute geht Gabi sehr offen mit ihrer Vergangenheit und ihrer Krankengeschichte um. *„Also bin ich lieber gleich offen und zeig es allen und rede auch darüber bevor ich mir das selber totschweige.“*

Auch wenn Gabi durch die Einnahme von Cortison Gewicht zugenommen hat, ist sie mit ihrem Körpergewicht zufrieden. Jedoch durchlebt sie manchmal auch Phasen des Unwohlseins in ihrem Körper. *„(...) sagen wir so, ich bin nicht unzufrieden, nur ich falle dann manchmal schon in diese Phase hinein so: jetzt schaust du so aus. Wieso schaust du so aus? Wieso schaust du nicht anders aus?“* Hinsichtlich ihres momentanen Gesundheitszustandes geht Gabi sehr sorgsam mit ihrem Körper um. *„Ich muss sehr darauf aufpassen, dass ich nicht krank werde. Das heißt mein Immunsystem ist ziemlich im Keller.“* Außerdem versucht sie ihr Körperbewusstsein auch an ihre Freunde weiterzugeben. *„Ich versuche die anderen zu warnen. Zum Beispiel meine Freundin raucht relativ viel.“*

Manchmal fühlt sich Gabi hinsichtlich körperlicher Veränderungen oder leichten körperlicher Beschwerden verunsichert. *„Dass ich dann irgendwie nicht die Gewissheit habe, ob jetzt etwas Ärgeres ist, oder nicht.“*

6.1.2. Personenbeschreibung 2 – Valentin: 22 Jahre, 15 Jahre zum Zeitpunkt der Diagnose Gehirntumor (anschließend Tumor auf der Wirbelsäule und Leukämie)

Die Diagnosestellung von Valentins Krebserkrankung war geprägt von Misstrauen seitens seiner Eltern und gleichzeitig von Ignoranz seitens des medizinischen Fachpersonals. *„Aber meine Eltern wussten damals, dass ich schwänzen mag... und eine Woche haben sie nichts getan. (...) „Der wird nur simulieren. Der hat überhaupt nichts. Er ist kerngesund.“*

Durch operative Eingriffe fühlte sich Valentin „(...) *komplett entstellt*.“ Auch seine Chemotherapie betrachtet er als extrem schlimm. „*Hab nichts mehr zum Speiben gehabt, habe aber trotzdem den Reflex gehabt. (...) Also ich war dann so kaputt.*“

Der durch die Chemotherapie bedingte Haarausfall wurde vom Wunschtraum zur unliebsamen Veränderung. „(...) *Bevor ich krank geworden bin, habe ich meine Eltern immer angefleht, dass ich mir eine Glatze schneiden darf. Das habe ich damals nie dürfen. (...) Und dann hatte ich plötzlich die Glatze und dann wollte ich wieder Haare.*“

Durch die Stammzellentransplantation war Valentin einem körperlichen Zusammenbruch nahe. Dadurch erlebte er auch sehr stark das Gefühl der Hilflosigkeit. „*Ich war total kaputt... Also ich habe dann auch im Rollstuhl fahren müssen (...). Da bin ich nicht einmal mehr aufs Klo gegangen. Da hab ich auch Windeln gehabt sozusagen.*“

Durch diese Schwächeanfälle hat er zeitweise die Kontrolle über seinen eigenen Körper verloren. „*Wie gesagt, da bin ich ein paar Schritte gegangen und dann war ich schon kaputt. (...) Da bin ich dann auf den Boden gefallen und habe nicht mehr aufstehen können. Also meine Knie sind dauernd zusammengebrochen, wenn ich aufgestanden bin.*“

Hinsichtlich der durch operative Eingriffe entstandenen Narben zeigt sich Valentin ambivalent. „*Also vorerst war mir das egal, aber ... (...) Also Narben stören mich jetzt nicht wirklich. (...) Ich war früher sowieso immer gerne Kappenträger und habe alle mögliche am Kopf gehabt.*“ Trotz seiner Bewältigungsmethode empfand er jedoch Schamgefühle. „*Na, das war mir schon peinlich. (...) Ich vermute, weil die Leute blöd schauen. Sie tratschen, wenn du bei ihnen vorbei gehst.*“

Valentin tut sich generell schwer, neue Menschen kennen zu lernen, auch im Hinblick auf Beziehungen zu Frauen. In der Schule war er zurückgezogen, was bis heute anhält. „*Also wie ich am Anfang war, war ich irgendwie froh mit der Glatze und den Narben, dass mich da niemand besucht hat. Aber wenn ich jetzt so zurück denke, wäre es schon nett gewesen.*“ Valentin berichtet weiters, dass er

von der Gesellschaft als andersartig wahrgenommen wird. *„Weil mein Gang ist schon ein bisschen anders als bei anderen – bei Normalen.“*

An das Pflegepersonal kann sich Valentin zwar erinnern, hat jedoch keinen besonderen Bezug zu diesen Menschen.

Valentin bezeichnet sich selbst als leicht übergewichtig. *„Ich bin meiner Meinung nach ein bisschen zu dick und würde gerne noch ein paar Kilos abnehmen. Aber mir ist das unangenehm.“* Weiters hat Valentin mit hormonellen Veränderungen zu kämpfen. *„Und meine Brüste sind dadurch auch extrem gewachsen durch die ganzen Hormone und so.“*

Valentin ist nach seiner Krebserkrankung in Ungewissheit über seinen weiteren Gesundheitszustand, da sein Tumor noch immer vorhanden ist: *„(...) aber er wird wahrscheinlich nie wieder weiter wachsen. Hoffentlich.“* Er versucht mit der momentanen Situation glücklich zu sein und seine Vergangenheit zu verdrängen. *„Das war einfach eine schlimme Zeit und ich hoffe das geht alles wieder weg, irgendwann.“* Dennoch sucht er bei körperlichen Beschwerden sofort einen Arzt auf, um kein Risiko einzugehen.

6.1.3. Personenbeschreibung 3 – Katharina: 20 Jahre, 15 Jahre zum Zeitpunkt der Diagnose Lymphdrüsenkrebs

Vor der Diagnosestellung wurden die körperlichen Beschwerden von Katharina nicht ernst genommen. *„Und dann haben sie mich gefragt, ob es mich leicht nicht freut in die Schule zu gehen und so.“*

Auch wenn Katharina damals den Haarverlust durch die Chemotherapie generell gut verkraftet hat, war der erste Haarausfall ein einschneidendes Erlebnis für sie. *„Und ich bin durchgefahren (durch die Haare) und hab so gesagt: ‚Da schau!‘ Dann haben wir uns in die Arme genommen und haben Rotz und Wasser geheult.“* Noch heute hat sie ein Problem mit ausgefallenen Haaren. *„Weil es graust mir so viel davor. Das ist ein Wahnsinn. Obwohl es meine sind, aber...“*

Katharina hat aufgrund der vielen körperlichen Veränderungen Unzufriedenheit mit ihrem körperlichen Erscheinungsbild geäußert. *„(...) hat es sicher Tage gegeben wo ich dagesessen bin und mir gedacht habe: ‚Wah, schau ich wieder grauslich aus.‘“* Jedoch hat sie sich auch zu helfen gewusst, indem sie

beispielsweise Schmuck, Haarbänder und Schminkutensilien benutzt hat. *„Und ich bin ohne so etwas nie aus dem Haus gegangen. Weil ich wollte es nicht, dass mich keiner erkennt, ob ich ein Mädchen oder ein Bub bin.“*

Durch die Chemotherapie hat Katharina den Verlust ihrer Körperkraft deutlich gespürt. *„Also ich habe mich gefühlt, als ob ich von einem Lastwagen überrollt worden wäre. Also von den Schmerzen her einfach überall am ganzen Körper. Weil du tot bist.“*

Durch ihr verändertes Erscheinungsbild wurde sie oftmals angestarrt. Außerdem wurde sie durch die Unwissenheit der Gesellschaft über Krebserkrankungen stigmatisiert. *„Und es gibt auch viele, die glauben das ist ansteckend – deswegen ist die Mundmaske.“* Durch ihre Krebserkrankung hat Katharina einen Großteil ihrer Freunde verloren, was sie auch auf Scheinfreundschaften und auf die Unwissenheit der Gesellschaft bezüglich Krebserkrankungen zurückführt. Außerdem musste sie die Erfahrung machen, dass sie aufgrund ihres veränderten Aussehens von Gleichaltrigen ausgegrenzt wurde. *„(...) da haben sie mich schon depat angeredet. So auf die Art: ‚Warum rennst denn du mit so kurzen Haaren herum?‘“*

Während ihres Krankenhausaufenthalts konnte Katharina zum Pflegepersonal Freundschaften aufbauen. Es lieferte ihr hilfreiche Informationen im Krankenhausalltag. Außerdem konnte sie mit manchen Krankenschwestern auch gut über körperliche Probleme sprechen. *„Ich habe sie dann Sachen fragen können. Auch mit Kindern kriegen.“* Auch auf den Camps der Kinderkrebshilfe konnte Katharina mit anderen Leidensgenossinnen über körperliche Veränderungen vor allem in der Pubertät sprechen. *„Weil das kannst du nicht mit irgendeinem Mann oder mit der Mama besprechen.“*

Gerade in der Pubertät hatte Katharina oft mit Schamgefühlen hinsichtlich ihres Körpers zu kämpfen. *„Es war am Anfang voll arg, weil du bei den Untersuchungen viel oben ohne bist. (...) Ich bin da eher gschamig auf sexueller Basis.“*

Während der Therapie hat Katharina 15 Kilo zugenommen, was sie jedoch als Schutzmechanismus sieht. *„Obwohl man muss sagen, ja die Kilos lassen dich überleben.“* Durch diese Gewichtszunahme hat sie auch viele Dehnungsstreifen

am Bauch bekommen. Diese körperliche Veränderung wurde vom ärztlichen Personal oftmals taktlos bemerkt. „*Hast du leicht schon ein Kind?*“ Bezüglich einer Gewichtsabnahme ist Katharina jedoch ambivalent eingestellt. „*(...) ich fühle mich eigentlich richtig wohl in meinem Körper. Sicher wäre es anders dann ohne Kilos.*“

Heute geht Katharina relativ offen mit ihrer Erkrankung um. Außerdem hört sie stark auf die Signale ihres Körpers und ist sich gesundheitlicher Risiken bewusst.

6.1.4. Personenbeschreibung 4 – Martin: 18 Jahre, 11 Jahre zum Zeitpunkt der Diagnose Gehirntumor

Nach der Diagnosestellung und einem Rückschlag seiner ersten Behandlung hat Martin vorerst versucht seine körperlichen Beschwerden zu verdrängen. „*Also das haben wir ziemlich herausgezögert – ich habe dann schon Kopfweh, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und alles bekommen. Weil man es einfach nicht wahrhaben will, sozusagen.*“ Außerdem haben er und seine Familie alternative Medizin angewendet. „*Und damals habe ich halt schon gehofft, dass das halt wirkt.*“

Mit dem Haarverlust durch die Strahlentherapie konnte Martin gut umgehen. „*Also ich fand es eigentlich ganz cool. (...) Na ich habe dann, wie ich gemerkt habe, dass sie dann ausfallen, habe ich den Kamm genommen und habe sie mir dann... gekilled.*“

Durch die operativen Eingriffe hat Martin eine große Narbe am Hinterkopf. Diese hat er jedoch mit einer Kappe verdeckt. „*Also ich habe ja hinten die riesige Narbe gehabt... Es war schon unangenehm (...). Wenn der hinter mir sitzt und dauernd drauf starrt.*“ Außerdem hatte er mit Schwächegefühlen zu kämpfen. „*Nein, ich bin dann halt immer... beim Aufstehen war mir halt dann immer extrem schwindlig. Ich bin dann eine Zeit gesessen und dann halt wieder hingelegt.*“

Durch die Strahlentherapie ist auch das Hormonzentrum von Martin beeinträchtigt. Seine Wachstums- und Sexualhormone haben eine geringe Ausschüttung. Dieses Entwicklungsproblem hat Martin sehr verunsichert. „*Ja und ich habe dann schon Angst gehabt, ob das alles wächst. (...) Also ich bin halt*

ziemlich spät dran.“ Außerdem ist ungewiss, ob Martin sein Leben lang die Hormonausschüttung mit zusätzlichen Hormonspritzen regulieren muss.

