



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Das Gesundheitsverhalten von AHS-SchülerInnen in
Wien

Verfasserin

Nicole Pichler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: emer. O. Univ.-Prof. Dr. Brigitte Rollett

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, März, 2011

(Nicole Pichler)

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	VII
Abstract	IX

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	4
2.1	Gesundheitsbegriff	8
2.2	Gesundheitsverhalten und Risikoverhalten	10
2.3	Modelle des Gesundheitsverhaltens.....	13
2.3.1	Kontinuierliche Modelle des Gesundheitsverhaltens	14
2.3.1.1	Die Theorie des geplanten Handelns von Ajzen.....	14
2.3.1.2	Das Health Belief-Modell von Becker und Rosenstock.....	15
2.3.1.3	Die Theorie der Schutzmotivation von Rogers.....	16
2.3.1.4	Die sozial-kognitive Theorie von Bandura	17
2.3.2	Dynamische Modelle des Gesundheitsverhaltens	18
2.3.2.1	Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska & DiClemente	18
2.3.2.2	Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer	19
2.3.3	Das Modell des Problemverhaltens von Jessor.....	21
2.4	Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren	23
2.4.1	Geschlecht	23
2.4.2	Persönlichkeit	24
2.4.3	Familie.....	26
2.4.4	Peergruppe.....	27
2.4.5	Schule	28
2.4.6	Sozioökonomischer Status	29
2.4.7	Religion	30
2.4.8	Stressempfinden.....	31

2.4.9	Depression und Hoffnungslosigkeit	31
2.5	Spezielle Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen	33
2.5.1	Schlafverhalten	33
2.5.2	Zahngesundheit	34
2.5.3	Körperliche Aktivität	35
2.5.4	Tabakkonsum	36
2.5.5	Alkoholkonsum	37
2.5.6	Ernährungsverhalten	38
2.5.7	Drogen	40
2.5.8	Riskantes Sexualverhalten	41
3	Empirischer Teil	43
3.1	Ziele der Untersuchung	43
3.2	Methodische Vorgehensweise	47
3.2.1	Untersuchungsplan	47
3.2.2	Untersuchungss Stichprobe	48
3.2.3	Beschreibung der Messinstrumente	49
3.2.3.1	Gesundheits- und entwicklungsbezogener Fragebogen	50
3.2.3.2	NEO-FFI	55
3.2.3.3	Skala „Offenheit für Umwelterfahrungen“	56
3.2.3.4	Drogenteil aus dem FIL-Projekt	57
3.2.4	Durchführung der Untersuchung	58
3.2.5	Arbeitshypothesen	59
3.3	Ergebnisse	62
3.3.1	Stichprobe	63
3.3.2	Reliabilitätsanalysen	65
3.3.3	Zusammenhangshypothesen: Produkt-Moment- und Rangkorrelationen	73
3.3.4	Unterschiedshypothesen: U-Test nach Mann und Whitney	94
3.3.5	Geschlechtsspezifischer Vergleich	100
3.3.6	Altersspezifischer Vergleich	106
3.4	Diskussion	109
3.5	Zusammenfassung	116

Literaturverzeichnis	119
-----------------------------------	------------

Anhang

Anhang A: Gesundheits- und entwicklungsbezogener Fragebogen für Jugendliche

Anhang B: Kurzform des NEO-FFI und Skala „Offenheit für Umwelterfahrungen“ aus dem FIL- Projekt

Anhang C: Perzentile für den Body-Mass-Index für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer –Hauschild et. al. (2001)

Lebenslauf

Abkürzungsverzeichnis

BMI Body-Mass-Index

FIL Familie im Lebenslauf

NEO-FFI Neurotizismus-Extraversion-Offenheit-Fünf-Faktoren Inventar

WHO World Health Organisation

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Korrelationen einzelner Verhaltensweisen (Raithel, 2002).....	5
Tabelle 2: Entwicklungsaufgaben und ihre Funktionen (Pinquart & Silbereisen, 2002, S.875).....	7
Tabelle 3: Überblick über einige Risiko- und Schutzfaktoren in der Problem-Behavior Theory.....	22
Tabelle 4: Verwendete Skalen des gesundheits- und entwicklungsbezogenen Fragebogens für Jugendliche.....	65
Tabelle 5: Korrelationen zwischen den Dimensionen des NEO-FFI und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.....	77
Tabelle 6: Korrelationen zwischen der Gesundheitseinstellung und dem Gesundheitsverhalten.....	79
Tabelle 7: Korrelationen zwischen der Schulorientierung und dem Gesundheitsverhalten.....	80
Tabelle 8: Korrelationen zwischen Religiosität und dem Gesundheitsverhalten.....	81
Tabelle 9: Korrelationen zwischen der Einschätzung der Gesundheitsbedrohung und dem Gesundheitsverhalten	83
Tabelle 10: Korrelationen zwischen gemeinsamen Aktivitäten mit der Familie und dem Gesundheitsverhalten.....	84
Tabelle 11: Korrelationen zwischen der Regelbefolgung und dem Gesundheitsverhalten.....	85
Tabelle 12: Korrelationen zwischen Familienklima und dem Gesundheitsverhalten	86
Tabelle 13: Korrelationen zwischen der Wichtigkeit der Eltern, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben und dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher.....	87
Tabelle 14: Korrelationen zwischen der höchst abgeschlossenen Schulbildung der Eltern und dem Gesundheitsverhalten.....	88
Tabelle 15: Korrelationen zwischen Hoffnungslosigkeit und dem Gesundheitsverhalten.....	89
Tabelle 16: Korrelationen zwischen Stressempfinden und dem Gesundheitsverhalten.....	90

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen dem akademischen Leistungswert und dem Gesundheitsverhalten.....	91
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen schlechten Schulnoten und dem Gesundheitsverhalten.....	92
Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Gedanken an Schulabbruch und dem Gesundheitsverhalten.....	93
Tabelle 20: Auswirkung der Familienstruktur auf das Gesundheitsverhalten.....	95
Tabelle 21: Auswirkung der Beschäftigungsart der Eltern auf das Gesundheitsverhalten Jugendlicher.....	97
Tabelle 22: Das Rauchverhalten der Jugendlichen in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Familienmitglieder.....	99
Tabelle 23: Geschlechtsspezifischer Vergleich des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen für normalverteilte Daten (T-Test).....	101
Tabelle 24: Geschlechtsspezifischer Vergleich des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen (U-Test).....	102
Tabelle 25: Einteilung des Körpergewichts der SchülerInnen in unter-, normal- und übergewichtig.....	104
Tabelle 26: Überblick über gesundheitsbezogene Verhaltensweisen Jugendlicher nach Schulstufen geordnet (U-Test).....	107
Tabelle 27: Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen mit Normalverteilung nach Schulstufen geordnet.....	108
Abbildung 1: Auflistung der SchülerInnen nach Bezirk und Schulstufe.....	49
Abbildung 2: Bereiche des Gesundheitsverhaltens	51
Abbildung 3: Durchschnittliches Alter in den beiden Schulstufen (5. Klassen und 7. Klassen)	63
Abbildung 4: Sozioökonomische Daten der Eltern.....	64
Abbildung 5: Subjektive Einschätzung der Gesundheitsbedrohung.....	82
Abbildung 6: Anteil an unter-, normal- und übergewichtigen Jugendlichen in Prozent.....	103
Abbildung 7: Zufriedenheit mit dem Gewicht in Prozent geordnet nach Geschlecht.....	104

Abstract

Der Gesundheit von Jugendlichen wird eine große Bedeutung zugeschrieben, da sie Einfluss auf den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter ausübt. Mit dem Begriff Jugend wird üblicherweise Positives in Zusammenhang gebracht, wie beispielsweise Gesundheit und Vitalität oder Fitness. Auch von Seiten der Jugendlichen wird die eigene Gesundheit als gegeben angesehen. Tatsache ist aber, dass im Bezug der psychischen und physischen Gesundheit der Jugendlichen ein Abwärtstrend zu verzeichnen ist. Viele Jugendliche zeigen Beschwerden und Gesundheitsstörungen auf. Im Vordergrund stehen Bewegungsmangel, ein ungesundes Ernährungsverhalten und der Konsum von Substanzmitteln wie Alkohol, Tabak und Marihuana. Unterschiedliche Systeme haben Einfluss auf das Gesundheitsverhalten wie das soziale System mit der Familie und dem Freundeskreis, oder das Persönlichkeitssystem, zu dem etwa die Einstellung zur Gesundheit dazugehört. Auch Faktoren wie das Alter, Geschlecht und das Einkommen der Eltern haben eine entscheidende Rolle bei der Ausführung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.

1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen mittels einer Fragebogenbatterie untersucht. Bei den jungen Erwachsenen handelt es sich um SchülerInnen aus vier unterschiedlichen allgemeinbildenden höheren Schulen in Wien. Hintergrund der Untersuchung ist die Frage, in welchem Ausmaß von SchülerInnen gesundheitsförderliche und gesundheitsriskante Verhaltensweisen ausgeführt werden, wie diese in Zusammenhang stehen und wodurch sie beeinflusst werden können. Der ursprüngliche Fragebogen stammt aus dem englischsprachigen Raum und soll nun auch im deutschsprachigen Raum vorgegeben werden, um zu sehen, ob vergleichbare Ergebnisse erzielt werden können.

Im Sinne der Definition der World Health Organisation WHO, in der Gesundheit durch „körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ definiert wird (Constitution WHO, 1946), versucht die vorliegende Diplomarbeit dieser insofern gerecht zu werden, indem sie viele verschiedene Bereiche des Gesundheitsverhaltens untersucht und diese in Beziehung zueinander setzt. Neben Angaben zu demographischen Daten der SchülerInnen wird auch der physische, psychische und soziale Gesundheitszustand erfasst.

Dekovic, Buist und Reitz (2004) zufolge, ist ein Zuwachs an gesundheitsgefährdeten Verhaltensweisen zu beobachten. In den Industrieländern herrschen degenerative Erkrankungen vor, die mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden können (Rütten & Abu-Omar, 2003). Jedoch wird der Gesundheit in unserer Gesellschaft ein sehr hoher Stellenwert zugeschrieben: Sie wird assoziiert mit Leistungsfähigkeit, Jugend und Attraktivität (Seiffke-Krenke, 1994). Obwohl die Jugendgesundheit in den letzten hundert Jahren kontinuierlich verbessert werden konnte (Hurrelmann, 2002), stellt die Adoleszenz keine „Oase der Gesundheit“ dar (Jerusalem, Klein-Heßling & Mittag, 2003). Junge Erwachsene sind sowohl von körperlichen als auch

von psychosozialen Beschwerden betroffen und führen Verhaltensweisen aus, die eine Beeinträchtigung für die Gesundheit darstellen. Psychische Verhaltensauffälligkeiten im Jugendalter treten häufig auf und betreffen auch das soziale Umfeld wie Familie, Freunde und die Schule (Ravens-Sieberer, Hölling, Bettge & Wietzker, 2002).

Diese Gesundheitsstörungen manifestieren sich in Risikoverhaltensweisen, die bei einigen Jugendlichen mehr, bei anderen weniger stark ausgeprägt sind.

Die vorliegende Arbeit soll Aufschluss sowohl über das Ausmaß an gesundheitsförderlichen als auch gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen Jugendlicher bringen. Es sollen sogenannte Schutzfaktoren aufgedeckt werden, die einen Einfluss auf Verhaltensebene ausüben und das Verhalten in eine positive Richtung lenken. Das Wissen um die Risikofaktoren erleichtert die Erklärung und die Ursachen von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen.

Das Gesundheitsverhalten besteht aus sehr vielen verschiedenen Verhaltensbereichen, die unterschiedlichen Gebieten zugeteilt werden können, wie zum Beispiel substanzmittelbasierte Verhaltensweisen wie Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum oder das soziale Umfeld, zu dem die Familie und der Freundeskreis dazugehören. Das Gesundheitsverhalten wird von mehreren Faktoren beeinflusst: Turner, Irwin, Tschann und Millstein (1993) zufolge hat die soziale Umgebung einen bedeutenden Einfluss auf riskante Verhaltensweisen. Das „komplexe“ Verhalten im Jugendalter wird außerdem durch den Persönlichkeitsbereich zu erklären versucht (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa & Turbin, 1995). Im Modell des Problemverhaltens (Problem-Behavior Theory, s. Kapitel 2.3.3, S.21) von Jessor sind es vier Hauptsysteme, die versuchen, das Gesundheitsverhalten zu erklären und vorherzusagen (Jessor, 2001): Das Verhaltenssystem, das wahrgenommene Umweltsystem, das soziale Umfeld und das Persönlichkeitssystem. Diese Arbeit bezieht sich hauptsächlich auf letzt genanntes Modell.

Zum Aufbau der Arbeit:

Der Theorieteil soll eine Einführung in das Thema liefern und beinhaltet neben Definitionen die gängigsten Modelle des Gesundheitsverhaltens. Außerdem werden verschiedenen Einflussbereiche angeführt, die sich auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Im Anschluss daran werden spezielle Gesundheits- bzw. Risikoverhaltensweisen vorgestellt.

Der empirische Teil liefert einen Überblick über die Forschungshypothesen, die aus der Theorie abgeleitet werden können und deren Überprüfung ein Ziel dieser Arbeit darstellt. Außerdem wird auf die Methodik der Untersuchung eingegangen. Im Anschluss daran folgt eine ausführliche Ergebnisdarstellung der einzelnen Forschungshypothesen und eine kritische Auseinandersetzung. Nach einer kurzen Zusammenfassung findet man das Literaturverzeichnis. Im Anhang befindet sich der gesamte gesundheits- und entwicklungsbezogener Fragebogen für Jugendliche (Anhang A), die Kurzversion des NEO-FFI und die Skala „Umwelterfahrungen“ aus dem FIL- Projekt (Anhang B) und die Perzentilwerte für den Body-Mass-Index für Kinder und Jugendliche (Anhang C).

2 Theoretischer Hintergrund

Die Beschäftigung mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen im Jugendalter ist entwicklungspsychologisch wie auch gesundheitspsychologisch sehr wichtig, denn gerade in dieser Lebensphase etablieren und festigen sich individuelle Verhaltensweisen, die dann im Erwachsenenalter fortgeführt werden (Hurrelmann & Richter, 2006; Jerusalem et al., 2003; Raithel, 2002; Raithel 2003a). Charakteristisch für die Jugendzeit ist das Experimentieren mit neuen Verhaltensweisen (Turner et al., 2003). Es kommen sowohl positive Verhaltensweisen wie die Ernährung und die körperliche Aktivität zum Vorschein, als auch schädigendes Verhalten wie das Rauchen, Alkohol trinken und die Einnahme von Drogen (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002).

Pinquart und Silbereisen (2002) zufolge können sowohl gesundheitsförderliche als auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen Teil zum eigenen Lebensstil werden. Bevor es jedoch zur Übernahme von konkreten Rollen des Erwachsenenalters kommt, erfolgt eine Zeit des „Sich Ausprobierens“.

Nach Hurrelmann (2002) gehört es zur normalen Entwicklung von Jugendlichen, gegen traditionelle Verhaltensmuster zu verstoßen und sich riskant zu verhalten. Bei den meisten Jugendlichen fällt das Risikoverhalten mit dem Erwachsenenalter wieder ab, ein kleiner Teil behält es jedoch bei (Pinquart & Silbereisen, 2002).

Einige Verhaltensweisen stehen in Zusammenhang zueinander: Substanzspezifische Risikoverhaltensweisen können beispielsweise als zusammenhängendes Verhaltensrepertoire betrachtet werden (Raithel, 2002): Die höchsten Korrelationen konnten zwischen dem Zigaretten- und Marihuanakonsum, Zigaretten- und Alkoholkonsum und dem Alkohol- und Marihuanakonsum gefunden werden. Einen Überblick über die Zusammenhänge gibt Tabelle 1 wieder.

Tabelle 1: *Korrelationen einzelner Verhaltensweisen (Raithel, 2002):*

	Zahn- hygiene	Beweg- ung	Zigaretten- konsum	Alkohol- konsum	Marihuana- konsum	Wag- halsigkeit
Zahn- hygiene	-	.10	-.01	.05	-.08	-.19*
Bewegung	.10	-	-.18*	-.03	-.03	-.19*
Zigaretten- konsum	-.01	-.18*	-	.39*	.49*	.12*
Alkohol- konsum	.05	-.03	.39*	-	.37*	.23*
Marihuana- konsum	-.08	-.03	.49*	.37*	-	.26*
Waghalsig- keit	-.19*	-.19*	.12*	.23*	.26*	-
Hochwertige Ernährung	.16*	.27*	-.13*	.01	-.05	-.10
Minder- wertige Ernährung	.03	-.10	.14*	.30*	.11	.28*

Anmerkung: Die höchsten Korrelationen sind fettgedruckt. Korrelationen mit Sternchen* sind signifikant ($p < .01$).

Die Jugendzeit ist gekennzeichnet durch den Übergang vom Kind-Sein zum Erwachsenen-Sein und steht im Zusammenhang mit vielfachen Anforderungen wie beispielsweise der Suche und Ausbildung der eigenen Identität (Raithel, 2006; Ulbrich-Hermann & Claves, 2001).

Das Aufwachsen in der heutigen Industriegesellschaft ist mit Risiken verbunden, da es mit einer Vielzahl von Belastungen einhergeht, die starke Auswirkungen auf die Psyche und den Körper von Jugendlichen haben können (Raithel, 2003a; Seiffke-Krenke, 1994). In diesem Zusammenhang soll kurz auf das Gesundheitskontinuum von Antonovsky (1997) eingegangen werden: In seinem Modell ist das Coping-Konzept sehr zentral: Ein Individuum bewegt sich auf dem Gesundheitskontinuum

eher in die positive Richtung, wenn Spannungen und Stressoren erfolgreich bewältigt werden können. Wenn eine erfolgreiche Bewältigung nicht gelingt, dann reagiert der Organismus mit einem Stresszustand, der sich mit anderen möglichen Schwachstellen des Körpers eher in die pathogene Richtung des Kontinuums bewegt. Die Art und der Erfolg von Bewältigungsversuchen wird von der Verfügbarkeit von Ressourcen der Person bestimmt.

Im Entwicklungsprozess von Jugendlichen werden Entwicklungsziele gesetzt - sogenannte „Entwicklungsaufgaben“ - die Schritt für Schritt verfolgt werden und den Weg ins Erwachsenenalter darstellen (Pinquart & Silbereisen, 2002). Beispiele für eben genannte Entwicklungsaufgaben sind das Erreichen der elterlichen Unabhängigkeit oder der Aufbau von Freundschaftsbeziehungen. Eine Übersicht über einzelne Entwicklungsaufgaben und ihre Funktionen liefert Tabelle 2.

Tabelle 2: *Entwicklungsaufgaben und ihre Funktionen (Pinquart & Silbereisen, 2002, S.875)*

Die Funktion von Gesundheitsverhalten für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	
Entwicklungsaufgabe	Funktion des Gesundheitsverhaltens
Erreichung zunehmender Unabhängigkeit von den Eltern	Unabhängigkeit von den Eltern demonstrieren Bewusste Verletzung elterlicher Verhaltenserwartungen und elterlicher Kontrolle
Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen	Erleichterung des Zugangs zur Peergruppe Erhalt von Anerkennung durch Gleichaltrige, Erhöhung des sozialen Status in der Gruppe Demonstration der Zugehörigkeit zu einer Peergruppe
Aufbau intimer Beziehungen	Erleichterung der Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Partnern Aufnahme sexueller Aktivität/Sammeln sexueller Erfahrungen
Auseinandersetzung mit der körperlichen Entwicklung	Anzeigen des Erwachsenenstatus/Erwachsen wirken („Pseudoreife“) Erhöhung der körperlichen Attraktivität
Wissen, wer man ist und was man will, Identitätsentwicklung	Neue Verhaltensweisen ausprobieren Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen Ausdruck des persönlichen Stils/Symbolisierung der Identität, z. B. „cool sein“ Steigerung des Selbstwerts
Entwicklung eines Lebensstils	Teilhabe am subkulturellen Lebensstil Spaß haben und genießen Spannung und Erregung Lernen eines bewussten Gesundheitsverhaltens
Eigenes Wertsystem entwickeln	Beabsichtigte Normverletzung/Ausdruck von Opposition gegen die Autorität der Erwachsenen und die konventionelle Gesellschaft Ausdruck sozialen Protests
Vorbereitung auf den Beruf	Durch Attraktivität bzw. körperliche Stärke Berufschancen verbessern
Entwicklungsprobleme bei der Bewältigung der obigen Aufgaben	Stress- und Gefühlsbewältigung (Entspannung und Genuss verschaffen) Ersatzziel (Gegenpol zu Langeweile und zu Misserfolgen bei der Lösung von Entwicklungsaufgaben) Ausdruck mangelnder Selbstkontrolle

2.1 Gesundheitsbegriff

In Herkunftswörterbüchern wird die Bedeutung von „gesund“ auf den Begriff „geschwind“ zurückgeführt, was im Mittelhochdeutschen mit schnell und kräftig gleichzusetzen ist. Vom Wortstamm her ist der Begriff „gesund“ also positiv gefärbt. Das Wort „krank“ hat eine negative Konnotation und bedeutet im Mittelhochdeutschen „schwach“, „schmal“, „schlank“ und „schlecht“ (Hurrelmann, 2003).