Martin hat verschiedenen Strategien ausprobiert, Leuten von seiner Erkrankung zu erzählen. *„Ja aber ich finde das nicht immer so ganz leicht. Geh auch nicht gleich hin und sage beim ersten Mal ...“* Von seinem Freundeskreis ist Martin der Meinung einige wenige gute Freunde zu haben. Außerdem sagt er, dass er von manchen Menschen als weiblich wahrgenommen wird. *„Weiß nicht. Ja ich mache halt Sachen was nur Frauen machen und schau dann irgendwie, was... also ich schaue nicht drauf, was andere tun.“*

Martin sieht seine Krankheit oftmals in Verbindung mit vielen Verzichtten. *„(...) ich hab mir dann schon gedacht, wie mir dann die Schädelplatte gefehlt hat, was ich nicht mehr alles machen kann vom Sport... da hatte ich schon Angst, weil ich ziemlich sportlich bin oder war. Für Fußball hätte ich es auch ziemlich weit bringen können. Das habe ich halt dann aufhören müssen.“* Außerdem ist er im Umgang mit seinem Körper vorsichtiger geworden. *„Ja manchmal denke ich mir halt – es schränkt halt schon ein bisschen ein. Ich traue mich halt nicht so viel.“* Martin meint von sich, eine intensivere Körperwahrnehmung zu haben. *„Kurz nach der Erkrankung hatte ich irgendwie bei jedem kleinem Kopfweg schon ein ungutes Gefühl, obwohl ein Kopfweg ja hin und wieder ganz natürlich auftreten kann.“*

6.1.5. Personenbeschreibung 5 – Nina: 21 Jahre, 13 Jahre zum Zeitpunkt der Diagnose Gehirntumor

Nach der Diagnosestellung sah sich Nina anfänglich mit großen Unsicherheiten konfrontiert was die Reaktionen ihres Körpers betraf. *„Also ich habe nicht gewusst, was ich mit dem anfangen soll, ob das richtig ist, was ich fühle. Wenn mir schlecht geworden ist habe ich mir gedacht: stimmt das jetzt oder was passiert jetzt?“*

Durch die medizinischen Eingriffe wie Chemotherapie und Strahlentherapie war ihr Körper sehr geschwächt. *„Also der ganze Körper war ja (...) eigentlich im totalen Stillstand. (...) Weger'm Druck bin ich nicht aufgestanden, wegen der*

Übelkeit bin ich nicht aufgestanden und weil ich eben keine Energie gehabt habe.“

Die Therapiezyklen ihrer Chemotherapie beschreibt sie als kräfteraubend: *„Wie eine Flasche, die man ausleert. Es bleibt trotzdem ein Rückstand zurück, der den Körper ein bisschen schwächt und damit (...) kann man nicht mehr mit den 100% anfangen, wie man es beim ersten Mal gemacht hat.“*

Vor dem Haarverlust durch die Chemotherapie hat Nina versucht tapfer zu sein: *„Da war ich dann mit meinem Papa beim Frisör: da haben wir gesagt: wenn wir sie schon verlieren, dann feiern wir das auch. Wir lassen uns nicht abschrecken (...).“* Als ihr die Haare jedoch tatsächlich ausgingen *„(...) da habe ich dann eigentlich, ... da bin ich dann komplett zusammengebrochen. Habe nur geweint. Ich war denn nur hysterisch. Also ich habe es... es war ein Schock mit einem Wort.“* Im Alter von 13 Jahren *„(...) da habe ich schön ausschaun wollen, da war es mir einfach wichtig.“*

Ihren kahlen Kopf hat sie dann mit Kopfbedeckungen verhüllt. Nach der Erkrankung hat sie diese jedoch alle entsorgt: *„Es sind eigentlich nur böse Erinnerungen (...).“* Trotz dieser schlechten Erinnerungen hat Nina die Zeit der Erkrankung dokumentiert und sich intensiv mit körperlichen Vorgängen beschäftigt.

Die Phase der Pubertät beschreibt sie als Stillstand. Durch die starke Beeinträchtigung der Hypophyse hat sie viele körperliche Veränderungen, die auf die Pubertät zurückzuführen sind, übersprungen. *„Das heißt jetzt für mich: ich muss alles, was meine Hypophyse produziert (...) medikamentös nachliefern.“* Demnach ist sie immer von ihren Medikamenten abhängig.

Manchmal leidet sie darunter, dass dadurch auch ihr Knochenwachstum beeinträchtigt ist. *„Na es ist so, dass sie mich nicht 21 schätzen, sondern 16.“* Auf ihre Körpergröße von 1,55 führt sie es auch oftmals zurück, dass es ihr schwer fällt eine Beziehung zu haben.

Außerdem wird ihr weiblicher Zyklus komplett durch die Einnahme von Hormonen gesteuert. Für ihre Zukunft wünscht sie sich eine Familie. *„Nur ist das halt, bei mir wird das halt nicht so einfach, weil das alles ja, der Eisprung muss ja*

alles eingeleitet werden medikamentös.“ Dies führt bei ihr zu einer gewissen Ungewissheit.

Zur Zeit ihrer Krankheit hat sie von ihrer Familie viel Unterstützung erhalten für die sie extrem dankbar ist. Auch SchulkollegInnen und LehrerInnen haben sie durch diese Zeit begleitet. Nach der Erkrankung musste sie eine Schulstufe wiederholen. Dort fühlte sie sich von ihren MitschülerInnen vorverurteilt, *„(...) dass sie vielleicht depat ist, weil sie einen Gehirntumor gehabt hat.“*

Im Lauf ihrer Erkrankung ist Nina selbstbewusster geworden und hat sich die Information beschafft, die sie gebraucht hat. *„Auf jeden Fall, da habe ich mich doch erkundigt - so: Was ist denn das bitte? Und was macht denn das?“*

Wenn sie heute manchmal Kopfschmerzen plagen, verspürt sie eine gewisse Unsicherheit bezüglich des Wiederkehrens der Krebserkrankung.

Generell ist Nina mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden und stolz, was sie in ihrem Leben bisher erreicht hat: *„(...) dadurch, dass ich diese Hormontherapie mein Leben lang nehmen muss, dass ich mein Leben lang irgendwelche Probleme mit mir herum tragen werde, weil ich hormonell auf irgendwelche Medikamente abgestimmt werde und so weiter (...) sehe ich mich trotzdem, trotz dass ich nur 1,55 bin, ganz groß.“*

6.2. Das Phänomen „Körperbild“ – eine zusammengesetzte Beschreibung

6.2.1. Körperbild und Körperwahrnehmung in der Retrospektive

Rückblickend betrachtet berichten die Betroffenen über die Zeit der Diagnosestellung, medizinische Behandlungen, die Entwicklungsphase der Pubertät, soziale Netzwerke und die Rolle von Pflegepersonen hinsichtlich ihres Körperbildes und ihrer Körperwahrnehmung. Diese erarbeiteten Kategorien sollen im Folgenden näher beschrieben werden.

Diagnosestellung		
	▪ Gefühl nicht ernst genommen zu werden	
	▪ Gefühl der Ungewissheit	

	▪ Gefühl des Nicht-Wahrhaben-Wollens ▪ Verdrängung	
Medizinische Eingriffe		
	▪ Operative Eingriffe	Gefühl der Entstelltheit Verlust von Kontrolle über den eigenen Körper Schamgefühl
	▪ Chemo- und Strahlen=therapie	Haarverlust Kräfteverlust
Körperbild und Pubertät		
	▪ Gefühl des Alleine-Seins mit körperlichen Veränderungen ▪ Entwicklung persönlicher Reife ▪ Schamgefühle ▪ Angst	
Soziales Netzwerk		
	▪ Beziehungen zu Peers	Gefühl der Andersartigkeit Gefühl des Ausgestoßen-Seins Gefühl der Einsamkeit Bedürfnis nach Austausch mit Betroffenen
	▪ Bedingungslose Akzeptanz durch Bezugspersonen	
Rollenfunktion von Pflegepersonen		
	▪ Machtfunktion ▪ Informationsfunktion ▪ Unterstützungsfunktion	

Abb. 2: Kategoriensystem - Körperbild und Körperwahrnehmung in der Retrospektive

6.2.1.1. Diagnosestellung

Die Betroffenen berichten im Zusammenhang mit der Diagnosestellung ihrer Krebserkrankung über das Gefühl von Bezugspersonen, wie beispielsweise von Eltern, nicht ernst genommen zu werden. „Da habe ich extrem starke Kopfschmerzen gehabt. Und ich habe mich darüber bei meinen Eltern beschwert. Aber meine Eltern wussten damals, dass ich schwänzen mag... und eine Woche haben sie nichts getan.“

Aber auch von medizinischem oder pflegerischem Personal wird ihnen oftmals kein Glaube geschenkt. Sie werden sogar der Simulation bezichtigt. „Der wird nur simulieren. Der hat überhaupt nichts. Er ist kerngesund.“

Eine Betroffene berichtet davon, dass ihr seitens des Krankenhauspersonals vorgeworfen wurde, nicht in die Schule gehen zu wollen. *„Und dann haben sie mich gefragt, ob es mich leicht nicht freut in die Schule zu gehen und so. Und ich hab gesagt: ‚Nein, weil eigentlich muss ich ja in die Schule.‘“*

Eine Betroffene berichtet im Zusammenhang mit der Diagnosestellung auch von dem Gefühl der Ungewissheit hinsichtlich der Reaktionen ihres Körpers. *„... der Anfang war furchtbar. Also ich habe nicht gewusst, was ich mit dem anfangen soll, ob das richtig ist, was ich fühle, wenn mir schlecht geworden ist, habe ich mir gedacht: stimmt das jetzt oder was passiert jetzt?“* Durch die vielen körperlichen Symptome und Veränderungen entsteht ein Gefühl von Unsicherheit bezüglich der Vorgänge im eigenen Körper.

Wenn die Diagnose bereits feststeht, sehen sich Betroffene manchmal auch mit dem Gefühl des Nicht-Wahrhaben-Wollens konfrontiert. *„Also das haben wir ziemlich herausgezögert – ich habe dann schon Kopfweg, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und alles bekommen. Weil man es einfach nicht wahrhaben will, sozusagen.“*

Sie erhoffen sich durch Verdrängung körperlicher Krankheitssymptome die Lösung des gesundheitlichen Problems. Auch durch die Anwendung alternativer Heilmethoden wird die Hoffnung der Betroffenen auf Genesung gestärkt. *„Eigentlich hätte ich schon viel früher operieren gehen können. (...) Teilweise haben wir dann alternative Medizin angewandt. Also Homöopathie. Und damals habe ich halt schon gehofft, dass das halt wirkt.“*

6.2.1.2 Medizinische Eingriffe

Zum Themenbereich medizinische Eingriffe lassen sich grob zwei Behandlungsmaßnahmen hinsichtlich der Auswirkungen auf das Körperbild identifizieren. Auf der einen Seite stehen chirurgische Eingriffe auf der anderen Seite Chemo- und Strahlentherapie.

Chirurgische Eingriffe

Chirurgische Eingriffe hinterlassen Narben am Körper der Betroffenen, die sich nicht vermeiden lassen. Ein Betroffener berichtet von dem Gefühl der Entstelltheit nach der operativen Entfernung eines Gehirntumors.