Die wohl bekannteste und sehr häufig zitierte Definition von Gesundheit stammt von der WHO. Sie definiert Gesundheit in ihrem Gründungsdokument als einen „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ und nicht nur das Freisein von Krankheit (Constitution WHO, 1946). Sie geht somit von einem umfassenden Gesundheitsbegriff aus, der mehrere Bereiche des täglichen Lebens miteinbezieht. Gesundheit wird durch Wohlbefinden definiert, nicht bloß durch die Abwesenheit oder dem Gegenpol von Krankheit. Dieses Gesundheitsverständnis geht auf Aaron Antonovsky (1997) zurück, für den Gesundheit eine Ressource darstellt und der alles, was auf die Stärkung von Ressourcen abzielt mit dem Begriff der Salutogenese gleichgesetzt hat. Diese Anschauung beinhaltet neben den pathogenen, also krankheitserzeugenden Faktoren bzw. Risikofaktoren auch die salutogenen, also gesundheitserzeugenden Faktoren bzw. Schutzfaktoren.

Dieser Gesundheitsbegriff der WHO ist sehr komplex und ganzheitlich orientiert, da mit der Gesundheit sowohl biologische, psychische und soziale Bereiche verbunden werden. Kritisch anzumerken bei dieser Definition ist die Tatsache, dass der Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens utopisch ist und nicht erreicht werden kann. In jedem Menschen steckt ein bestimmter Anteil an Gesundheit aber auch ein gewisser Anteil an Krankheit. Wie viel die einzelnen Anteile jedoch ausmachen, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab.

Experten und Wissenschaftler von verschiedenen Fachrichtungen haben diverse Definitionen und Konzeptualisierungen der Gesundheit vorgenommen. Die Definition mit der längsten und in unserem System am weitesten Verbreitung stellt das naturwissenschaftliche, biologische Modell bzw. das medizinische Modell dar, dass von einem negativen Gesundheitsbegriff ausgeht (Belz-Merk, 1995). Gesundheit wird als die Abwesenheit von Krankheit definiert. Diese Definition wird häufig kritisiert, wegen der pathogenetischen Ausrichtung. Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit findet in diesem Modell keine Berücksichtigung. Es geht hauptsächlich darum, gesundheitsriskante Verhaltensweisen zu verhindern, also um eine Reduktion von Risikofaktoren. Risikofaktoren alleine sind aber nicht entscheidend für eine gesunde Entwicklung. Es gibt Jugendliche, die trotz Belastungen sehr widerstandsfähig bleiben und eine günstige Entwicklung aufweisen (Jerusalem et al., 2003).

Die Gesundheitspsychologie, deren Forschungsbereich der Erhalt und die Förderung der Gesundheit darstellt, definiert Gesundheit positiv und biopsychosozial: „Gesundheit als ein positiver körperlich-psychosozialer Zustand ist beeinflussbar durch die Art und Weise, wie wir mit uns selbst umgehen, wie wir Risiken meiden, Anforderungen bewältigen und Ressourcen aufbauen“ (Schwarzer, 1990, S.3).

2.2 Gesundheitsverhalten und Risikoverhalten

Pinquart und Silbereisen (2002) betrachten gesundheitsförderliches und gesundheitsschädigendes Verhalten als zwei Pole in einer Dimension des Gesundheitsverhaltens. Das individuelle Gesundheitsverhalten, das als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal anzusehen ist, wird dabei als Ergebnis einer Wechselbeziehung zwischen persönlichen und umweltbezogenen Faktoren verstanden (Schneider, 2006).

Jessor et al. (1995) zufolge herrscht Einigkeit über die Definition des Konzepts der Risikofaktoren: Risikofaktoren sind jene Bedingungen oder Variablen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit negative oder unerwünschte Konsequenzen nach sich ziehen oder der Gesundheit, dem Wohlbefinden oder der Leistungsfähigkeit schaden können. Im Bereich der protektiven oder Schutzfaktoren ist die Definition unklar: So werden Schutzfaktoren oft definiert als die „Abwesenheit von Risiko“ oder das andere Ende von Risikofaktoren. Schutzfaktoren verringern die Wahrscheinlichkeit, dass Problemverhaltensweisen auftreten.

Andere Autoren (Small und Memmo, 2004) betrachten Schutzfaktoren nicht bloß als die Abwesenheit von Risikofaktoren, sondern sehen darin ein eigenes Konstrukt.

Scholz und Schwarzer definieren Gesundheitsverhalten wie folgt:

„Unter einem Gesundheitsverhalten versteht man eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann“ (2005, S.389).

Risikoverhaltensweisen wie beispielsweise das Rauchen oder der Alkohol- und Drogenkonsum können als das Gegenteil von Gesundheitsverhalten interpretiert werden. Die Unterlassung eines Risikoverhaltens kann auch als Gesundheitsverhalten betrachtet werden. Der Begriff Gesundheitsverhalten wird in ihrer Definition als Oberbegriff sowohl für gesundheitsförderndes als auch für gesundheitsschädigendes Verhalten benutzt.

Risikoverhalten bezieht sich nach Jessor (1991) auf alle Verhaltensweisen, die die psychosozialen Aspekte einer erfolgreichen Entwicklung Jugendlicher gefährden können. Darunter zählen das Erfüllen von erwarteten sozialen Rollen, das Aneignen von wesentlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Gefühl, ausreichend kompetent zu sein und die Vorbereitung auf den Übergang in den nächsten Entwicklungsabschnitt. Manche Risikoverhaltensweisen sind wünschenswert und begehrt bei den Jugendlichen, weil sie dadurch von der Peergruppe soziale Akzeptanz erhalten oder etwa weil Jugendliche damit ein subjektives Gefühl von Selbstständigkeit und Reife assoziieren.

Risikoverhaltensweisen werden in Problem- und in gesundheitsriskantes Verhalten eingeteilt: Während zu den Problemverhaltensweisen beispielsweise der Drogen- und Alkoholkonsum, Delinquenz und sexuelle Frühreife gehören, zählen zu den gesundheitsriskanten Verhaltensweisen Bewegungsmangel und das Essverhalten. Der Unterschied ist der, dass Problemverhaltensweisen von der Gesellschaft definiert werden und einer Norm unterliegen (Donovan, Jessor & Costa, 1991). Es handelt sich dabei um ein Problemverhalten aus Erwachsenensicht, dass durch ein frühzeitiges, zu bald eintretendes Verhalten charakterisiert wird (Jessor, 1991; Seiffge-Krenke, 1994).

Raithel (2003a) unterteilt gesundheitsschädigende Verhaltensweisen in „substanzmittelspezifische Verhaltensweisen“, die zum großen Teil Problemverhaltensweisen von Jessor darstellen, und in „risikobezogene Aktivitäten“. Ein Beispiel für letztere stellen riskante Mutproben dar, die die Gesundheit gefährden können.

Im Gegensatz dazu werden sogenannte „konventionsgetreue Verhaltensweisen“ – die beispielsweise eine Einbindung in Schulaktivitäten oder in die Kirche beinhalten – mit der Gesunderhaltung in Verbindung gebracht. Sie werden an Jugendlichen gern gesehen und sind erwünscht (Donovan et al., 1991).

In der entwicklungspsychologischen Anschauung stellt sich Problemverhalten in der Adoleszenz als nicht normabweichend dar: Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen können neben ihren möglichen negativen Auswirkungen auch wichtige Funktionen für die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung haben (Belz-Merk, 1995).

Auch Jessor (1991) zufolge ist jugendliches Risikoverhalten funktional, beabsichtigt, instrumentell und zielgerichtet. Diese Ziele stehen oft im Mittelpunkt der üblichen Entwicklung Jugendlicher. Instrumentelle Funktionen des Risikoverhaltens am Beispiel des Rauchens können folgende sein: Die Anerkennung, Akzeptanz und Respekt durch die Peergruppe, Unabhängigkeit von den Eltern entwickeln, gegen Werte und Normen verstoßen, der Umgang mit Angst und Frustration oder etwa ein Gefühl der Reife. Diese Charakteristika spiegeln die gewöhnliche psychosoziale Entwicklung wieder.

2.3 Modelle des Gesundheitsverhaltens

Es gibt eine Reihe von Theorien, die das Verhalten von Menschen erklären und vorhersagen wollen. Theorien sind wichtig, aber oft reicht eine Einzelne nicht aus, um das Gesundheitsverhalten mit all seinen Elementen erfassen zu können. Es gibt auch keinen „besten“ Ansatz, der alle Themen des Jugendalters erreicht (Small & Memmo, 2004). Doch mit Hilfe von Theorien können jeweils unterschiedliche Aspekte des Verhaltens in den Mittelpunkt gestellt werden.

Gesundheitsverhaltensmodelle lassen sich nach Scholz und Schwarzer (2005) in kontinuierliche und in dynamische Modelle einteilen. Die kontinuierlichen Modelle beinhalten spezielle kognitive und affektive Variablen, anhand deren versucht wird, das Gesundheitsverhalten vorherzusagen. Ein Individuum bewegt sich je nach Ausprägung auf einem bestimmten Punkt eines Kontinuums einer Verhaltenswahrscheinlichkeit. Dynamische Stadienmodelle kennzeichnen qualitativ unterschiedliche Phasen, die eine Person während des Prozesses einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung durchläuft.

In diesem Kapitel werden zunächst vier bedeutende kontinuierliche Modelle des Gesundheitsverhaltens beschrieben. Im Anschluss an zwei berühmte und oft zitierte dynamische Modelle wird im dritten Punkt auf das Modell des Problemverhaltens von Jessor (1991) eingegangen, das einen umfassenden Rahmen zur Erklärung von Risikoverhaltensweisen Jugendlicher darstellt.

2.3.1 Kontinuierliche Modelle des Gesundheitsverhaltens

Kontinuierliche Modelle gehen jeweils von bestimmten Variablen aus wie z.B.: die Risikowahrnehmung, die Selbstwirksamkeitserwartungen oder Einstellungen, die das Gesundheitsverhalten vorhersagen sollen.

Es wird davon ausgegangen, dass man sich je nach Ausprägung der Variablen auf einem bestimmten Punkt eines Kontinuums befindet, der sich mehr oder weniger günstig auf eine Verhaltensausführung auswirkt (Schwarzer, 2004).

Auf folgende vier kontinuierliche Modelle wird hier näher eingegangen:

- Die Theorie des geplanten Handelns von Ajzen
- Das Health Belief-Modell von Becker und Rosenstock
- Die Theorie der Schutzmotivation von Rogers und
- Die sozial-kognitive Theorie von Bandura.

2.3.1.1 *Die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior, TPB)*

Dieses Modell zählt nach Scholz und Schwarzer (2005) zu den am häufigsten verwendeten Ansätzen zur Verhaltensklärung und -vorhersage. Der Intention wird eine zentrale Bedeutung zugeschrieben: Intention beinhaltet neben der Einstellung auch die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle.

Bei der Einstellung handelt es sich nach Ajzen und Fishbein (1980) um eine emotionale Einschätzung, die abzugrenzen ist von Überzeugungen, Intentionen und Handlungen. Es besteht aber nur eine geringe Verknüpfung zwischen Einstellung und Verhalten. Die Einstellung allein reicht nicht aus, um Intention und Handlung vorhersagen zu können. Menschen tun nicht nur das, was sie für richtig halten, sondern auch das, was anderen von ihnen erwarten, was als subjektive Norm bezeichnet wird. Sie umfasst Vorstellungen und Erwartungen von allen Menschen, die zur eigenen Bezugsgruppe gehören wie Eltern, Freunde und Bekannte.

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle bezeichnet die subjektiv wahrgenommene Schwierigkeit, ein Verhalten ausüben zu können. Sie ist sehr wichtig im Bezug auf die Ausführung von Verhalten.

2.3.1.2 Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Das Health Belief-Modell, HBM)

Ein weiteres kognitives Modell stellt das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief-Modell) von Becker und Rosenstock dar. Faltermaier zufolge (1994) verhält sich ein Individuum dann präventiv, wenn ein bestimmter Nutzen die erwarteten Kosten übertrifft. Die wichtigsten kognitiven Determinanten des Verhaltens sind gesundheitsbezogene Überzeugungen („health beliefs“), die sich auf die wahrgenommene Bedrohung beziehen wie etwa durch eine Krankheit. Diese besteht aus der wahrgenommenen Anfälligkeit für diese Krankheit und aus der wahrgenommenen Schwere der Bedrohung. Diesen Überzeugungen steht ein Kosten-Nutzen Vergleich gegenüber. Bei positiver Bilanz ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass das Verhalten ausgeführt wird.

Aufgrund einiger Kritikpunkte - wie etwa das Fehlen von zwei kognitiven Vermittlungsgrößen und zwar die Intention und Kompetenzerwartung, die Überschätzung des direkten Einflusses der Bedrohung, keine Unterscheidung zwischen motivationaler Phase - in der eine Entscheidung getroffen wird - und volitionaler Phase - wo Handlungsplanung und Tatumsetzung stattfinden - haben die Autoren selbst eine Neuinterpretation ihres Modells durchgeführt (Schwarzer, 1992). Im revidierten Modell finden sich Aspekte von Banduras sozial-kognitiven Theorie. Gesundheitliches Handeln beruht auf das gleichzeitige Auftreten von drei Faktoren: Erstens muss die Motivation gegeben sein, dass Gesundheitsverhalten von Bedeutung ist, zweitens muss die Überzeugung vorhanden sein, dass man anfällig ist für Krankheiten und drittens muss die Überzeugung vorhanden sein, dass ein präventives Verhalten auch wirksam ist.

2.3.1.3 Die Theorie der Schutzmotivation (*Protection Motivation Theory, PMT*)

Nach Schwarzer (2004) ist in der Theorie der Schutzmotivation von Rogers die kognitive Komponente besonders wichtig, weil es darum geht, wie die Information einer Gesundheitsbedrohung verarbeitet wird (=Bedrohungseinschätzung) und wie Entscheidungen bezüglich Gegenmaßnahmen getroffen werden (=Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten). Es finden also zwei Bewertungsprozesse statt. Im Mittelpunkt der Theorie steht die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Informationen. Diese beeinflusst die Schutzmotivation - die Absicht, ein Risikoverhalten aufzugeben oder ein Gesundheitsverhalten auszuführen. Die entsprechenden Verhaltensweisen werden als Bewältigungsreaktionen betrachtet.

Bei der Bedrohungseinschätzung geht es um eine Bewertung von Kosten und Nutzen, wenn das Risikoverhalten weiter ausgeführt wird. Die Kosten stellen den Schweregrad der Gesundheitsbedrohung dar und die wahrgenommene Vulnerabilität oder Verletzlichkeit durch die Bedrohung, das Ausmaß in dem sich Personen als gefährdet ansehen. Beim Nutzen geht es um die wahrgenommene Belohnung, wenn das Risikoverhalten weiterhin ausgeführt wird (z.B.: Entspannen durch Alkohol trinken). Die Einschätzung der Bewältigung ergibt sich aus der Selbstwirksamkeitserwartung und aus positiven und negativen Handlungsergebniserwartungen.

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist zu verstehen als eine subjektive Kompetenz, eine Bedrohung abwenden zu können, indem ein bestimmtes Verhalten ausgeführt wird. Sie hat Einfluss auf das Denken, Fühlen, Handeln und die Ausdauer (Schwarzer, 2004).

Das Modell ist eigentlich eine Aneinanderreihung von unterschiedlichen Annahmen, wobei ursprüngliches Ziel jenes war, durch Furchtappelle und Aufklärung das Gesundheitsverhalten zu beobachten. Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde erst später ergänzt. Die kognitive Komponente, auf die oben eingegangen wurde, ist hier ausschlaggebend:

So führt etwa die subjektive Verletzlichkeit und der Schweregrad einer Krankheit zur Verminderung des Risikoverhaltens, während Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung zu Gesundheitsverhaltensweisen führen. Das Modell ist sehr kompliziert dargestellt und auch nicht prüfbar, weswegen es auch keine empirischen Untersuchungen dazu gibt (Schwarzer, 2004).

2.3.1.4 *Die sozial-kognitive Theorie von Bandura*

Im sozial-kognitiven Ansatz von Bandura spielen verschiedene Arten von Erwartungen eine entscheidende Rolle bei der Handlungsausführung.

Unser Umgang mit uns selbst und auch der Umgang mit der Welt werden zum Teil von Erwartungen gesteuert (Schwarzer, 1992). Man unterscheidet Erwartungen bezüglich Situationen, Handlungen, Ergebnissen und Folgen. Sind die entsprechenden Ergebnisse instrumentell für die Folgen, fungieren sie also als Mittel zum Zweck - beispielsweise durch regelmäßiges Laufen gehen - spricht man von einer Instrumentalitätserwartung. Danach wird überprüft, ob das Ergebnis handlungsabhängig ist. Es kann sein, dass es durch die Situation festgelegt wird und kein Handlungsspielraum besteht.

Bei der Konsequenzerwartung geht es um die Bestimmung der Wahrscheinlichkeit, mit welcher durch Anstrengung ein Ergebnis zustande gebracht werden kann (z.B.: Wie oft muss ich laufen, um Gewicht zu verlieren?). Und dann kommt die Frage auf, ob man sich diese Handlung auch selbst zutraut, was als Selbstwirksamkeitserwartung oder als Kompetenzerwartung bezeichnet wird. Das Vorhandensein einer Kompetenzerwartung setzt aber voraus, dass genügend Konsequenz- und Instrumentalitätserwartungen vorhanden sind.

2.3.2 Dynamische Modelle des Gesundheitsverhaltens

Dynamische Stadien- bzw. Stufenmodelle beinhalten qualitativ unterschiedliche Phasen, die von Personen während der Gesundheitsverhaltensänderung durchlaufen werden. In diesem Prozess bewegt man sich von einer Stufe zur nächsten weiter (Schwarzer, 2004).

Auf folgende zwei Modelle wird hier näher eingegangen:

- Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente und
- Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer.

2.3.2.1 *Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Transtheoretical Model: TTM)*

Im folgenden Modell von Prochaska und DiClemente werden nach Scholz und Schwarzer (2005) sechs verschiedene Phasen der Verhaltensänderung unterschieden. Es werden sowohl motivationale Aspekte, als auch intentionale Variablen mitberücksichtigt.

Die Phasen untergliedern sich in die:

1. Präkontemplation:

Personen, die sich in dieser Phase befinden, denken nicht darüber nach, dass sie ihr Verhalten in den nächsten sechs Monaten ändern wollen.

2. Kontemplation:

In dieser Phase befinden sich Personen, die in den nächsten sechs Monaten über eine Verhaltensänderung nachdenken, aber nicht innerhalb des nächsten Monats.

3. Vorbereitung:

Charakteristisch für dieses Stadium ist, dass Personen bereits in der Vergangenheit Verhaltensänderungsversuche unternommen

haben und nun innerhalb des nächsten Monats über eine Änderung nachdenken.

4. Handlung:

Die Handlung ist die tatsächliche Phase der Verhaltensänderung, die höchstens sechs Monate beträgt.

5. Aufrechterhaltung:

Die Verhaltensänderung wird über eine Zeit von sechs Monaten aufrechterhalten. Zudem werden Strategien als Rückfallprophylaxe entwickelt.

6. Termination:

In diesem Stadium passieren keine Rückfälle mehr und die Person besitzt ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit.

Scholz und Schwarzer (2005) kritisieren an diesem Modell die Zeitkriterien. Ursprünglich wurde davon ausgegangen, dass eine Person die verschiedenen Phasen nacheinander durchlaufen würde. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass die Stadien spiralförmig durchlaufen werden, wobei eine Person in ein bereits durchlaufenes Stadium der Verhaltensänderung zurückfallen kann.

2.3.2.2 Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach: HAPA)

Schwarzer (1992) fasst die verschiedenen Modellvorstellungen in seinem Prozessmodell gesundheitlichen Handelns zusammen. Es beinhaltet sowohl die Ergebniserwartung als auch die Selbstwirksamkeit, die bei ihm als Kompetenzerwartung bezeichnet wird. In seinem Modell unterscheidet Schwarzer den motivationalen Prozess, in dem die Intentionsbildung stattfindet vom volitionalen Prozess, indem die Realisierung gesundheitsbezogenen Handelns erfolgt. Die Motivation beschränkt sich auf die Intentionsbildung, es wird also eine Handlung ausgewählt. Es geht hier um die Entwicklung von Präferenzen. Die Volition hingegen stellt einen Sammelbegriff für alle handlungsbezogenen Kognitionen dar,

während und nach einer Handlung und steht für Ausdauer und Anstrengung.

In der präaktionalen Phase der Volition wird ein Handlungsplan generiert. Die beabsichtigte Handlung wird im Detail geplant. Die Kompetenzerwartung kommt zum Einsatz, die davor bereits bei der Intentionsbildung mitgewirkt hat. Bei der Detailplanung ist es wesentlich, ob jemand auch wirklich davon überzeugt ist, bestimmte Teilhandlungen ausführen zu können. Danach erfolgt die eigentliche Handlung, die entweder ein Gesundheitsverhalten meint oder das Unterlassen eines Risikoverhaltens darstellt. Diese aktionale Phase wird begleitet von der ständigen Handlungsausführungskontrolle, die für das Durchhalten zuständig ist und sorgt, dass die Handlung nicht vorzeitig abgebrochen wird. Sie kann als eine Art metakognitive Kontrollinstanz interpretiert werden, ohne die wir unsere Ziele vor Augen verlieren würden. Die postaktionale Phase ist die Phase der Handlungsbewertung. Hier werden Erfolge und Misserfolge interpretiert. Wenn man glaubt, für seinen Erfolg selbst verantwortlich zu sein, weil man dazu auch fähig ist (Attribution ist internal und stabil), wird die Volitionsstärke gefördert und eine positive Kompetenzerwartung bestätigt. Kein volitionaler Gewinn erfolgt durch eine externale Attribuierung, wenn der Erfolg auf günstige Bedingungen zurückgeführt wird.

Schneider (2006) zufolge, sind die Konstrukte der eben vorgestellten Modelle der Verhaltensänderung nicht immer stabil und widerspruchsfrei. Individuelle Hintergrundvariablen müssen mitberücksichtigt werden wie Werte und Einstellungen genauso wie Kontextvariablen, damit die Konzepte an Aussagekraft gewinnen.