„... also da war ich komplett entstellt. Also da hatte ich so einen Kopf [deutet einen extrem vergrößerten Kopf an]. Von der Operation her. Weil ich bin ja am ganzen Kopf so längs über operiert worden. Also die ganze Schädeldecke wurde aufgemacht.“

Dadurch kommen bei den Betroffenen auch Schamgefühle auf. *„Also ich habe ja hinten die riesige Narbe gehabt... Es war schon unangenehm, also wenn ich vor wem gesessen bin habe ich schon gedacht: ja, schon ein bisschen krass. Wenn der hinter mir sitzt und dauernd drauf starrt.“*

„Na, das war mir schon peinlich. Wegen der Narbe. Ich vermute, weil die Leute blöd schauen. Sie tratschen, wenn du bei ihnen vorbei gehst.“

Besonders an sichtbaren Körperstellen, wie dem Gesicht oder dem Kopf ist es schwierig diese Narben zu verdecken. *„Aber mit der Kappe ist es dann gegangen. Also ich schau halt schon. So, dass das halt hinten verdeckt ist.“*

Im Rahmen der chirurgischen Eingriffe wird von den Betroffenen der Verlust von Kontrolle über den eigenen Körper erlebt. Ein an einem Gehirntumor erkrankter Jugendlicher berichtet von einem körperlichen Zusammenbruch nach erfolgreicher Stammzellentransplantation. Alltägliche Bewegungsabläufe und Handlungen können nicht mehr willentlich kontrolliert werden. *„(...) da haben meine Füße auf einmal nicht mehr gehalten. Da bin ich dann auf den Boden gefallen und habe nicht mehr aufstehen können. Also meine Knie sind dauernd zusammengebrochen, wenn ich aufgestanden bin.“*

Lange Zeitabschnitte, in denen die PatientInnen aufgrund körperlicher Schwäche das Bett hüten müssen, führen zum Muskelabbau. *„(...) auch letztes Mal habe ich dann Muskeln verloren. Also ich habe dann teilweise gehen lernen müssen und so, weil ich so lange im Bett gelegen bin. Wenn du so lange liegst, dann kannst du halt nicht mehr gehen.“*

Aufgrund der invasiven Eingriffe entzieht sich der Körper der Kontrolle der Betroffenen. Selbst die persönliche Körperhygiene kann nicht mehr selbstständig

durchgeführt werden. Gerade für Jugendliche kann dieser Entwicklungsrückschritt beschämend sein. *„Da bin ich nicht einmal mehr aufs Klo gegangen. Da hab ich auch Windeln gehabt sozusagen. Das war auch schlimm.“* Durch körperliche Zusammenbrüche sind die Betroffenen vollkommen auf die Hilfe von anderen Personen angewiesen. Zur Verfügung gestellte Hilfsmittel, wie etwas ein Rollstuhl, sind zwar einerseits eine enorme Entlastung, jedoch bedeuteten sie auch das Gefühl von Hilflosigkeit und Abhängigkeit.

Chemo- und Strahlentherapie

Die für die InterviewpartnerInnen schwerwiegendste Auswirkung von Chemo- und Strahlentherapie stellt der Haarverlust, auch Alopezie genannt, dar. Er gilt als einschneidendes Erlebnis im Lauf ihrer Krebserkrankung. Deshalb ist dieses Thema auch nach der akuten Krankheitsphase oftmals stark emotional besetzt. *„Aber es ist dann im Nachhinein ... ich kann mir oft nicht einmal St. Anna Werbungen anschauen oder so, wenn glatzige Kinder da sind, weil ich Rotz und Wasser heule.“*

Haare und Frisuren haben für Betroffene unterschiedliche Stellenwerte. Anfänglich dominieren meist der Schock und die Trauer über den beginnenden Haarverlust.

„(...) ich sitze so und fahre mir durch die Haare und habe dann ein Büschel Haare in der Hand. Das erste, was ich gemacht habe, war: ich habe sie genommen und unter die Couch gehaut. Und dann ist meine Mutter hereingekommen und ich habe zu ihr gesagt: ‚Mama, es fängt an.‘ Und sie so: ‚Was fängt an?‘ Und ich bin durchgefahren [durch die Haare] und hab so gesagt: ‚Da schau!‘ Dann haben wir uns in die Arme genommen und haben Rotz und Wasser geheult.“

Erst durch den Verlust der Haare wird sichtbar, dass die Betroffenen krank sind. Das Vorhandensein der Erkrankung lässt sich nicht mehr leugnen und der Wunsch nach Normalität wird laut.

„(...) Bevor ich krank geworden bin, habe ich meine Eltern immer angefleht, dass ich mir eine Glatze schneiden darf. Das habe ich damals nie dürfen. Von

meinen Eltern aus her. Und dann hatte ich plötzlich die Glatze und dann wollte ich wieder Haare.“

Jedoch berichtet eine Betroffene von einer positiven Bewältigungsstrategie:

„Da war ich dann mit meinem Papa beim Frisör: da haben wir gesagt: wenn wir sie schon verlieren, dann feiern wir das auch. wir lassen uns nicht abschrecken, sondern wir machen das gescheit. Das ist dann so, dass ich beim Frisör war, ich habe rote Haare gekriegt und eine schöne Frisur (...).“

Die Bedeutung des Haarverlusts wird von den Betroffenen oft angesichts ihrer schwerwiegenden Erkrankung auch als bedeutungslos und nichtig beschrieben. *„Haare sind nicht so etwas Wichtiges und ich denke mir ich habe etwas zum Anziehen, ich habe gute Freunde, mit denen ich alles bereden kann bevor ich mich um meine Haare kümmere.“*

Haarverlust bedeutet jedoch nicht nur das Sichtbar-Werden der Krebserkrankung, sondern auch eine extreme Veränderung des optischen Erscheinungsbildes.

Pubertierende Jugendliche räumen körperlichen Veränderungen große Priorität ein. *„Das war damals so ein wichtiges Alter, da habe ich schön ausschauen wollen, da war es mir einfach wichtig.“*

Insbesondere die Geschlechtsidentität wird über den Körper ausgedrückt. Für Jugendliche ist es wichtig, dass sie trotz ihrer Erkrankung von ihrer Umgebung richtig als Junge oder Mädchen identifiziert werden.

„Du hast zwar einen Busen, aber wenn du ein Schlabbergewand anhast und du hast nicht recht viel, dann sieht man es nicht. Und dann habe ich gleich zu meiner Mama gesagt: ‚Check mir gleich mal Ohrringerl, Schminkzeug!‘ und ich bin ohne so etwas nie aus dem Haus gegangen. Weil ich wollte es nicht, dass mich keiner erkennt, ob ich ein Mädchen oder ein Bub bin.“

Angesichts des Verlusts der Haare aufgrund der invasiven Behandlungsmaßnahmen durch Chemo- und Strahlentherapie, versuchen die Betroffenen jedoch auch positive Aspekte zu entdecken. *„Ich meine du brauchst dich nirgends mehr rasieren. (...) Na sicher bei den Augenbrauen und bei den Wimpern ist es ein bisschen blöd, aber so...“*

Auch regt eine offensichtliche körperliche Veränderung in manchen Jugendlichen die Neugier. Dadurch wird die Kahlköpfigkeit der Betroffenen zwar in den Mittelpunkt gestellt, jedoch gilt diese Andersartigkeit als Besonderheit und Einzigartigkeit.

*„Darf ich vielleicht einmal drüberstreichen über die Glatze?“ „Ja sicher!“
Ich meine, das kennen sie nicht. Und es ist eine ganz andere Glatze als normal – du hast ja gar keine Haare. Da hast du nicht so eine Stoppelglatze, sondern so richtig.“*

Im Umgang mit ihrem Haarverlust zeigen sich die Betroffenen unterschiedlich. Die Einen verbergen ihre Glatze gerne unter Kopfbedeckungen. *„Ich war früher sowieso immer gerne Kappenträger und habe alles Mögliche am Kopf gehabt. (...) Also mit der Glatze bin ich nicht raus gelaufen. Oder mit einer Haube oder so.“*

Eine Betroffene erzählt, dass sie nach der Erkrankung alle Kopfbedeckungen entsorgt hat. *„Ja auch, das war ritualisch auch so: jetzt kommen sie weg. Es sind eigentlich nur böse Erinnerungen (...) Und der Geruch war noch drauf.“*

Andere Betroffenen gehen offen mit ihrer körperlichen Veränderung um, sodass sie nicht unbedingt das Bedürfnis haben ihre Glatze verstecken zu müssen. *„Also ich fand es eigentlich ganz cool. Weil ich am Vortag eine gesehen habe und die hat nur mehr ein paar Büschel gehabt und die hat sie sich mit Gel so aufgestellt.“
„Ich habe keine Perücke oder irgendwas gehabt. Nein nichts. Ich habe viele Haarbänder bekommen (...) aber meistens bin ich eh glatzig herumgerannt.“*

Ähnlich wie im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen berichten die Betroffenen im Rahmen von Chemo- und Strahlentherapie über körperlichen Kräfteverlust. *„Also ich war dann so kaputt. Ich bin da nur ein paar Schritte zum Klo gegangen und zurück, aber mehr hätte ich da auch nicht geschafft. Wäre ich noch 2, 3 Schritte gegangen, hätte ich mich wieder übergeben müssen.“*

Die körperlichen Energiereserven werden durch die Dauer der Erkrankung immer mehr geschwächt. *„Es war ja alles auf die Krankheit fixiert und damit war keine Energie für meinen Körper da.“ „Wie eine Flasche, die man ausleert. Es bleibt trotzdem ein Rückstand zurück, der den Körper ein bisschen schwächt und damit kommt man nicht mehr ... kann man nicht mehr mit den 100% anfangen, wie man*

es beim ersten Mal gemacht hat, sondern man hat dann halt nur noch 93% oder so.“

Niemals zuvor haben die Betroffenen solche Schmerzen erlitten. „(...) also ich habe mich gefühlt, als ob ich von einem Lastwagen überrollt worden wäre. Also von den Schmerzen her einfach überall am ganzen Körper. Weil du tot bist. Du liegst dann nur mehr.“

6.2.1.3. Körperbild und Pubertät

Die Pubertät stellt für Jugendliche eine veränderungsintensive Entwicklungsphase dar. Kommt zusätzlich zur altersgemäßen Entwicklung eine Krebserkrankung hinzu, sehen sich die Jugendlichen mit vielen Problemen konfrontiert.

Oftmals entsteht auf Seiten der Betroffenen das Gefühl des Allein-Seins mit körperlichen Veränderungen. Durch Veränderungen im Hormonhaushalt aufgrund invasiver Behandlungsmethoden kann die körperliche Entwicklung entweder gehemmt oder beschleunigt werden. *„Also mein Problem war eigentlich, dass ich relativ früh die Regel bekommen habe (...) und, dass ich dann praktisch damit allein gewesen bin. Und zusätzlich ich auch schon erwachsen und ich halt schon so damit keinen habe ansprechen können.“* Durch die ungewohnte körperliche Veränderung insbesondere im Zusammenhang mit der Krebserkrankung vertrauen sich Jugendliche nur ungern anderen Personen an, da sie sich für die Entwicklung schämen. Weiters sehen sie sich im Vergleich zu gesunden Jugendlichen als andersartig und bleiben somit mit ihren Ängsten und Sorgen hinsichtlich körperlicher Veränderungen alleine. *„(...) du bist gerade in der Pubertät, kennst dich selber gerade nicht mit deinem Körper aus. Ich habe zum Beispiel die ganze Zeit nicht meine Tage gekriegt.“*

Durch die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens berichten die Betroffenen von der Entwicklung persönlicher Reife. Durch die gemachten Erfahrungen im Rahmen der Krebserkrankung sind die Jugendlichen in ihren Einstellungen zu vielen Lebensbereichen reifer.

„Nein. es war halt nachher komisch, weil mir jeder so kindisch vorgekommen ist. (...) Also ich hab mich nicht so richtig wohl gefühlt... Ich bin irgendwie reifer geworden. Ich habe halt gewusst worauf es ankommt. (...) Ja dass ich

eben weiß, worauf es im Leben ankommt sozusagen: Dass ich halt so kleine Probleme nicht so wichtig nehme.“

Durch ihre lebensbedrohliche Erkrankung haben die Betroffenen in ihrem Leben andere Wertigkeiten als gesunde Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene.

Gerade in der Pubertät verändert sich der kindliche Körper. Vieles im Umgang mit dem veränderten Erscheinungsbild ist neu und es entstehen erste Schamgefühle hinsichtlich des Zeigens des eigenen Körpers. Dies äußert sich vor allem bei Untersuchungen im Krankenhaus. *„Es war am Anfang voll arg, weil du bei den Untersuchungen viel oben ohne bist. Also nur mit einer Unterhose oder so irgendwas. Das ist natürlich voll ungut. Ich bin da eher gschamig auf sexueller Basis.“*

Besonders bei gegengeschlechtlichem medizinischem Personal treten Schamgefühle vermehrt auf.

„Ich bin kein Kind mehr und ich habe auch eine Brust, was kein Kind hat. Und dann kommen die Männer rein und alles. (...) Oder zum Beispiel auch die Leistengegend abtasten. Oder so. Das erste Mal war das ein Mann und da bin ich schon dagelegen: was tust du da jetzt?“

Angesichts körperlicher Veränderungen kommt es in der Pubertät oftmals zu Unsicherheiten. Bei einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung haben die Betroffenen mit der Angst zu kämpfen, ob die invasiven Behandlungsmethoden Auswirkungen auf ihre körperliche Entwicklung im Hinblick auf das Erwachsenenalter haben. *„Ja und ich habe dann schon Angst gehabt, ob das alles wächst. Also das war eigentlich das meiste Problem bei mir, das mit den niedrigen Sexualhormonen und so. Da habe ich ein bisschen Angst gehabt.“*

6.2.1.4. Soziale Netzwerke

Beziehung zu Peers

Körperliche Veränderungen und die Reaktionen darauf seitens Gleichaltriger rufen bei den Betroffenen unterschiedliche Gefühle, Reaktionen und Bedürfnisse hervor.

Vordergründig ist meist das Gefühl der Andersartigkeit.

„Oder einmal hat es es gegeben, dass ich mit dem Katheter in die Schule zurückgekommen bin und da haben halt alle hingestarrt.“

„(...) - da waren meine Leukos so am Boden – da habe ich dann meine Maske aufhaben müssen. Und mit der Haube. Da bin ich halt dann herumgegangen. Also sie haben schon gescheit geschaut. Also gerade in meinem Dorf. Sie haben alle gewusst, dass ich Krebs gehabt habe, aber sie haben trotzdem alle geschaut.“

Das soziale Umfeld der Betroffenen registriert jedoch oftmals nicht nur körperliche Veränderungen, sondern hegt Vorurteile gegenüber Menschen, die ein anderes Erscheinungsbild haben. Dies resultiert bei den Betroffenen im Gefühl des Ausgestoßen-Seins.

Seitens der Gesellschaft herrscht oftmals große Unwissenheit über Krebserkrankungen. Um sich gegen ihr Unwissen zu schützen, werden seitens des sozialen Umfelds Vorurteile gegenüber Krebserkrankten gebildet. *„Ausgestoßen. Irrsinnig ausgestoßen. (...) Das Ärgste, was mir einmal passiert ist, das war jetzt in dieser Schule in der zweiten Klasse: bist du dadurch schwarz geworden? Ja das war die heftigste Frage, die ich bis jetzt bekommen habe.“*

„Und es gibt auch viele, die glauben das ist ansteckend – deswegen ist die Mundmaske. (...) ‚Steckst du mich jetzt an damit oder warum hast du die Maske?‘ Sag ich: ‚Nein, weil ihr mich ansteckt!‘“

„Also ich habe den Eindruck gehabt, dass sie alle geglaubt haben, (...) dass sie vielleicht deportiert ist, weil sie einen Gehirntumor gehabt hat.“

Betroffene berichten auch davon, dass sie aufgrund ihres körperlichen Erscheinungsbildes in der Öffentlichkeit diskriminiert wurden.

„(...) da haben sie mich schon deportiert angeredet. So auf die Art: „Warum rennst denn du mit so kurzen Haaren herum?“ (...) Ich weiß gar nicht mehr, was ich da gesagt habe. Irgendwas, dass (...) sich Leute auch nicht aussuchen können, wenn sie krank sind oder sonst irgendwas...“

Auch schildern die Betroffenen den Verlust von Freundschaften während ihrer Krebserkrankungen. Das soziale Umfeld kann mit der eingetretenen Veränderung und der realen Todesbedrohung nicht umgehen und distanziert sich von ihrem

Freund beziehungsweise ihrer Freundin. Dies resultiert in dem Gefühl der Einsamkeit bei den Betroffenen.

„Also wie ich am Anfang war, war ich irgendwie froh mit der Glatze und den Narben, dass mich da niemand besucht hat. Aber wenn ich jetzt so zurück denke, wäre es schon nett gewesen. Jetzt kann ich ja die Zeit nicht mehr zurück drehen.“

Da gesunde Gleichaltrige oft nicht mit der Krebserkrankung ihres Freundes oder ihrer Freundin klarkommen, haben viele Krebskranke das Bedürfnis nach Austausch mit Betroffenen. Sie haben ähnliche Erfahrungen im Umgang mit einer Krebserkrankung gemacht und kennen die Probleme, mit denen Betroffenen konfrontiert werden.

„Da waren alle Mädels so in dem Alter und da hast du natürlich noch mehr quatschen können über das, was wirklich alles war. Und das tut wirklich gut. (...) Weil das kannst du nicht mit irgendeinem Mann oder mit der Mama besprechen.“

Bedingungslose Akzeptanz durch Bezugspersonen

Angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung eines Familienmitgliedes wird dem beziehungsweise der Betroffenen bedingungslose Akzeptanz durch seine oder ihre Bezugspersonen entgegen gebracht.

„Ja also Familie ist immer hinter mir gestanden – meine Eltern, mein Bruder.“

„Und habe dann auch eine sehr innige Beziehung zur Oma gehabt. Und da hat dann meistens auch nur sie gewusst, was los ist, wenn etwas weh tut.“

„Ja, es hat sich auch die Mutter-Tochter-Beziehung wieder voll gestärkt. (...) Da weiß ich ganz genau, dass ich mich auf meine Mama 1000%ig verlassen kann. Egal was kommt.“

6.2.1.5. Rollenfunktion von Pflegepersonen

Den Umgang mit Pflegepersonen beschreiben die Betroffenen unterschiedlich. Vordergründig bleiben auch jahrelang nach der Erkrankung Erinnerungen an besonders nette, im Umgang mit den PatientInnen bemühte Menschen erhalten.

Eine Betroffene beschreibt ihre Erfahrung mit einem Pfleger, der eine Machtfunktion einnimmt.

„Der Pfleger war ein Arschloch. (...) ‚Weißt du aber schon, dass Handyverbot ist?‘ Sage ich: ‚Ja das ist mir wurscht. Leg du dich mal tagein tagaus da rein. Und dann will ich sehen, ob du dann herinnen telefonierst, oder nicht.‘ Dann hat er: ‚Da muss ich es aber dem Arzt sagen.‘ “

Weiters liefern Pflegepersonen den Betroffenen wichtige Informationen über die onkologische Station, Behandlungsmaßnahmen und körperliche Probleme. Sie nehmen also eine Informationsfunktion ein. *„(...) Ärzte wollte ich das nicht fragen. (...) Und da bin ich mit den Schwestern eigentlich eher zusammengekommen. Ich habe sie dann Sachen fragen können. Auch mit Kindern kriegen.“*

„Auf jeden Fall, da habe ich mich doch erkundigt - so: Was ist denn das bitte? Und was macht denn das?“

Pflegepersonen liefern jedoch nicht nur Fachwissen und Informationen, sondern stellen auch eine Unterstützungsfunktion im Krankenhausalltag dar. Durch den intensiven Kontakt mit den PatientInnen, werden Beziehungen und Freundschaften aufgebaut.

„Durch das, dass da Schwestern da waren – denen taugt das ja, wenn mal eine da ist, mit der man mehr quatschen kann. Und sie waren einfach voll lieb zu mir und einfach wirklich Freundschaften fürs Leben dann da sind.“

6.2.2. Körperbild und Körperwahrnehmung nach einer Krebserkrankung

Nach einer Krebserkrankung berichten die Betroffenen von gesundheitlichen Folgeschäden. Dieses Gefühl des versehrten Körpers aufgrund einer Krebserkrankung hat Auswirkungen auf die Körperwahrnehmung.

Der versehrte Körper		
	▪ Bewegungseinschränkung	
	▪ beeinträchtigtes Immunsystem	
	▪ Konditionsprobleme	

	beeinträchtigt Hormonsystem	
	Verzicht	
	Gewichtszunahme	
Veränderte Körperwahrnehmung		
	Integration ins Selbstkonzept	Gefühl der Ungewissheit
		Gefühl der Beeinträchtigung
		Selbstbewusstsein und Offenheit
	Verdrängung des Erlebten	

Abb. 3: Kategoriensystem – Körperbild und Körperwahrnehmung nach der Krebserkrankung

6.2.2.1. Der versehrte Körper

Aufgrund invasiver Behandlungsmethoden leiden die Betroffenen an Bewegungseinschränkungen. Dies wird vor allem im Vergleich mit Gleichaltrigen sichtbar.

„(...) Wenn ich jetzt wo hin gehe und alle rennen und rennen und ich komme nicht nach wegen der Füße.“

„Ich kann zum Beispiel überhaupt nicht laufen. Meine Füße sind noch immer so schwach. Laufen geht nicht. Oder auf die Zehenspitzen steigen geht auch überhaupt nicht.“

Ein Betroffener berichtet von Bewegungseinschränkungen aufgrund der Einnahme von Wachstumshormonen. *„Da bin ich innerhalb von einem Jahr ungefähr 13 cm gewachsen. Also ich hatte extreme Gelenksprobleme. Also Laufen war, habe ich nicht können, weil schon nach kurzer Zeit immer die Gelenke wehgetan haben.“*

Da das Immunsystem geschwächt ist, müssen die Betroffenen im Umgang mit ihrem Körper besonders vorsichtig sein. Im Vergleich zu gesunden Menschen, kann ihr beeinträchtigtes Immunsystem eine ernsthafte Bedrohung für ihre Gesundheit darstellen.

„Ich muss sehr darauf aufpassen, dass ich nicht krank werde. Das heißt mein Immunsystem ist ziemlich im Keller. Wenn es draußen regnet muss ich schauen, dass ich zusammengepackt bin und so und Tuch und dicke Jacke, weil ich werde sofort krank.“

Auch bezüglich der körperlichen Ausdauer der Betroffenen kommt es oftmals zu Konditionsproblemen. *„Schon, weil ich kann schon länger rennen, nur das Problem ist halt, ich fang schnell am zum keuchhusten und bekomme dann schneller keine Luft mehr.“*

Jedoch bemerken die Betroffenen auch eine langsame Wiederaufnahme ihrer früheren Leistungsfähigkeit. *„Früher bin ich ein paar Schritte gegangen und ich war total kaputt. Jetzt kann ich einen Kilometer gehen oder so. Also es geht einige Zeit. Also es wird besser mit der Zeit. Langsam aber sicher.“*

Ein häufig angesprochenes Problem im Rahmen einer Krebserkrankung ist das beeinträchtigte Hormonsystem aufgrund invasiver Behandlungsmethoden. Chemo- und Strahlentherapie können die körperliche Entwicklung und das Wachstum einerseits hemmen. *„Jetzt sind eben die Sexualhormone ziemlich weit unten und die Wachstumshormone und da habe ich dann ein Jahr oder ein bisschen länger Wachstumshormone gespritzt, also in den Oberschenkel.“*

„Na es ist so, dass sie mich nicht 21 schätzen, sondern 16.“ Dieses Problem beklagt eine Betroffene im Umgang mit Männern.