2.3.3 Das Modell des Problemverhaltens (Problem-Behavior Theory)

Das im englischen als „Problem-Behavior Theory“ bezeichnete Modell wird als eigenen und dritten Punkt angeführt, weil ihr ein besonderer Stellenwert dieser Arbeit zugeschrieben wird. Jessor et al. (1998) zufolge, beschäftigen sich viele Modelle mit gesundheitsbezogenen Entscheidungen anstatt dass sie versuchen, die Eingebundenheit gesundheitsbezogener Verhaltensweisen genau zu erklären.

Das Modell bietet einen umfassenden sozial-psychologischen Rahmen zur Verhaltensklärung und ein Rahmengefüge für das Risikoverhalten Jugendlicher (Donovan et al., 1991). Die Autoren unterscheiden Problemverhaltensweisen von „konventionsgetreuen“ Verhalten: Problemverhalten wird von der Gesellschaft definiert und muss immer im Bezug zur Altersnorm betrachtet werden. Beispiele dafür sind Alkohol- und Drogenkonsum oder frühzeitiges Sexualverhalten. Konventionsgetreues Verhalten auf der anderen Seite beinhaltet die Einbindung in die Schule oder in die Kirche und stellt jene Verhaltensweisen dar, die erwartet oder erwünscht werden.

Jedes Verhalten resultiert aus einer Person-Umwelt Interaktion, wobei einzelne Variablen, die im System enthalten sind, durch eine Änderung einer anderen beeinflusst werden können (Jessor, 2001).

Das Erklärungsmodell besteht aus vier Hauptsystemen, die den größten Einfluss auf Verhaltensebene ausüben: Das Persönlichkeitssystem, das wahrgenommene Umweltsystem, das soziale Umfeld und das Verhaltenssystem. In jedem dieser Systeme sind Variablen enthalten, die entweder zu Problemverhalten verleiten oder dieses reduzieren können. Die Autoren sprechen von sogenannten Schutzfaktoren und Risikofaktoren, die in jedem Teilsystem vorkommen (Jessor, 1991; Jessor, 2001). Das Persönlichkeitssystem inkludiert Einstellungen und Werte über sich selbst und über die Gesellschaft. Das Selbstwertgefühl befindet sich in diesem System. Auf der Verhaltensebene sind beispielsweise der Alkohol-, Drogen- und Zigarettenkonsum oder das Ernährungsverhalten

angesiedelt. Zum wahrgenommenen Umweltsystem gehören sowohl die Familie als auch der Freundeskreis, die als Vorbilder fungieren und einen bedeutenden Einfluss auf das Verhalten Jugendlicher ausüben. Das soziale Umfeld beinhaltet beispielsweise die Schule oder soziodemografische Variablen wie ein geringes Einkommen. Einen Überblick über einzelne Risiko- und Schutzfaktoren in den Systemen gibt Tabelle 3 wieder.

Tabelle 3: *Überblick über einige Risiko- und Schutzfaktoren in der Problem-Behavior Theory*

	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<i>Persönlichkeits-system</i>	Geringes Selbstwertgefühl, nicht religiös	Gesundheitsbewusste Einstellungen
<i>Verhaltenssystem</i>	Drogen-, Alkohol u. Zigarettenkonsum	Einbindung in Schulaktivitäten, Kirche
<i>Wahrgenommenes Umweltsystem</i>	Freunde, die Problemverhaltens- weisen ausführen, Stress	Kontrolle durch die Eltern, gutes Familienklima
<i>Soziales Umfeld</i>	Niedriger sozioökonomischer Status	Schule, Familienkonstellation, Freundschaften

2.4 Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren

Ausgehend von verschiedenen Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten (z.B.: Bilz & Melzer, 2005; Dür & Griebler, 2007; Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007), gibt es eine breite Palette von Faktoren, die eine Auswirkung auf die Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten haben können. Auf folgende Bereiche wird im Detail eingegangen: Das Geschlecht, Persönlichkeitseigenschaften, die Familie, den Freundeskreis, die Schule, den sozioökonomischen Status, die Religion und das Erleben von Stress und depressiven Gefühlen.

2.4.1 Geschlecht

Helfferrich zufolge (2001) haben Jungen bis zur Pubertät mehr gesundheitliche Probleme als Mädchen. Im Jugendalter kehrt sich der Trend um. Jungen sind häufiger gewalttätig, konsumieren mehr Alkohol und Drogen und sind häufiger von Verletzungen durch Unfälle betroffen. Mädchen klagen häufiger über psychosomatische und emotionale Störungen. Auch Raithel (2003a) zufolge zeigen Buben mehr nach außen gerichtete und Mädchen eher nach innen gerichtete Verhaltensweisen.

Zenker (2005) zufolge sind allgemein mehr Männer als Frauen von risikoreichen Konsumverhalten und einer Abhängigkeit betroffen. In einer USA-weiten Studie haben 8% der 12-bis 17-jährigen Jugendlichen beiderlei Geschlechts Alkohol bzw. illegale Drogen missbraucht. In der Erwachsenenbevölkerung waren es 10% der Männer und 5% der Frauen.

Mädchen verhalten sich risikoreicher bezüglich der Ernährung, was sich in Essstörungen ausprägen kann (Berger, 2006) und neigen häufiger zu Depressionen (Charbonneau, Mezulis & Shibley-Hyde, 2009; Helfferrich, 2001).

Dür und Mravlag (2002) zufolge bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des subjektiven Gesundheitszustands bei den 15-jährigen SchülerInnen: Mädchen berichten über einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand als Burschen. Es lässt sich ein leichter

statistisch signifikanter negativer Trend der subjektiven Gesundheit seit 1990 feststellen, der sich in allen Alters- und Geschlechtsgruppen bemerkbar macht. Mit dem Älterwerden der SchülerInnen steigt auch die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Zu gleichen Ergebnissen kamen Ravens-Sieberer et al. (2002).

Dem Wiener Jugendgesundheitsbericht zufolge (2002) bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in sehr vielen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens: Im Bezug auf das Stresserleben berichten signifikant häufiger junge Frauen als junge Männer, dass sie davon betroffen sind. Andere Studien kamen zu demselben Ergebnis (Charbonneau et al., 2009).

Allgemein lässt sich sagen, dass 14- bis 20-jährige Frauen mit ihrer Gesundheit unzufriedener sind als junge Männer.

2.4.2 Persönlichkeit

Eine Persönlichkeitseigenschaft (z.B.: Ängstlichkeit) ist ein relativ stabiles Verhaltensmuster, dass in bestimmten Situationen vorkommt (Becker, 2002).

Persönlichkeitseigenschaften werden immer wieder mit Gesundheitsverhalten in Beziehung gesetzt. Probleme bei der Selbststeuerung während der Kindheit (Aufmerksamkeitsstörungen, schwieriges Temperament) oder ein Übermaß an Ängstlichkeit und sozialer Gehemmtheit stehen im Zusammenhang mit späteren Auftreten gesundheitsschädigenden Verhaltens (Pinquart & Silbereisen, 2002).

Das Geschlecht und andere soziodemografische Variablen üben einen starken Einfluss auf Persönlichkeitsmessungen aus (Schneider, 2006).

Becker (2002) zufolge weist die Dimension Neurotizismus des NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) die engsten Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften und der Gesundheit auf. Eine hohe Ausprägung auf der Neurotizismus-Skala steht teilweise in Zusammenhang mit dem Rauchen und mit riskanten Fahrverhalten, ein niedriger Neurotizismuswert geht mit Junk-Food Konsum und

regelmäßigen Schlaf einher (Torgersen & Vollrath, 2006). Auch Terracciano und Costa (2004) fanden höhere Neurotizismuswerte bei Rauchern im Gegensatz zu Nichtrauchern. Außerdem geht das Rauchen mit niedrigeren Ausprägungen der Skalen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit einher.

In einer Untersuchung von Vollrath et al. (1999) konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Neurotizismus-Skala und gesundheitsriskanten Verhaltensweisen bestätigt werden, jedoch kleine aber signifikante Korrelationen mit der Skala Extraversion: Eine hohe Ausprägung korreliert positiv mit dem Ausmaß an Betrunktheit und mit riskanten Sexualverhalten.

Torgersen und Vollrath (2006) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen der Skala Extraversion und Bewegung. Die Ergebnisse deuten aber auch auf einen Zusammenhang zwischen einer hohen Ausprägung der Extraversion-Skala und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie Drogen-, Alkohol- und Zigarettenkonsum hin.

Becker (2002) zufolge bestehen bezüglich den Dimensionen Extraversion und Gewissenhaftigkeit nur schwache Zusammenhänge mit der Gesundheit.

Bogg und Roberts (2004) konnten negative Zusammenhänge zwischen der Gewissenhaftigkeit-Skala und gesundheitsriskanten Verhaltensweisen wie exzessiven Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Zigarettenrauchen, ungesunden Essverhalten und riskanten Sexualverhalten nachweisen. Zusammenhänge solcher Art werden auch von anderen Autoren berichtet (Markey et al., 2003; Torgerson & Vollrath, 2006; Vollrath et al., 1999).

In einigen Untersuchungen wurde eine negative Korrelation zwischen der Skala Verträglichkeit und der Ausführung von Risikoverhaltensweisen bestätigt (Becker, 2002; Markey et al., 2003; Vollrath et al., 1999).

Bezüglich der Skala Offenheit für Erfahrung gibt es wenig Befunde. Vollrath et al. (1999) zufolge besteht ein positiver und sehr geringer Zusammenhang mit riskanten Sexualverhalten.

2.4.3 Familie

Die Familie leistet einen wichtigen Beitrag bezüglich des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen. Eltern fungieren als Vorbilder und haben einen direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ihrer Kinder: Werden von ihnen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen vorgelebt, so kann dies als Schutzfaktor für die Jugendlichen angesehen werden (Jessor, Turbin & Costa, 1998; Pinquart & Silbereisen, 2002). Soziale elterliche Normen üben vor allem einen Einfluss auf gesundheitsbezogene Einstellungen aus (Wood-Baker, Little & Brownell, 2003). Der Einfluss auf das Verhalten erfolgt demnach indirekt über die Einstellungen und ist geringer ausgeprägt.

Soziale Beziehungen innerhalb der Familie sind von großer Bedeutung: Emotionen, Zärtlichkeiten, Körperkontakt, soziale Unterstützung und gemeinsame Aktivitäten stehen im Zusammenhang mit dem Verhalten von jungen Erwachsenen. Instabilitäten innerhalb der Familie können zu massiven Belastungen führen (Dür & Griebler, 2007; Hurrelmann, 2002; Williams et al., 2002). Eine warme und intime Beziehung mit den Eltern kann als Schutzfaktor angesehen werden (Dekovic et al., 2004).