Andererseits wird durch Hormonsubstitution das körperliche Wachstum beschleunigt. *„Ja, da war ich ja dann schon 15, 16. Und, ja und jetzt bin ich halt gewachsen, sonst wäre ich auf 1,68 stehen geblieben [lacht]. Ja jetzt bin ich 1,81.“*

Hormone beeinflussen auch die Geschlechtsidentität der Betroffenen. Durch die notwendige Hormontherapie können sich einzelne Körperteile beispielsweise rascher entwickeln als andere. Ein Betroffener berichtet von dem Problem, dass sein Brustwachstum verstärkt wurde. *„Und meine Brüste sind dadurch auch extrem gewachsen durch die ganzen Hormone und so.“*

Außerdem berichtet ein Betroffener, dass sein Körper aufgrund eines niedrigen Sexual- und Wachstumshormonspiegels von anderen als nicht typisch männlich wahrgenommen wird. *„Und ja es ist halt... Brustwachstum war halt ... das ist schon ein bisschen... (...) Der Bartwuchs ist bei mir ja auch nicht so... Also ich bin halt ziemlich spät dran.“*

„Wie ich von anderen Menschen wahrgenommen werde? (...) und ... ja sonst (denkt lange nach) manchmal als weiblich.“

Körperliche Veränderungen bedeuten für die Betroffenen auch oftmals Verzicht.

„Ja es war halt dann schon, ich hab mir dann schon gedacht, wie mir dann die Schädelplatte gefehlt hat, was ich nicht mehr alles machen kann vom Sport... da hatte ich schon Angst, weil ich ziemlich sportlich bin oder war. Für Fußball hätte ich es auch ziemlich weit bringen können. Das habe ich halt dann aufhören müssen.“

Eine Betroffene berichtet im Zusammenhang mit ihrer beeinträchtigten hormonellen Entwicklung von ihrem Kinderwunsch und den Problemen, die damit verbunden sein werden.

„Und ich möchte auf jeden Fall irgendwann so eine kleine Familie haben (...). Nur ist das halt, bei mir wird das halt nicht so einfach, weil das alles ja, der Eisprung muss ja alles eingeleitet werden medikamentös. (...) Ich kann mir nicht vorstellen, wie das funktionieren soll, aber wo ein Wille ist, ist auch ein Weg denke ich einmal.“

Bezüglich ihrer Gewichtszunahme durch die medikamentöse Behandlung zeigen sich die Betroffenen ambivalent. Auf der einen Seite wird das Übergewicht angesichts einer lebensbedrohlichen Krankheit als irrelevant betrachtet und Zufriedenheit hinsichtlich des eigenen Erscheinungsbildes geäußert.

„Also ich muss sagen, auch wenn ich zu viele Kilos drauf habe, ich fühle mich eigentlich richtig wohl in meinem Körper. Sicher wäre es anders dann ohne Kilos. (...) Ja und von dem her – ich mag meinen Körper und passt eigentlich.“

Weiters bedeutet ein höheres Körpergewicht für eine Betroffene auch eine größere Widerstandskraft im Kampf gegen die Krebserkrankung. *„Obwohl man muss sagen, ja die Kilos lassen dich überleben. (...) wenn du eine Masse hast, kommst du eher durch als wenn du schnell einmal speibst und liegst.“*

Auf der anderen Seite besteht bei den Betroffenen jedoch auch der Wunsch nach einer Gewichtsreduktion.

„Ja mein Äußeres. Ich bin meiner Meinung nach ein bisschen zu dick und würde gerne noch ein paar Kilos abnehmen. Aber mir ist das unangenehm.“

(...) Ich würde mir schon wünschen ein paar Kilos abzunehmen, weil ich habe doch einen kleinen Bauch.“

Eine Betroffene beschreibt auch offen die negative Auswirkung ihres erhöhten Körpergewichts im Kontakt mit medizinischem Personal. *„Das größte Problem habe ich damit gehabt, weil (...) ich einfach voll die Schwangerschaftstreifen gekriegt habe. (...) Da war dann ein Arzt und der hat dann gesagt: ‚Hast du leicht schon ein Kind?‘“*

6.2.2.2. Veränderte Körperwahrnehmung

Betroffenen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Körperwahrnehmung aufgrund differenzierter Einstellungen zu ihrem Körper und ihrem Selbst. Auf der einen Seite kann die Krebserkrankung bewältigt werden und positiv in das Selbstkonzept integriert werden. Auf der anderen Seite kann es auch zu Anpassungsschwierigkeiten kommen. Dabei wird die Krebserkrankung aus dem Selbstkonzept ausgeklammert, beispielsweise mittels Verdrängung.

Ein Betroffener berichtet von dem Wunsch nach Verdrängung des Erlebten. *„Ich hoffe ich vergesse alles. Ich möchte das nicht irgendwann meinen Enkelkindern erzählen. Das war einfach eine schlimme Zeit und ich hoffe das geht alles wieder weg irgendwann.“*

Ein Gefühl, das nach einer Krebserkrankung bei allen präsent ist, ist das Gefühl der Ungewissheit. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fallen der Schutz und die Kontrolle durch die Gesundheitsinstitution weg und die Betroffenen bleiben verunsichert hinsichtlich körperlicher Symptome zurück. *„Dass ich dann irgendwie nicht die Gewissheit habe, ob jetzt etwas Ärgeres ist, oder nicht. Der Übergang ist jetzt nicht so richtig gewesen. Also vom Spital weg und plötzlich keine Sicherheit mehr.“*

Auch bleibt die Angst vor weiteren Folgeerkrankungen bestehen. *„Der ist immer noch da der Tumor, aber er wird wahrscheinlich nie wieder weiter wachsen. Hoffentlich.“*

Die Betroffenen beobachten körperliche Veränderungen genau und konsultieren bei Ungewissheit medizinisches Fachpersonal.

„Kurz nach der Erkrankung hatte ich irgendwie bei jedem kleinem Kopfweg schon ein ungutes Gefühl, obwohl ein Kopfweg ja hin und wieder ganz natürlich auftreten kann. Heute habe ich nicht mehr solche Angst, jedoch muss ich bei Kopfweg schon immer daran denken.“

„Wenn ich irgendwas habe, dann gehe ich natürlich schon zum Arzt, aber...“

Oftmals kann jedoch auch seitens der Ärzte keine genaue Prognose hinsichtlich körperlicher Gesundheit und Wachstum gegeben werden, was die Unsicherheit bei den Betroffenen verstärkt.

„Ja, ich habe jetzt immer wieder Kontrollen und die Schilddrüse war glaube ich an der Grenze, die Sexualhormone sind jetzt auch so an der Grenze und die Wachstumshormone da ist jetzt... (...) Und ich habe eine geringere Ausschüttung und jetzt wissen sie nicht, ob das reicht. Ziehen wir noch jemanden hinzu. Vielleicht muss ich sie weiterspritzen, also ein Leben lang.“

Auch wenn die Krebserkrankung der Vergangenheit angehört, lassen körperliche Beschwerden das Gefühl der Beeinträchtigung aufkommen. Oftmals werden körperliche Veränderungen als störend empfunden. *„Na da und da [zeigt wo der Schlauch verläuft]. Ja und da oben habe ich halt ein Ventil [zeigt auf seine obere Schädeldecke]. Das stört schon.“*

„Also, also die Doppelsichtigkeit habe ich noch immer. (...) Also ich halte meinen Kopf so, dass ich nicht doppelt sehe. (...) Na ich habe mich dran gewöhnt, aber es ist manchmal schon nervig.“

Auch die dauerhafte Einnahme von Medikamenten beeinträchtigt im täglichen Leben. *„Weil ich nämlich noch die ganzen anderen Medikamente bräuchte. ich könnte niemals spontan woanders übernachten...“*

Ein Betroffener sieht sich im Vergleich mit gesunden Menschen als nicht normal. *„Ich merke es heute schon noch. Weil mein Gang ist schon ein bisschen anders als bei anderen – bei Normalen.“*

Eine Betroffene schildert ihren beeinträchtigten Umgang mit Haaren nach erfolgreicher Behandlung mittels Chemotherapie.

„Ich habe ein totales Problem mit abgefallenen Haaren. Ich kann das ... also ich könnte zum Beispiel keine Frisörin werden, weil für mich die toten Haare,

also die was abgeschnitten sind oder die halt herumliegen... (...) Ich hasse es zum Beispiel aus dem Kamm so die Haare heraus zu tun. Weil es graust mir so viel davor. (...) Obwohl es meine sind, aber...“

Auch hinsichtlich der Körperpflege berichtet sie von dem anhaltenden Gefühl unangenehm zu riechen. *„Und vielleicht habe ich deswegen so einen Tick. Ich kann nicht, wenn ich nicht einmal am Tag duschen war. Das geht gar nicht. Und einparfümieren und Deo. Also ich habe da einen Tick, dass ich grauslich rieche.“*

Angesichts der erlebten Erkrankung möchten sich die Betroffenen nicht als unzufrieden bezeichnen. Jedoch haben sie das Gefühl in ihrem Aussehen beeinträchtigt zu sein.

„[schweigt lange] Was den Körper betrifft... sagen wir so, ich bin nicht unzufrieden nur ich falle dann manchmal schon in diese Phase hinein so: jetzt schaust du so aus. Wieso schaust du so aus? Wieso schaust du nicht anders aus?“

Bezüglich Selbstbewusstsein und Offenheit im Umgang mit der Krebserkrankung haben die Betroffenen unterschiedliche Sichtweise und Taktiken. Es ist die persönliche Entscheidung eines jeden Einzelnen, ob und wie er beziehungsweise sie mit der Vergangenheit umgeht und andere Personen daran teilhaben lässt.

„Also am Anfang habe ich es probiert: Ja ich sage es gar nicht. (...) Ein Jahr nachher dann habe ich die Taktik gehabt, dass ich es sofort gesagt habe. Ja aber ich finde das nicht immer so ganz leicht. Geh auch nicht gleich hin und sage beim ersten Mal...“

Eine Betroffene sucht die direkte Konfrontation mit ihrer Umgebung im Umgang mit ihrer Krebserkrankung.

„Also bin ich lieber gleich offen und zeig es allen und rede auch darüber bevor ich mir das selber todschweige. Ich bin auch so, dass wenn ich jemanden kennen lerne (...), dass ich auch gleich offen sage, dass ich Krebs gehabt habe früher.“

„Wenn die anderen damit ein Problem haben, dann sollen sie es offen sagen. Ich kann mit denen diskutieren. Sollen sie sich damit abfinden.“

Eine andere Betroffene beschreibt sich einerseits zwar offen im Umgang mit ihrer Erkrankung, jedoch will sie ihre Umwelt auch nicht überfordern.

„Für mich ist das gar kein Thema, auch wenn das irgendjemand anschneidet. Ich gehe relativ offen mit dem Thema um, weil ich kann ja nichts dafür. (...) Aber nicht gleich so: ‚Hallo ich bin die XY, ich habe Krebs gehabt.‘ “

Eine Betroffene begründet diese Offenheit im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung auf ein Gefühl des Stolzes, es im Leben so weit gebracht zu haben:

„(...) dadurch, dass ich diese Hormontherapie mein Leben lang nehmen muss, dass ich mein Leben lang irgendwelche Probleme mit mir herumtragen werde, weil ich hormonell auf irgendwelche Medikamente abgestimmt werde (...) und dadurch dass ich (...) diesen Krebs im Kopf gehabt habe und (...) meine Lehrabschlussprüfung geschafft habe (...) sehe ich mich trotzdem, trotz dass ich nur 1,55 bin, ganz groß.“

7. Interpretation

Die gegenwärtige phänomenologische Studie setzt sich mit dem Körperbild von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einer Krebserkrankung in der Kindheit auseinander. Dabei wurden sowohl männliche als auch weibliche Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene mit unterschiedlichen Krebsdiagnosen mittels qualitativer Interviews befragt. Der Fokus dieser Befragung liegt auf dem Körperbild der Betroffenen sowohl während als auch in der Zeit nach ihrer Erkrankung. Weiters wurde die Rolle von Pflegepersonen im Umgang mit Kindern mit Krebs hinsichtlich ihres Körpers exploriert. Die erhobenen Daten wurden mittels interpretativer Phänomenologie in Anlehnung an Moustakas zu einem Kategoriensystem verdichtet.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen erkennen, dass eine Krebserkrankung in der Kindheit das Körperbild von Jugendlichen und jungen Erwachsenen beeinflusst.