Nichtfamiliäre Formen des Zusammenlebens kommen heute sehr häufig vor, der Anteil an Eheschließungen hat stark abgenommen (Palentien, 2001). Jugendliche aus Alleinerzieherfamilien weisen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, gesund zu sein (Dür & Griebler, 2007; Jessor et al., 1998; Lampert & Richter, 2009) und sind häufiger von physischen – wie Kopfschmerzen und Schlafprobleme - und psychischen – wie Einsamkeit und Traurigkeit - betroffen (Spriggs-Madkour, Farhat, Tucker-Halpern, Godeau und Nic-Gabhainn, 2010).

In Familien mit geringem Zusammenhalt, die keine klaren Regeln setzen und wenig Autonomie gewähren, zeigen Jugendliche eher riskantes Gesundheitsverhalten (Dür & Griebler, 2007, Turner et al., 1993). Je weniger die Eltern über ihre Kinder Bescheid wissen, desto häufiger

werden Problemverhaltensweisen ausgeführt (Reitz, Prinzie, Dekovic & Buist, 2007; Soper, Wolchik, Tein & Sandler, 2010).

Eltern, die rauchen, stellen einen weiteren Risikofaktor für die Ausführung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen Jugendlicher dar (Jessor et al., 1998). Villanti et al. (2011) zufolge, haben die Kinder umso häufiger Erfahrung mit dem Rauchen gemacht, je häufiger zu Hause geraucht wurde.

Defizite im familiären Zusammenhalt begünstigen das Rauchen, Alkohol trinken und den Konsum von Drogen (Erhart et al., 2007). Dieser Zusammenhang ist bei den Mädchen geringfügig stärker ausgeprägt.

2.4.4 Peergruppe

Genauso wie die Familie hat auch der Freundeskreis einen direkten Einfluss auf die Gesundheit Jugendlicher. Während mit dem Älterwerden der Einfluss der Familie abnimmt, steigt dieser bei der Peergruppe an (Reitz et al. 2007). Jugendliche erfahren durch das Verhalten Anerkennung (Raithel, 2003a). Werden von der Peergruppe gesundheitsförderliche Verhaltensweisen vorgelebt, wird man mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst auch dieses Verhalten ausüben (Hurrelmann, 2002; Jessor et al., 1998; Piquart & Silbereisen, 2002; Williams et al., 2002; Wood-Baker et al., 2003).

Besonders deutlich wird der hohe Stellenwert der Gleichaltrigengruppe beim Tabak-, Alkohol und Drogenkonsum (Lampert & Richter, 2009). Junge Erwachsene fühlen sich beim Rauchen in der Gruppe gelöster und kommunikativer als Nichtraucher (Fisher & Petermann, 1998).

Für Jugendliche ist die Anerkennung durch Gleichaltrige besonders wichtig, mit denen sich junge Erwachsene in Cliquen treffen. Jugendliche mit konfliktreichen Familienbeziehungen, Schulversagen oder etwa Orientierungslosigkeit nutzen diese Gruppen, um ihre Probleme verarbeiten zu können (Wetzstein & Würtz, 2001).

Die meisten Jugendlichen haben mehrere Freunde und treffen diese auch regelmäßig. Bei den 15-jährigen Mädchen ist ein Zuwachs an Peerkontakten seit 1998 zu erkennen (Dür & Mravlag, 2002).

Jugendliche mit mehreren sozialen Kontakten rauchen öfter und trinken häufiger Alkohol als jene mit weniger sozialen Kontakten (Erhart et al., 2007). Dieser Zusammenhang tritt bei Mädchen verstärkt auf. Zu ähnlichen Ergebnisse kamen auch Reitz et al. (2007).

Jugendliche, die täglich rauchen, haben mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit (81.5%) einen besten Freund oder eine beste Freundin, der/die ebenfalls raucht. Das Rauchen der Peers steht auch in Zusammenhang mit anderen Risikoverhaltensweisen (Bilz & Melzer, 2005).

Einer Untersuchung von Jessor et al. (1998) zufolge, stellen Freunde, die häufig Junk-Food essen, einen Risikofaktor für die Gesundheit dar.

2.4.5 Schule

Die Schule hat einen besonderen Einfluss auf die Jugendlichen (Palentien, 2001; Williams et al., 2002): Kinder und Jugendliche verbringen heute viel mehr Zeit in der Schule als früher. Es besteht der Trend zur höheren schulischer Qualifikation und Bildung. Verstärkt wird dieser Trend durch den Leistungsdruck von Seiten der Eltern. Die Einbindung in die Schule hat einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten (Jessor et al., 1998; Kim, Guerra & Williams, 2008; Najaka, Gottfredson & Wilson, 2001). In der Schule werden sowohl Verhaltensgewohnheiten als auch Persönlichkeitseigenschaften und soziale Fertigkeiten vermittelt (Jerusalem et al., 2003).

Dür und Mravlag zufolge (2002) nimmt die Unterstützung von Seiten der LehrerInnen mit zunehmendem Alter ab. Einer Untersuchung von Turner et al. (1993) zufolge, versäumen diejenigen SchülerInnen seltener den Unterricht, die bei beiden Elternteilen leben. Außerdem führen Jugendliche, die häufig die Schule versäumen, öfter gesundheitsriskante Verhaltensweisen aus. Ein hoher akademischer Leistungswert korreliert mit gering ausgeprägten Problemverhalten (Najaka et al., 2001).

Eine gute Beziehungsqualität hat Einfluss auf die schulische Belastung (Lampert & Richter, 2009; Wiener Jugendgesundheitsbericht, 2002). SchülerInnen, die eine gute Beziehung zu MitschülerInnen und LehrerInnen aufweisen, sind eher gesund und weisen auch häufiger gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auf (Dür & Griebler, 2007).

Pinquart und Silbereisen (2002) zufolge geht Schulversagen mit erhöhten Substanzkonsum einher.

2.4.6 Sozioökonomischer Status

Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten variieren mit dem sozioökonomischen Status der Familien: Für Jugendliche aus besser gestellten Familien ist die Chance, gesund zu sein, deutlich höher als für Familien mit geringerem Wohlstand (Dür & Griebler, 2007; Hurrelmann, 2002; Jessor et al., 1998).

Besonders AlleinerzieherInnen stellen durch verringerte Einkommen- und Erwerbschancen wegen der Kinderbetreuung eine Risikogruppe dar (Lampert & Richter, 2009). Folgen familiärer Notlagen können eine Beeinträchtigung auf die psychosoziale Lebensqualität des Kindes sein, schlechte Ernährungsgewohnheiten und riskante Verhaltensweisen (Pochobradsky et al., 2002).

Ein hoher Bildungsabschluss steht in Zusammenhang mit einem besseren Gesundheitsverhalten, vor allem in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchen, nicht aber in Bezug auf den Alkoholkonsum (Hradil, 2009). Gebildete Mittelschichtangehörige haben eine größere Chance, länger zu leben aufgrund gesünderer Lebensweisen sowie der leichteren medizinischen Zugänglichkeit (Schwarzer, 1992). Der subjektive Gesundheitszustand korreliert mit der Schichtzugehörigkeit: Angehörige aus der Unterschicht schätzen ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein als jene, die höheren Schichten angehören (Laubach, Schumacher, Mundt & Brähler, 2000).

In einer Untersuchung an slowakischen Jugendlichen verhielten sich Jugendliche aus unteren Schichten risikoreicher in Bezug auf Rauchen,

Drogen, das Bewegungsverhalten und Alkohol (Geckova, Van Dijk, Groothoff & Post, 2002).

Dür und Griebler (2007) zufolge weisen aber Jugendliche aus besser gestellten Familien ein erhöhtes Risiko auf, betrunken zu sein.

In einer Untersuchung von Turner et al. (1993) waren Jugendliche umso seltener sexuell erfahren, je höher die Schulbildung der Mutter war.

2.4.7 Religion

Religiosität muss als mehrdimensionales Konstrukt verstanden werden: Man unterscheidet beispielsweise die aktive Einbindung in eine Gemeinschaft (z.B.: Gottesdienstbesuch) von Handlungen, die im Alltag vollzogen werden wie regelmäßiges Beten (Mehnert & Koch, 2002).

Jessor et al. (1998) zufolge kann Religiosität als Schutzfaktor für gesundheitsbezogene Handlungen angesehen werden.

Die Ergebnisse bezüglich der Religiosität sind widersprüchlich. Religiosität scheint eine krankheitsschützende Funktion zu haben (Mehnert & Koch, 2002). Religiöse Menschen weisen auch ein höheres Ausmaß an Lebenszufriedenheit auf und sind weniger von Depressivität und impulsiven Verhalten betroffen. In einer Untersuchung von Jessor et al. (1998) konnte Religiosität mit dem Nichtausüben von normabweichenden Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht werden.

2.4.8 Stress

Man unterscheidet kurzfristigen, akuten Stress von langandauernden, chronischen Stress. Beide Formen stellen ein Risiko und damit ein Gesundheitsproblem dar (Kudielka & Kirschbaum, 2002).

Ein erhöhtes Stressausmaß steht in Zusammenhang mit riskanten Gesundheitsverhaltensweisen (Jessor et al., 1998; Pinquart & Silbereisen, 2002). Dem Wiener Jugendgesundheitsbericht (2002) zufolge berichten junge Frauen in einem höheren Ausmaß Stress – bis dreimal so viel – als junge Männer. Meadows, Scott-Brown und Elder (2006) zufolge fördern stressreiche Ereignisse vor allem bei den Mädchen depressive Gefühle.

Galaif, Sussman, Chou und Wills (2003) berichten über einen Zusammenhang zwischen früh erlebten Stress und dem Drogenkonsum. Soziale Unterstützung stellt einen Schutzfaktor da, weil dadurch das Stressempfinden vermindert werden kann.

Siddique und D'Arcy (1984) zufolge steigt das Stressempfinden mit dem Alter an: In ihrer Untersuchung, wo 15- bis 18-jährige Jugendliche befragt wurden, berichteten die Älteren über ein höheres Stresserleben.

2.4.9 Depression und Hoffnungslosigkeit

In den letzten Jahren ist eine Zunahme von psychischen Störungen zu verzeichnen (Hurrelmann, 2002). Die Depression ist in der Bevölkerung weit verbreitet mit einem Anteil zwischen 2-10%. Es sind häufiger Frauen als Männer betroffen (Galaif et al., 2003; Hurrelmann, 2002; Klauer, 2002; Meadows et al., 2006). In der Pubertät erfahren Jugendliche körperliche Veränderungen, die mit depressiven Gefühlen einher gehen können (Edwards, Rose, Kaprio & Dick, 2010).

Der Begriff Depression bezieht sich auf eine negative, traurige und antriebslose Stimmung, die mit Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühlen bis hin zu Suizidgedanken einhergeht (Klauer, 2002).

In einer Untersuchung von Ursoniu, Putnoky, Vlaicu und Vladescu (2009) gaben 15.4% der SchülerInnen (zwischen 14 und 19 Jahren) an, im

letzten Jahr Suizidgedanken gehabt zu haben. Davon haben 6.1% einen Suizidversuch unternommen. Den Autoren zufolge gibt es Zusammenhänge mit anderen riskanten Verhaltensweisen wie z.B.: mit hoffnungslosen und traurigen Gefühlen, schlechten Leistungen in der Schule und einer ungünstigen Beziehung zu den Eltern.

Krank et al. (2011) konnten in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen der Skala Hoffnungslosigkeit und Substanzkonsum feststellen.

Depressive Gefühle hängen mit dem Stressempfinden positiv zusammen. Weibliche depressive Jugendliche berichten außerdem von geringer sozialer Unterstützung (Galaif et al., 2003).

Im Gegensatz dazu kann ein hohes Zugehörigkeitsgefühl als Schutzfaktor betrachtet werden: Jugendliche, die sich zur Familie oder zum Freundeskreis zugehörig fühlen (Baskin, Wampold, Quintana & Enright, 2010) oder elterliche Unterstützung erfahren (Meadows et al., 2006), sind seltener von Depressionen betroffen.

2.5 Spezielle Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen

Während zu den gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, Zahnhygiene oder etwa die Verhütung zählen, beinhalten die gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen beispielsweise Alkohol- und Drogenkonsum (Pinquart & Silbereisen, 2002).

Einige Verhaltensweisen sind nicht unabhängig voneinander, sondern korrelieren untereinander. Raithel (2002) konnte in seiner Untersuchung einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer hochwertigen Ernährung und der Zahnpflege sowie der Sportaktivität feststellen. Ein ungünstiger Lebensmittelkonsum hängt hingegen mit dem Konsum von Alkohol und Zigaretten sowie mit Waghalsigkeit und Risikofreudigkeit statistisch signifikant zusammen (s. Kapitel 2, S.5, Tabelle 1).

Folgendes Kapitel gibt einen detaillierten Überblick über die einzelnen Verhaltensweisen, die entweder einen positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit haben können.

2.5.1 Schlafverhalten

Ein ausreichender und auch ein ungestörter Schlaf ist sehr wesentlich für die Gesundheit. Fast ein Drittel des Lebens wird mit Schlafen verbracht. Die durchschnittliche Schlafdauer beträgt im Mittel siebeneinhalb Stunden. Uneinigkeit besteht über die Funktion des Schlafens: Die Theorien reichen von schützenden Funktionen bis hin zu erneuerten Funktionen des Schlafens. Klar ist, dass Schlafentzug mit erhöhtem Stress einhergeht (Schulz, 2002).

Schlechte Schlafgewohnheiten werden mit Beeinträchtigungen im emotionalen- und Verhaltensbereich in Verbindung gebracht. Schlafprobleme haben Stimmungsschwankungen, zwischenmenschliche Probleme und Schulabwesenheit zur Folge (Roberts, Roberts & Chen, 2001). In einer älteren Studie (Kirmil-Gray, Eagleston, Gibson & Thoreson,

1984) konnten schlechte Schlafgewohnheiten mit depressiven und negativen Gefühlen in Zusammenhang gebracht werden. Jugendliche beschrieben sich selbst als energielos, leicht ablenkbar und häufiger gestresst. Während in ihrer Untersuchung mehr Mädchen als Buben von Schlafproblemen betroffen sind, konnten Roberts et al. (2001) in ihrer Stichprobe keine Geschlechtsunterschiede feststellen, jedoch einen Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Demnach geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit mehr Schlafproblemen einher.

Das Schlafmuster unterscheidet sich zwischen jüngeren und älteren Jugendlichen (McHale, Yeon-Kim, Kan & Updegraff, 2010): Jüngere schlafen durchschnittlich länger und das Schlafverhalten der Älteren variiert stärker von Nacht zu Nacht. Die Autoren fanden außerdem Zusammenhänge mit dem BMI (Body-Mass-Index), dem Familienklima, der Schulbildung der Eltern und mit Risikoverhalten: Jugendliche, die durchschnittlich mehr Stunden in der Nacht schlafen, weisen geringere BMI-Werte auf, erfahren ein positiveres Familienklima und führen seltener Risikoverhaltensweisen aus. Ein geringe Schlafdauer hängt positiv mit dem Bildungsniveau der Eltern zusammen.

2.5.2 Zahngesundheit

Die Zahngesundheit ist von der Ernährungsweise, der Mundhygiene und von der Versorgung mit Fluoriden abhängig (Pochobradsky et al., 2002).

Plaquesbeläge auf den Zähnen enthalten Bakterien, die durch Zucker Säure erzeugen, den Zahnschmelz angreifen und Karies verursachen können (Luciak-Donsberger, 2002).

Weitere Risiken für gesunde Zähne stellen neben den bereits erwähnten auch der Konsum von Alkohol und Tabak und Stress dar (Luciak-Donsberger, 2002).

Der sozioökonomische Status, Erziehungsmaßnahmen und die elterliche Vorbildsfunktion haben eine Auswirkung auf die Zahngesundheit von Jugendlichen (Pochobradsky et al., 2002).

Mädchen legen mehr Wert auf gesunde Zähne und gehen auch häufiger zum Zahnarzt als Burschen (Wiener Jugendgesundheitsbericht, 2002).

Durchschnittlich putzen sich Jugendliche ihre Zähne zwei Mal täglich (Raithel, 2002).

2.5.3 Körperliche Aktivität

Körperliches Training erweist sich von großer gesundheitlicher Bedeutung (Schwarzer, 1992): Regelmäßige Ausübung von Sport hat einen positiven Einfluss auf den Blutdruck, auf die Knochendichte, auf die Reduzierung von Übergewicht und auf das Immunsystem. Während das Ausmaß an körperlicher Aktivität sinkt, steigt die Anzahl an kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes (Elmadfa & Weichselbaum, 2005) und allgemein degenerativen Erkrankungen (Rütten & Abu-Omar, 2003). Sygusch (2005) zufolge hat körperliche Aktivität unter den Jugendlichen einen hohen Stellenwert und wird auch häufig ausgeführt.

In einer SchülerInnenuntersuchung von Raithel (2002) konnte festgestellt werden, dass 30% der befragten Jugendlichen regelmäßig mindestens drei Mal die Woche in einem Verein oder ein Fitnessstudio gehen. 20% gaben an, häufig in diesem Umfang Sport zu betreiben. 11% gaben an, täglich mehr als vier Stunden vor Computer, Videospielen und bzw. oder vor dem Fernseher zu sitzen. Der Fernseher und Computer ist bei vielen Jugendlichen fest in den Alltag integriert (Hurrelmann, 2002).

Sportaktive Jugendliche konsumieren Substanzmitteln in einem geringeren Ausmaß und achten häufiger auf eine gesunde Ernährung (Raithel, 2006). Sygusch (2005) zufolge hat Sport neben seinen positiven Auswirkungen auch riskante Folgen für die Gesundheit: Er stellt eine Art Bewältigungsform dar, die mit Tabak- und Alkoholkonsum, Unfällen und Essstörungen einhergehen können.

Sowohl das Alter als auch das Geschlecht haben eine Auswirkung auf die körperliche Aktivität: Jüngere Jugendliche betreiben mehr Sport als Ältere (Dür & Griebler, 2007) und Buben sind häufiger körperlich aktiv als

Mädchen (Pinquart & Silbereisen, 2002; Raithel, 2006; Riepl & Blum, 2008; Schwarzer, 1992).

2.5.4 Tabakkonsum

Rauchen begünstigt Erkrankungen der Atemwege, kardiovaskuläre Krankheiten und die Ausbildung von Lungenkrebs, sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen (Li, Unger, Schuster, Rohrbach, Howard-Pitney & Norman, 2003).

Nikotin hat sowohl kurz- als auch mittelfristige Effekte: Durch Rauchen steigt der Blutdruck und die Herzfrequenz und Hormone wie Adrenalin und Noradrenalin werden freigesetzt. Es kommt kurzfristig zu einer verbesserten Konzentrations- und Gedächtnisleistung und einem Nachlassen des Stressempfindens (Keller, 2002).

Der Tabakkonsum ist bei den 12- bis 17-Jährigen zwischen 1993 und 2001 deutlich angestiegen und zwar zugunsten der Mädchen (Zenker, 2005). Nach Kolip (2002) haben sich Mädchen und Jungen in den letzten Jahren weitgehend angeglichen. Die Raucherquoten unterscheiden sich nicht, es lassen sich aber qualitative Unterschiede dahingehend feststellen, dass rauchende Mädchen weniger Zigaretten konsumieren und der Anteil derer, die zu „harten“ Tabakprodukten greifen (filterlose Zigaretten, selbst gedrehte Zigaretten, Zigaretten mit hohem Teergehalt) bei den Jungen höher ist. In einer Untersuchung von Villanti et al. (2011) konnten keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Während 18.8% der befragten Jugendlichen angaben zu rauchen, haben 24.9% schon einmal geraucht, aber nicht in den letzten 30 Tagen.

Zigaretten Rauchen hängt mit vielen anderen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen zusammen, insbesondere mit dem Alkohol- und Marihuanakonsum (Raithel, 2002).

Der Freundeskreis übt einen besonders hohen Einfluss auf das Rauchverhalten Jugendlicher aus: Wird im engeren Freundeskreis geraucht, besteht ein erhöhtes Risiko, dass Jugendliche selbst zur

Zigarette greifen (Jerusalem et al., 2003). Nach Villanti et al. (2011) spielt dabei das Alter eine entscheidende Rolle: Der Einfluss vom Freundeskreis ist unter den 10-13 Jährigen größer als bei den 14-17 Jährigen.

Li et al. (2003) konnten einen Zusammenhang zwischen sozialem Druck und dem Rauchen sowie zwischen der subjektiven Einschätzung der Gesundheitsbedrohung und dem Rauchen feststellen. Während hoher sozialer Druck bezüglich des Rauchens mit häufigeren Konsum einhergeht, ist der Konsum niedriger, je höher das Ausmaß der subjektiven Gesundheitsbedrohung eingeschätzt wird.

Dür und Griebler (2007) zufolge haben unter den 15-jährigen SchülerInnen bereits 64.6% mit der Zigarette experimentiert. Jeder zweite Experimentierraucher geht jedoch über dieses Verhalten hinaus. 7.6% der SchülerInnen greifen täglich zur Zigarette (19.0% der 15-jährigen Burschen und 20.1% der 15-jährigen Mädchen).

2.5.5 Alkoholkonsum

Alkohol hat eine stimmungsaufhellende Wirkung, verringert Ängste und erleichtert den Zugang zu sozialen Kontakten (Ettrich & Fisher-Cyrules, 2005). Der Konsum dieser „legalen Droge“ ist ein charakteristisches Merkmal der Jugendphase. Bei ungefähr 90% der Jugendlichen, die Alkohol trinken, bleibt der Konsum auf das Jugendalter begrenzt. Alkohol trinken hat verschiedene Funktionen wie z.B.: die Übernahme von Rollen, die auch Erwachsene innehaben (Jessor, 1991; Raithel, 2003a; Raithel, 2006; Silbereisen & Weichold, 2002).