Betrachtet man das **Körperbild in der Retrospektive**, so kommt es bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung zu dem Gefühl nicht ernst genommen zu werden. Auch hinsichtlich körperlicher Reaktionen entsteht das Gefühl der Ungewissheit, das bereits von Woodcock thematisiert wurde (vgl. Woodcock, 1999, S. 123 f.). Auch das Gefühl des Nicht-Wahrhaben-Wollens gefolgt von Verdrängungsmechanismen, werden von den Betroffenen beschrieben.

Durch chirurgische Eingriffe fühlen sich Betroffene entstellt und schämen sich für ihr Erscheinungsbild. Die veränderte Körperrealität bei gleichzeitigem Mangel an Copingstrategien und das Auftreten von belastenden Emotionen, können zu einer Beeinträchtigung des Körperbildes führen (vgl. Price, 1992, S. 642).

Der Verlust von Kontrolle über den eigenen Körper resultiert oft in einem Gefühl der Hilflosigkeit. Die Betroffenen fühlen sich gefangen in ihrem eigenen Körper. Sie können alltägliche Handlungen nicht mehr durchführen und sind auf die Hilfe anderer angewiesen (vgl. Woodgate, 2005, S. 11). Nach Roth entspricht dieser erlebte Kontrollverlust dem Selbstbild körper-unintegrierter Jugendlicher. Sie zeigen starke Gefühle der Entfremdung und fehlende Kontrolle bezüglich ihres eigenen Körpers (vgl. Roth, 2000, S. 9).

Die im Rahmen der Behandlung erfolgten Chemo- und Strahlentherapien resultieren in einer der prägendsten Veränderungen im Bezug auf eine Krebserkrankung, dem Haarverlust. Die StudienteilnehmerInnen berichten von unterschiedlichen Bewältigungsstrategien, wie das Tragen von Kopfbedeckungen, die Verwendung von Schminkutensilien (für Augenbrauen) oder das bewusste Tragen einer Glatze. Die Betroffenen setzten gezielt verschiedene Copingstrategien ein, um die veränderte Körperrealität durch Körperrepräsentation scheinbar zu normalisieren (vgl. Price, 1992, S. 642).

Durch die aktive Anwendung von Bewältigungsmaßnahmen werden direkte Maßnahmen (wie beispielsweise das Tragen einer Kopfbedeckung) im Umgang mit dem Haarverlust gesetzt. Indirekte Bewältigung erfolgt durch die Wahrnehmung des Haarverlustes und dessen Integration in das Körperschema. Die dritte Bewältigungsform beschreibt den Trauerprozess hinsichtlich körperlicher Veränderungen, insbesondere hinsichtlich des Haarverlustes (vgl. Price, 1990, S. 587 ff.).

Außerdem wird der Körper durch die invasiven Behandlungsmethoden maßgeblich geschwächt. Price beschreibt so wie die StudienteilnehmerInnen im Zusammenhang mit radikalen Behandlungsmaßnahmen das Gefühl auftretender Erschöpfung bei den Betroffenen (vgl. Price, 1992, S. 644).

In der veränderungsintensiven Entwicklungsphase der Pubertät fühlen sich Betroffene mit ihren körperlichen Veränderungen oftmals alleine. Eine Betroffene berichtet über das Auftreten von Schamgefühlen hinsichtlich des eigenen Körpers in Untersuchungssituationen im Krankenhaus. Auch Gefühle von Angst aufgrund der Auswirkungen von Behandlungsmethoden auf die altersgemäße körperliche Entwicklung und Reifung werden thematisiert. Diese Besorgnis hinsichtlich der normalen Entwicklung von Körperfunktionen wurde zuvor schon von Neff und Beardslee thematisiert (vgl. Neff & Beardslee, 1990, S. 188).

Betroffene berichten im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung auch von der Entwicklung geistiger Reife. Sie sehen sich im Vergleich zu Gleichaltrigen als reifer und setzen in ihrem Leben andere Prioritäten. Nach Wallace und KollegInnen haben sie in ihrem Leben erfahren, was es bedeutet ein Aussehen abseits der Norm zu haben. Das äußere Erscheinungsbild tritt in den Hintergrund

und die Individualität eines Menschen gewinnt an Bedeutung. Gleichzeitig wird das Leben mehr wertgeschätzt als vor der Erkrankung (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1022f.).

In der Beziehung zu Gleichaltrigen erlebten die Betroffenen das Gefühl der Andersartigkeit bis zum Gefühl des Ausgestoßen-Seins. Die Andersartigkeit kann auf die physischen Veränderungen zurückgeführt werden (vgl. Larouche & Peuckert, 2006, S. 203 ff.). Besonders durch die Unwissenheit der Gesellschaft, werden Krebskranke stigmatisiert und ausgegrenzt. Dies resultiert in dem Gefühl der Einsamkeit.

Ein Großteil der Betroffenen musste angesichts der Krebserkrankung die Erfahrung machen, dass Freundschaften beendet wurden. Sie mussten diesbezüglich lernen, wahre Freundschaft von oberflächlichen Bekanntschaften zu unterscheiden.

Aufgrund der oft mangelnden Unterstützung durch Freunde ist bei den Betroffenen der Wunsch nach Austausch mit anderen Betroffenen entstanden. Bereits Wallace und KollegInnen weisen auf die Wichtigkeit von Unterstützung Gleichgesinnter hin. Betroffene wünschen sich Kontakt mit anderen KrebspatientInnen, da nur diese wirklich verstehen, was sie durchmachen (vgl. Wallace et al., 2007, S. 1023). Dieses Verlangen nach Unterstützung resultiert bei den StudienteilnehmerInnen im aktiven Engagement als Teil der Selbsthilfegruppe „Survivors“. Dort wird dem persönlichen Erfahrungsaustausch von ehemaligen Erkrankten genügend Raum und Zeit gegeben (vgl. Survivors Österreich).

Die Krebskranken berichten, dass ihnen zur Zeit ihrer Erkrankung bedingungslose Akzeptanz durch ihre Bezugspersonen beziehungsweise ihre Familien entgegengebracht wurde.

Durch empathisches Verhalten wird den Betroffenen wertschätzende Unterstützung vermittelt. Auch der Selbstwert und die Zugehörigkeit werden gestärkt und somit wird das Gefühl der Andersartigkeit vernachlässigt (vgl. Price, 1990, S. 588 f.).

Die **Rollenfunktion von Pflegepersonen** kann man anhand dieser Studie in drei grobe Teilbereiche gliedern: Macht-, Informations- und Unterstützungsfunktion.

Prouty weist darauf hin, dass Pflegepersonen oftmals das nötige Einfühlungsvermögen im Umgang mit KrebspatientInnen fehlt (vgl. Prouty et al., 2006, S. 150). Dieser Mangel an Empathie wurde in der vorliegenden Studie als Machtfunktion der Pflegepersonen identifiziert.

Demnach ist es wichtig, dass GesundheitsprofessionalistInnen mit dem nötigen Einfühlungsvermögen auf die PatientInnen zugehen um das Vertrauen zu ihnen zu stärken (vgl. Evans, 1997, S. 178). Erst dann kann die Beziehung zwischen Pflegepersonen und Gepflegten als unterstützend erlebt werden.

Die beschriebene Informationsfunktion entspricht der von Price betitelten PatientInnen-Edukation. Die PatientInnen werden insbesondere durch das Geben von Information in ihrem Anpassungsprozess hinsichtlich des Körperbildes unterstützt (vgl. Price, 1990, S. 589).

Zur Identifizierung der Rollenfunktion ist anzumerken, dass Pflegepersonen von einem Großteil der Befragten nur wenig und meist ungenau memoriert werden können. Charaktereigenschaften der Pflegepersonen gelten in dieser Hinsicht als besonders einprägsam. Die Weitergabe von Informationen und der Aufbau von persönlichen Beziehungen werden jedoch verhältnismäßig selten erwähnt. Viel eher werden Familienangehörige (wie Mütter und Großmütter) mit der Pflege der Betroffenen in Verbindung gebracht.

Nach einer Krebserkrankung wird der Körper als versehrt gesehen. Die Betroffenen berichten von Bewegungseinschränkungen, Gewichtszunahme, einem beeinträchtigten Immunsystem, Konditionsproblemen und einem beeinträchtigten Hormonsystem. Außerdem hat Prouty bereits festgestellt, dass körperliche Beeinträchtigungen zu Einschränkungen und Verzicht im Alltag von Betroffenen führen (vgl. Prouty et al., 2006, S. 145 ff.).

Die mit der Erkrankung einhergehende Veränderung der Körperwahrnehmung wird von den ehemaligen PatientInnen entweder in ihr Selbstkonzept integriert oder aufgrund mangelnder Anpassungsprozesse aus dem Selbstkonzept

ausgeschlossen, wobei es zu Anpassungsstörungen kommen kann (vgl. Roy 1980, zit. nach Marriner-Tomey, 1992, S. 495).

Auf der einen Seite berichtet ein Betroffener von dem Wunsch nach Verdrängung des Erlebten. Er hat somit das Bedürfnis seine Krebserkrankung aus dem Selbstkonzept auszuschließen, da er diese Krankheitserfahrung nicht als zu seiner Persönlichkeit zugehörig betrachtet.

Andere Betroffene haben hinsichtlich der Erkrankung an Selbstbewusstsein gewonnen und sprechen offen über ihre Krankheitserfahrungen und ihren Körper. Dieses Selbstbild, das Jugendliche von ihrem eigenen Körper haben entspricht nach Roth körper-aktiven und körper-selbstbewussten Jugendlichen (vgl. Roth, 2000, S. 9). Die Betroffenen setzen sich aktiv mit ihrem Körper auseinander und zeigen sich hinsichtlich ihrer körperlichen Erscheinung trotz auftretender Beeinträchtigungen zufrieden.

Allen Betroffenen gemeinsam ist das Gefühl der Ungewissheit. Bei erneuten körperlichen Symptomen entsteht die Angst vor einer Folgeerkrankung. Prouty und KollegInnen beschreiben in ihrer qualitativen Studie ebenfalls das Gefühl der Ungewissheit bei ehemaligen Krebskranken. Sie sorgen sich um ihre Lebensdauer, die Wiederkehr ihrer Erkrankung und um gravierende Spätfolgen (vgl. Prouty et al., 2006, S. 149). Diese Ungewissheit setzt jedoch auch eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Körper voraus. Das bedeutet, dass Betroffene sensibel auf körperliche Veränderungen reagieren und sich mit ihrem Körper auseinandersetzen. Verschlimmern sich die körperlichen Symptome, suchen die Betroffenen GesundheitsprofessionalistInnen auf, um eine medizinische Abklärung der Beschwerden zu gewährleisten. Dies entspricht dem Adaptationsmodell nach Roy. Die Betroffenen reagieren auf interne Reize und versuchen körperliche Veränderungen mittels effektiver Bewältigungsstrategien in das Selbstkonzept zu integrieren (vgl. Roy, C. & Andrews, H. A., 1991 zit. nach Fawcett, 1996, S. 429 ff.).

8. Diskussion und kritische Stellungnahme

In Anlehnung an Steinke soll die vorliegende Diplomarbeit anhand eines Kriterienkataloges für Gütekriterien in der qualitativen Forschung kritisch betrachtet werden. Dafür listet die Autorin sieben Gütekriterien auf, welche nachfolgend kurz vorgestellt und im Hinblick auf die empirische Studie kritisch hinterfragt werden.

Unter intersubjektiver Nachvollziehbarkeit werden die Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in Gruppen und die Anwendung kodifizierter Verfahren verstanden (vgl. Steinke, 2009, S. 324 ff.). Der Empirieteil befasst sich ausführlich mit der Methode der Datenerhebung mittels narrativer Interviews, wie die Daten dokumentiert und anhand der interpretativen Phänomenologie ausgewertet wurden. Außerdem wird auf die Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen eingegangen.

Aufgrund der Tatsache, dass diese Studie im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführt wurde, ist die Interpretation in Gruppen bei der Datenauswertung jedoch nicht gegeben. Da die Studie aufgrund von organisatorischen Gründen und aufgrund von Ressourcenmangel von einer einzigen Person geplant, durchgeführt und ausgewertet wurde, wird dieses Gütekriterium verletzt.

Unter dem Begriff Indikation des Forschungsprozesses versteht man die Gegenstandsangemessenheit der qualitativen Studie (vgl. Steinke, 2009, S. 326). Die Diplomarbeit basiert auf einem qualitativen Forschungsansatz, da die individuellen Veränderungen bei Jugendlichen aufgrund einer Krebserkrankung in der Kindheit im Vordergrund stehen. Der interpretativ-phänomenologische Forschungsansatz fokussiert dabei auf die Frage, wie Menschen ihren Körper erleben und wie sie diese Erfahrungen zum Ausdruck bringen.

Erhebliche Probleme bereitete es, passende InterviewpartnerInnen für die Studie zu finden. Dies liegt vor allem an der geringen Bereitschaft der Betroffenen. Viele potentielle StudienteilnehmerInnen wollen nicht über die Erfahrungen ihrer Krebserkrankung sprechen, insbesondere nicht über ihre körperlichen Veränderungen. Sie bevorzugen es, sich im geschützten Rahmen ihrer

Selbsthilfegruppe auszutauschen. Deshalb kam es auch im Vorfeld der Studie zu zwei Ausfällen von InterviewpartnerInnen.

Dies lässt vermuten, dass es Unterschiede zwischen StudienteilnehmerInnen und nicht-teilnehmenden Personen bezüglich deren Offenheit hinsichtlich ihres Körpers im Rahmen der Krebserkrankung gibt. Aufgrund der Freiwilligkeit zur Studienteilnahme können diese unterschiedlichen Erlebens- und Verhaltensweisen jedoch nicht erhoben werden.

Unter empirischer Verankerung versteht Steinke die Begründung von Hypothesen und Theorien in den Daten. Dies kann mittels kodifizierter Methoden und hinreichenden Textbelegen erreicht werden (vgl. Steinke, 2009, S. 328). Der empirische Teil der Diplomarbeit basiert auf narrativen Interviews, die mittels der Methode der interpretativen Phänomenologie in Anlehnung an Moustakas ausgewertet wurden. Das daraus hervorgehende Kategoriensystem wird durch Textbelege untermauert und durch aktuelle Forschungsliteratur gestützt.

Unter dem Punkt Limitation werden die Grenzen des Geltungsbereiches der qualitativen Studie zusammengefasst (vgl. Steinke, 2009 S. 329). Da es sich bei der vorliegenden phänomenologischen Studie um eine qualitative Forschungsmethode handelt, zählt bei der Anzahl der geführten Interviews nicht die Quantität und Verallgemeinerbarkeit der erhobenen Daten, sondern viel mehr die inhaltliche Reichhaltigkeit.

Durch den beschränkten Zugang zu StudienteilnehmerInnen aufgrund der Sensitivität der Stichprobe stützen sich die Ergebnisse dieser Studie somit auf nur 5 InterviewpartnerInnen, was deren Verallgemeinerbarkeit erheblich einschränkt.

Kohärenz im Forschungsprozess ist dahingehend zu überprüfen, ob eine generierte Theorie nachvollziehbar ist und ob Widersprüche in den Daten und Interpretationen bearbeitet wurden (vgl. Steinke, 2009, S. 330). Das im Rahmen der Diplomarbeit entwickelte Kategoriensystem ist in sich schlüssig und weist keine Widersprüche auf.

Das Gütekriterium der Relevanz befasst sich mit dem pragmatischen Nutzen der qualitativen Forschung (vgl. Steinke, 2009, S. 330).

Bis zum jetzigen Zeitpunkt liegen keine spezifischen Lösungsansätze im pflegerischen Umgang, mit Rücksicht auf das Körperbild von Kindern mit Krebs, vor. Deshalb ist es unumgänglich das Körperbild von Jugendlichen während und nach einer Krebserkrankung in der Kindheit zu erforschen um praxisnahe Implikationen erstellen zu können. Auch auf die Dringlichkeit des Problems wird im Theorieteil ausführlich Bezug genommen.

Das Kriterium der reflektierten Subjektivität befasst sich mit der Rolle der Forscher als Teil der sozialen Welt, die sie erforschen. Es stellt sich die Frage, ob sie die nötigen persönlichen Voraussetzungen für die Erforschung des Gegenstandes besitzen, ob sie den Forschungsprozess selbst reflektieren können und ob sie eine Vertrauensbeziehung zu den InterviewpartnerInnen herstellen können (vgl. Steinke, 2009, S. 330 f.). Im Rahmen der Diplomarbeit ist es der Forscherin gelungen eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren StudienteilnehmerInnen aufzubauen. Außerdem hat sie bewusst darauf geachtet, persönliche Vorannahmen auszuklammern und Interviewsituationen zu reflektieren, um bestmögliche Offenheit zu gewährleisten.

Abschließend ist zu sagen, dass trotz methodischer Schwächen der Studie ein Großteil der Ergebnisse durch den theoretischen Rahmen und den aktuellen Forschungsstand untermauert werden kann. Auch wenn kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden kann, ist es gelungen mittels der Forschungsmethode das Phänomen des Körperbildes und der Körperwahrnehmung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung adäquat abzubilden.

9. Schlussfolgerungen

Aus den Studienergebnissen lassen sich in Folge einige Implikationen für die Pflegepraxis mit Kindern und Jugendlichen mit einer Krebserkrankung ableiten.

Insgesamt messen Betroffene Pflegepersonen im Krankenhausalltag wenig Bedeutung bei. Primäre Bezugspersonen der PatientInnen sind Familienangehörige. Der Kontakt zwischen Kindern und Pflegepersonen wird großteils als wenig bedeutsam gesehen. Die Beziehung wird in den meisten Fällen über die rein pflegerisch-medizinische Weitergabe von Informationen hinaus nicht vertieft. Abgesehen von pflegerischen Maßnahmen wird kaum auf die körperlichen Veränderungen von Kindern und Jugendlichen eingegangen.

Im Kontakt zu jungen PatientInnen ist jedoch dieser fehlende Beziehungsaufbau sehr wichtig. Herausgelöst aus ihrer normalen Umgebung, eingebettet im Krankenhausalltag, haben die Betroffenen wenig Kontakt zu Gleichaltrigen oder Freunden. Außerdem werden sie aufgrund ihrer körperlichen Veränderungen ausgegrenzt und stigmatisiert. Von Familienmitgliedern abgesehen, haben die Betroffenen oftmals niemanden, dem sie ihre Sorgen und Ängste bezüglich ihres Körpers aufgrund der Krebserkrankung mitteilen können. Pflegepersonen sollten sich deshalb nicht auf die Weitergabe von fachlichen Informationen beschränken oder ihre Rolle als ProfessionalistInnen als Machtmittel missbrauchen, sondern viel mehr den PatientInnen einfühlsame Unterstützung anbieten.

Als ProfessionalistInnen wissen sie genau über körperliche Veränderungen im Rahmen einer Krebserkrankung Bescheid und sollten sich somit in die Betroffenen und deren Ängste einfühlen können.

Auch im Umgang mit jugendlichen PatientInnen sollten Pflegepersonen nötige Unterstützung bei körperlichen Veränderungen bereitstellen. Sie sollten den Betroffenen das Gefühl vermitteln nicht alleine zu sein und durch altersgerechte und einfühlsame Betreuung Schamgefühle hinsichtlich des eigenen Körpers reduzieren. Es wäre wünschenswert, wenn den Betroffenen das Gefühl vermittelt wird, in Pflegepersonen Vertrauenspersonen abseits von Familienmitgliedern zu finden.

Es wäre weiters hilfreich, wenn pflegerische Handlungen oder medizinische Eingriffe von gleichgeschlechtlichem (Pflege-)Personal durchgeführt werden. Auch wenn sich intime Eingriffe oftmals nicht vermeiden lassen, können Unannehmlichkeiten durch die Anwesenheit von vertrauten Personen erheblich gemildert werden. Somit bleiben Würde und Integrität der Betroffenen gewahrt.

Weiters sollten Pflegepersonen beachten, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit all ihren Bedürfnissen, Sorgen und Nöten ein Recht darauf haben, ernst genommen zu werden. Außerdem sollten sie sich der Tatsache bewusst werden, dass nicht nur die Eltern der PatientInnen, sondern die Betroffenen selbst Unterstützung hinsichtlich körperlicher Veränderungen benötigen. Gerade in der kindlichen Entwicklung sind Entfaltung der Persönlichkeit und das Anstreben von Unabhängigkeit wichtige Entwicklungsschritte.

Durch Unterstützung und empathisches Agieren seitens der Pflegepersonen können die Betroffenen besser mit körperlichen Veränderungen umgehen und diese in ihr Selbstkonzept integrieren.

Im Vordergrund jeglicher Maßnahmen steht die Sensibilisierung des Pflegepersonals. Erst wenn Pflegepersonen die Bedürfnisse ihrer PatientInnen kennen, können sie adäquat auf deren Sorgen, Wünsche und Ängste eingehen und somit eine Verhaltensänderung im Umgang mit Krebskranken erzielen.

Um jedoch Pflegepersonen im Umgang mit Kindern mit Krebs richtig zu schulen, wäre es notwendig, ihren aktuellen Wissensstand im Bezug auf das Körperbild von krebskranken Kindern im Pflegealltag zu erheben. Es sollen nicht nur (wie in der vorliegenden Studie) Problemfelder seitens der Betroffenen identifiziert werden, sondern auch praxisrelevantes Wissen seitens der Pflege erhoben werden.

Anhand der von Betroffenen geschilderten Diskriminierung und Stigmatisierung von Krebskranken seitens der Bevölkerung scheint es weiters notwendig, öffentliche Bildungsmaßnahmen zu setzen. Die körperliche Andersartigkeit Krebskranker ängstigt das soziale Umfeld von Betroffenen. Außerdem kann ein Großteil der Bevölkerung nicht mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und mit der Konfrontation der Endlichkeit des Lebens umgehen.

Die Unwissenheit der Gesellschaft bezüglich Krebserkrankungen, deren Entstehung, Behandlung und Folgeschäden führt zu Verunsicherung, was in einem Selbstschutzmechanismus mündet. Phänomene, die den Menschen fremd sind, werden ausgegrenzt, um somit vermeintliche Gefahren zu vermeiden. Deshalb muss auch die Gesellschaft vermehrt bezüglich des Themas Krebserkrankungen sensibilisiert werden.

Ziel zukünftiger Studien sollte es sein, einen Maßnahmenkatalog für die Pflege mit spezieller Bezugnahme auf das Körperbild von Kindern mit Krebs zu entwickeln. Durch die Schaffung eines Problembewusstseins bei Pflegepersonen und durch die Implementierung des Maßnahmenkatalogs in die alltäglichen Pflegehandlungen durch die Pflegepersonen soll das Körperbild von Kindern mit Krebs nachhaltig verbessert werden. Die neu entwickelten Pflegemaßnahmen sollen den Pflegepersonen als Handlungsleitfaden dienen und sie in ihrem täglichen Umgang mit Kindern mit Krebs unterstützen. Langfristig sollen die entwickelten Pflegemaßnahmen einen Beitrag leisten, um das Körperbild von Kindern mit Krebs nachhaltig positiv zu beeinflussen. Weiters würde die Pflege durch das neu generierte Wissen an Kompetenz gewinnen, wodurch ihr Stellenwert als Profession im Gesundheitswesen gesichert werden würde.

V. Literaturverzeichnis

1. Primärliteratur

Abt-Zegelin, A. & Georg, J. (2000): Körperbildstörungen - eine Aufgabe für die Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 41 (12), S. 1028-1031.

Berk, L.E. (2005): Entwicklungspsychologie. München: Pearson Studium.

Calamius, G. (2006): Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 154 (7), p. 664-649.

Cluroe, S. (1999): Körperbildveränderungen bei Kindern, S. 84-93. In: Salter, Mave (1999): Körperbild und Körperbildstörungen. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Cropley, A.J. (2002): Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung. Eschborn bei Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz GmbH.

Eiser, C. (2007): Beyond Survival: Quality of Life and Follow-up After Childhood Cancer. Journal of Pediatric Psychology, 32 (9), p. 1140-1150.

Eiser, C. (1998): Practitioner Review: Long-term Consequences of Childhood Cancer. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39 (5), p. 621-633.

Evans, M. (1997): Altered body image in teenagers with cancer. In: Journal of Cancer Nursing, 4, p. 177-182.

Fawcett, J. (1996): Pflegemodelle im Überblick. Bern: Huber.

Fisher, S. & Cleveland, S.E. (1958): Body Image and Personality. Princeton, New Jersey: D. Van Nostrand Company.

Flick, U. (2003): Design und Prozess qualitativer Forschung, S. 252-265. In: Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.) (2009): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Grogan, S. (1999): Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children. London and New York: Routledge.

Hasseler, M. (2006): Prävention als originäre Aufgabe der Pflege – Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich, S. 35-58. In: Hasseler, M. & Meyer, M. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Hopf, C. (2003): Qualitative Interviews – ein Überblick, S. 349-360. In: Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.) (2003): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Kesselring, A. (1994): Körperlichkeit und Krankheitserleben – Erfahrungen von Frauen mit Brustkrebs. In: Pflege, 7, S. 175-182.

Körtner, U. H.J. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Kopel, S. et al. (1998): Brief Report: Assessment of Body Image in Survivors of Childhood Cancer. Journal of Pediatric Psychology, 23 (2), p. 141-147.

Kowal, S. & O’Connell, D.C. (2003): Zur Transkription von Gesprächen, S. 437-447. In: Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.) (2003): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Krampen, G. & Spangler, G. (2008): Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung über die Lebensspanne, S. 652-686. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.

Langeveld, N.E., Grootenhuis, M.A., Voûte, P.A., De Haan, R.J. & Van den Bos, C. (2004): Quality of Life, Self-Esteem and Worries in Young Adult Survivors of Childhood Cancer. In: Psycho-Oncology, 13, p. 867-881.

Larouche, S.S. & Chin.Peuckert, L. (2006): Changes in Body Image Experienced by Adolescents With Cancer. In: Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23, p. 200-209.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001): Pflegeforschung: Methode, Bewertung, Anwendung. München: Urban & Fischer Verlag.

Marriner-Tomey, A. (1992): Pflege-theoretikerinnen und ihr Werk. Basel: RECOM Verlag.

Mayring, P., Gläser-Zikuda, M. (2005): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meinefeld, W. (2003): Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung, S. 265-275. In: Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.) (2003): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Montada, L. (2008): Fragen, Konzepte, Perspektiven, S. 3-46. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (2008): Entwicklungspsychologie. Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.

Moustakas, C. (1994): Phenomenological Research Methods. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Neff, E.J. & Beardslee, C.I. (1990): Body knowledge and concerns of children with cancer as compared with the knowledge and concerns of other children. In: Journal of pediatric nursing, 5 (3), p. 179-189.

Nettleton, S. & Watson, J. (1998): The body in everyday life. Routledge: London and New York.

Oerter, R. & Dreher, E. (2008): Jugendalter, S.271-332. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (2008): Entwicklungspsychologie. Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.

Pendley, J. et al. (1997): Body Image and Psychosocial Adjustment in Adolescent Cancer Survivors. Journal of Pediatric Psychology, 22 (1), p. 29-43.

Price, B. (1992): Living with altered body image: the cancer experience. In: British Journal of Nursing, 1 (13), p.641-645.

Price, B. (1990): A model for body-image care. In: Journal of Advanced Nursing, 15, p. 585-593.

Prouty, D., Ward-Smith, P. & Hutto, C.J. (2006): The Lived Experience of Adult Survivors of Childhood Cancer. In: Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23, p. 143-151.

Puukko, L.-R. M., et al. (1997): Impaired Body Image of Young Female Survivors of Childhood Leukemia. Psychosomatics, 38 (1), p. 54-62.

Roth, M. (2000): Körperbild-Struktur bei chronisch kranken Jugendlichen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8 (1), S. 8-17.

Schneider, W. & Büttner, G. (2008): Entwicklung des Gedächtnisses bei Kindern und Jugendlichen, S. 480-502. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (2008): Entwicklungspsychologie. Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.

Schubert, Achim (2009): Das Körperbild. Die Körperskulptur als modulare Methodik in Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.

Slade, P. D. (1994): What is body image? In: Behaviour Research und Therapy, 32, p. 497-502.

Smith, J.A., Jarman, M. & Osborn, M. (1999): Doing Interpretative Phenomenological Analysis, p. 218-240. In: Qualitative Health Psychology. Theories & Methods. Murray, M. & Chamberlain, K. (1999).

Sodian, B. (2008): Entwicklung des Denkens, S. 436-479. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (2008): Entwicklungspsychologie. Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.

Steinke, I. (2009): Gütekriterien qualitativer Forschung, S. 319-331. In: Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.) (2009): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Wallace, M.L. et al. (2007): Managing appearance changes resulting from cancer treatment: resilience in adolescent females. Psycho-Oncology, 16, p. 1019-1027.

White, C.A. (2000): Body Image Dimensions and Cancer: A Heuristic Cognitive Behavioural Model. In: Psycho-Oncology, 9, p. 183-192.

Williams, S.J. & Bendelow, G.A. (1998): Malignant bodies. Children's beliefs about health, cancer and risk, p. 103-124. In: Nettleton, S. & Watson, J. (1998): The body in everyday life. London and New York: Routledge.

Woodcock, Jacquie (1999): Das Körperbild aus onkologischer Sicht, S. 123-136. In: Salter, Mave (1999): Körperbild und Körperbildstörungen. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Woodgate, R.L. (2005): A Different Way of Being: Adolescents' Experiences with Cancer. In: Cancer Nursing, 28 (1), p. 8-15.

Wu, L.M. & Chin, C.C. (2003): Factors related to satisfaction with body image in children undergoing chemotherapy. In: The Kaohsiung Journal of Medical Science, 19 (5), p. 217-224.

Zahavi, D. (2007): Phänomenologie für Einsteiger. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.

Zebrack, B.J., Mills, J. & Weitzman, T.S. (2007): Health and supportive care needs of young adult cancer patients and survivors. In: Journal of Cancer Survivorship, 1, p. 137-145.

Zebrack, B. (2009): Information and service needs for young adult cancer survivors. In: Support Care Cancer, 17, p. 349-357.

Zeltzer, L.K. (1993): Cancer in Adolescents and Young Adults Psychosocial Aspects. In: Cancer Supplement, 71 (19), p. 3463-3468.

Homepages:

Cancer Research UK (am 19.07.2010):

<http://www.cancerresearchuk.org/>

<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/childhoodcancer/riskfactors/?a=5441>

<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/childhoodcancer/?a=5441>

<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/childhoodcancer/trends/>

Survivors Österreich (am 19.04.2010):

<http://www.survivors.at>

2. Sekundärliteratur

Andrews, H. A. & Roy, C. (1986): Essentials of the Roy Adaption Model. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Burt, K. (1995): The effects of cancer on body image and sexuality. In: Nursing Times, 91 (7), p. 36-37.

Erikson, E. H. (1950): Childhood and Society. New York: Norton.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2002) The Neuman System Model. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Price, B (1990): Body image: Nursing concepts and care. Prentice Hall: London.

Roy, C. (1980): The Roy adaptation model, p. 179-188. In: Riehl, J. P. & Roy, C. (Eds.): Conceptual models for nursing practice. New York: Appleton-Century-Crofts.

Roy, C. (1989): The Roy adaptation model, p. 105-114. In: J.P. Riehl-Sisca: Conceptual models for nursing practice. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Roy, C. & Roberts, S. (1981): Theory construction in nursing: An adaptation model. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Roy, C. & Andrews, H. A. (1991): The Roy adaptation model: The definitive statement. Norwalk CT: Appleton & Lange.

Silbereisen, R.K. (2000): Sozialer Wandel in Deutschland und Übergänge zum Erwachsenenalter. Eröffnungsvortrag des 42. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Jena, 24.-29.09.2000.

Slade, P.D. (1994): What is body image? In: Behaviour Research and Therapy, 32 (5), p. 497-502.

VI. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Interviewleitfaden	58
Abb. 2: Kategoriensystem - Körperbild und Körperwahrnehmung in der Retrospektive	72
Abb. 3: Kategoriensystem – Körperbild und Körperwahrnehmung nach der Krebserkrankung	83

VII. Anhang

1. Informationsblatt an die StudienteilnehmerInnen

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit in der Studienrichtung Pflegewissenschaft (betreut von Univ.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer) führe ich eine Studie zum Thema Krebs und Körperbild durch.

Ziel dieser Studie ist es, das Körperbild von Jugendlichen nach einer Krebserkrankung in der Kindheit zu untersuchen. Dafür ist es notwendig einige Einschlusskriterien für StudienteilnehmerInnen aufzustellen: alle TeilnehmerInnen (zwischen 16 und 22 Jahren alt) befinden sich in vollständiger Remission und sind zumindest seit einem Jahr symptomfrei. Kriterium ist weiters, dass die Krebserkrankung vor dem 15. Lebensjahr ausgebrochen ist. Die Zeitspanne der Therapie in der Kindheit soll in den Altersbereich zwischen 4 und 15 Jahren fallen.

Bei dieser Studie handelt es sich um eine qualitative Studie. Das bedeutet, dass pro TeilnehmerIn ein qualitatives Interview geführt wird. Dieses Interview ist sehr persönlich und erfordert Zeit (ca. eine Stunde). Es handelt sich hierbei um keinen Fragebogen, sondern um ein persönliches Gespräch, wobei die Erzählungen der StudienteilnehmerInnen in den Mittelpunkt rücken. Um mit den Interviewdaten wissenschaftlich arbeiten zu können ist es weiters erforderlich, diese Interviews mittels Aufnahmegerät aufzuzeichnen.

Die Teilnahme an der Studie basiert auf freiwilliger Basis. Ein Aussteigen aus der Studie ist jederzeit möglich. Weiters sei auf die Anonymität der StudienteilnehmerInnen hingewiesen. Das bedeutet, dass die Interviewaufzeichnungen und auch die Transkripte der Interviews nicht an Dritte weitergeleitet werden. Außerdem werden persönliche Daten (wie zum Beispiel Familienname, Wohnort, Telefonnummer, etc.) nicht veröffentlicht.

Anna Bemmer

2. Curriculum Vitae



Name: Anna Bemmer

Geburtsdatum: 2. April 1988

Geburtsort: Wien

Staatsbürgerschaft: Österreich

Familienstand: ledig

Hauptwohnsitz: Tieffeldgasse 4-6
3433 Königstetten

Schulbildung: 4 Klassen Volksschule Königstetten
Johann Gruber-Promenade 31-35, 3433 Königstetten

8 Klassen BG/BRG Tulln
Donaulände 72, 3430 Tulln

Reifeprüfung am BG/BRG Tulln
im Juni 2006 mit Auszeichnung abgeschlossen

Universität Wien
Studium der Psychologie (seit WS 2006)

Universität Wien
Studium der Pflegewissenschaft (WS 2006 – SS 2010)

Sonstiges:

Führerschein für die Gruppe B
Bezirkshauptmannschaft Tulln, 28.4.2006

Cambridge First Certificate in English (FCE)

Sommer 2004, Ferialpraxis in der ehemaligen
Pflegeeinrichtung „Theresienheim“
Langenlebarnerstraße, 3430 Tulln

Sommer 2008, 2009: Ferialpraktikum bei der
Allgemeinen Immobilien Verwaltung (Generali, in
1010 Wien)

seit SS 2009: Hortassistentin im Evangelischen
Tagesheim am Karlsplatz

seit SS 2009: Clinic Nanny am St. Anna Kinderspital
im Rahmen der psychosozialen Betreuung

seit SS 2010: Teilnahme am Cascaded Blended
Mentoring (CBM) am Institut für Psychologie

3. Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Anna Maria Bemmer, versichere,

dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe,

dass ich diese Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und

dass diese Arbeit mit der von der Betreuerin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, am 23. Juli

Anna Maria Bemmer