Hurrelmann (2002) zufolge, ist der Alkoholkonsum zwischen den Geschlechtern etwa gleich stark ausgeprägt. Auch in einer Untersuchung von Ouellette, Gerrard, Gibbons und Reis-Bergan (1999) konnten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der Trinkhäufigkeit festgestellt werden. Bezüglich der Erwartungen gaben die meisten Jugendlichen an, durch den Alkoholkonsum mehr Interesse im anderen Geschlecht zu erwecken.

Bates und Labouvie (1995) konnten einen Zusammenhang zwischen abweichenden Verhalten im Freundeskreis und dem Ausmaß des Alkoholkonsums feststellen.

Die Folgen des Alkoholtrinkens reichen von Schulproblemen, Problemen in sozialen Beziehungen, sexuelles Risikoverhalten bis hin zu abweichenden Verhalten (Pinquart & Silbereisen, 2002; Silbereisen & Weichold, 2002).

Viele Jugendliche, die Alkohol trinken, geben auch an, dass sie rauchen (Fandler, Scheer, Rödl & Müller, 2008).

Der tägliche Alkoholkonsum ist bei den Wiener Jugendlichen geringer als in den anderen Bundesländern. Dennoch trinken 10% der 14- bis 24-jährigen Männer täglich mehr als einen Liter Bier (Wiener Jugendgesundheitsbericht, 2002).

Studien ergeben, dass männliche Jugendliche häufiger alkoholische Getränke konsumieren und die Mengen größer sind (Kolip, 2002; Raithel, 2003a, Zamboanga et al., 2004; Zenker, 2005). Bei den Mädchen ist jedoch eine verstärkte Zunahme zu verzeichnen (Fandler et al., 2008).

Dem HBSC-Survey (Dür & Giebler, 2007) zufolge konsumieren 14.9% der SchülerInnen regelmäßig Alkohol (15-jährige Burschen: 41.2%, 15-jährige Mädchen: 32.3%). 12.1% waren in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken.

2.5.6 Ernährungsverhalten

Das Ernährungsverhalten hat einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Themen wie Essen, Figur und Gewicht stehen vor allem bei Mädchen im Mittelpunkt, wenn sie in die Pubertät kommen (Berger, 2006). Trotz der Nahrungsmittelvielfalt kommt es vor allem unter den Mädchen zu einem „freiwilligen Hungern“ aufgrund von Schönheitsidealen (Raithel, 2002). Übergewicht hat einen bedeutenden Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung und gerade dicke Jugendliche haben häufig mit Vorurteilen zu kämpfen (Sygusch, 2005).

Übergewicht geht mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, einem negativen körperlichen Erscheinungsbild und bei den Mädchen mit einer reduzierten wahrgenommenen sozialen Akzeptanz einher. Die Werte sind bei den weiblichen Jugendlichen geringer ausgeprägt (Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson & Hill, 2006).

Obwohl sich durch eine ausgewogene Ernährung viele Krankheiten verhindern lassen, wird dieser oft nur wenig Beachtung geschenkt. Das Ernährungsverhalten ist häufig von Einseitigkeit und Übermaß betroffen, Übergewicht wird für immer mehr Menschen zum Gesundheitsproblem (Diedrichsen, 2002; Rütten, A. & Abu-Omar, K., 2003). Es besteht ein Mangel an vollwertiger Ernährung bei gleichzeitigen Überkonsum von Zucker, Fett und Salz (Hurrelmann, 2002; Pochobradsky et al., 2002).

Dem Wiener Jugendgesundheitsbericht (2002) zufolge besteht eine Mangelernährung in Form von Vitaminmangel und Untergewicht sehr häufig bei jungen Frauen. Bei 35% der 14- bis 24-jährigen jungen Frauen wurde Untergewicht und bei weiteren 6% starkes Untergewicht festgestellt. Weibliche Jugendliche sind zwar überdurchschnittlich oft an gesunder Ernährung interessiert und informiert, was aber keine Auswirkung auf die tatsächliche Ernährung hat. Berger (2006) zufolge ist das Diätverhalten oder etwa die Körperwahrnehmung von Jugendlichen besonders auffällig. Mädchen ernähren sich zwar gesünder, essen häufiger Obst und Gemüse und seltener Süßigkeiten, lassen aber häufiger Mahlzeiten aus und machen gewichtsreduzierende Diäten, die den Einstieg in Essstörungen begünstigen (Kolip, 2002). Durch Diät schlank zu werden wird auch häufig als Mittel herangezogen - vor allem von weiblichen Jugendlichen - um mehr Freunde zu finden und soziale Anerkennung zu erhalten (Pinquart & Silbereisen, 2002).

In einer Studie von Wood-Baker et al. (2003) konnten soziale Normen das Ernährungsverhalten indirekt über gesundheitsbezogene Einstellungen vorhersagen.

Eine SchülerInnenbefragung von Raithel (2002) ergab, dass sich Mädchen signifikant gesünder ernähren als die Burschen und dass der Konsum von hochwertigen Lebensmitteln mit wachsendem Alter – jedoch nur bei den Mädchen – steigt. Eine Untersuchung von Beckert-Zieglschmid (2005) bestätigte eine gesündere Ernährung beim weiblichen Geschlecht. Elmadfa und Weichselbaum (2005) zufolge sind Buben häufiger von Übergewicht und Fettleibigkeit betroffen als die Mädchen.

Die Ergebnisse des HBSC-Survey's (Dür & Griebler, 2007) ergeben, dass 35.9% der SchülerInnen sich als zu dick einschätzen (bei den Burschen 28.9% und bei den Mädchen 42.8%). Aufgrund des tatsächlichen BMI's waren 12.4% als übergewichtig oder adipös einzustufen. Hurrelmann zufolge (2002) sind mindestens 10% der Schulkinder in einer ernsthaften Weise übergewichtig.

Eine hochwertige Ernährung hängt statistisch signifikant positiv mit der Zahnpflege und der Sportaktivität zusammen und statistisch signifikant negativ mit Bewegungsmangel (Raithel, 2002). Weiters hängt eine minderwertige Ernährung mit waghalsigen Aktivitäten und der Risikofreudigkeit zusammen. Ein schlechtes Ernährungsverhalten korreliert mit substanzmittelbezogenen Risikoverhaltensweisen (Alkohol, Zigaretten und Marihuana).

2.5.7 Drogen

Drogen haben eine Wirkung auf psychische Prozesse und somit auf das Zentralnervensystem. Durch den Konsum von Drogen kommt es zu Veränderungen der Stimmungslage, Gefühle und der Wahrnehmung. Drogen beinhalten legale und illegale Drogen. Zu den legalen Drogen gehören der Alkohol- und Tabakkonsum, die schon beschrieben wurden. Zu den illegalen Drogen zählen neben Marihuana (Cannabis) - die weit verbreitetste Droge - auch Halluzinogene (LSD), Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Opiate (Soellner, 2002).

Der Konsum von legalen und illegalen Drogen gehört zum Erwachsenwerden dazu. Der Drogenkonsum findet sehr häufig in der

Gleichaltrigengruppe statt und wird von den meisten Jugendlichen nach einer Probierphase wieder beendet (Hurrelmann, 2002).

Die Prävalenz von Marihuanakonsum ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Der Konsum „härterer“ illegaler Drogen ist seltener als der Marihuana- und Alkoholkonsum und betrifft überdurchschnittlich oft Personen mit mehrfach sozialer Benachteiligung (Wiener Jugendgesundheitsbericht, 2002). Regelmäßiger Konsum illegaler Drogen gaben 3% der männlichen und 2% der weiblichen Jugendlichen an. Heroin haben .3% der befragten Jugendlichen je in ihrem Leben konsumiert (Zenker, 2005). Die Aussage: „Je härter der Konsum, desto höher der Jungenanteil“ lässt sich sowohl für legale als auch illegale Drogen bestätigen (Kolip, 2002).

Während Jugendliche, die Marihuana konsumieren auch häufig starke Alkoholtrinker sind, konsumieren Jugendliche seltener Marihuana und Alkohol, wenn sie gut in der Schule oder religiös sind (Zamboanga et al., 2004).

2.5.8 Riskantes Sexualverhalten

Das Sexualverhalten muss als Teil von Sozialbeziehungen angesehen werden, bei dem es um soziale Normen, gegenseitige Erwartungen und unterschiedliche Präferenzen geht. Das kann oft eine Herausforderung darstellen für Jugendliche, die keine Erfahrung damit haben und vielleicht mit sexuellen Tabus erzogen worden sind (Schwarzer, 1992).

Von sexuellem Risikoverhalten wird dann gesprochen, wenn junge Erwachsene beim Geschlechtsverkehr nicht verhüten und ungewollte Schwangerschaften und Krankheiten die Folge dessen sein können (Jerusalem et al., 2003). In der Theorie von Jessor (1991) gehört ein frühzeitiges Sexualverhalten zu den Problemverhaltensweisen Jugendlicher. In einer Untersuchung von Spriggs-Madkour et al. (2010) konnte früher Geschlechtsverkehr mit negativen physischen (Kopfschmerzen, Schlafprobleme) und psychischen (Unglücklichsein, Traurigkeit, Einsamkeit) Symptomen in Zusammenhang gebracht werden.

Dem Wiener Jugendgesundheitsbericht (2002) zufolge, scheint es, als würden Themen wie Schwangerschaft und Elternschaft teilweise keine Beachtung mehr finden, weder in der Schule noch zu Hause. Junge Menschen haben keine Vorstellung darüber, was es bedeutet und welche Anforderungen es mit sich bringt, ein Kind groß zu ziehen.

Für die meisten Mädchen und Burschen ist die Beschäftigung mit der eigenen Sexualität und auch das Erfahrung sammeln mit einem Partner/einer Partnerin schon vor dem 14. Lebensjahr interessant. Die Wichtigkeit steigt mit zunehmenden Alter an.

Die Aufnahme sexueller Beziehungen, wenn keine Verhütungsmittel benutzt werden und ein häufiger Partnerwechsel erfolgt, hat in den letzten Jahrzehnten abgenommen (Pinquart & Silbereisen, 2002).

15-jährige Burschen haben häufiger bereits Geschlechtsverkehr gehabt als die Mädchen, das Durchschnittsalter beim ersten Mal beträgt um die 14.5 Jahre (Dür & Griebler, 2007). 7.6% der befragten Jugendlichen haben keine Verhütungsmittel verwendet, die Mehrheit verwendet ein Kondom. In der Untersuchung von Ciairano, Kliwer und Rabaglietti (2009) gaben Mädchen häufiger an, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben.

Wie aus dem theoretischen Hintergrund dieser Arbeit hervorgeht, wurden manche Verhaltensweisen in der einschlägigen Literatur nur unzureichend untersucht. Es treten widersprüchliche Ergebnisse auf, beispielsweise bei einigen Persönlichkeitsdimensionen des NEO-FFI.

So wie auch in der Problemverhaltenstheorie von Jessor (s. Kapitel 2.3.3, S.21) sollen Schutz- und Risikofaktoren untersucht werden, die sich auf das Verhalten auswirken. Dieses wird sowohl von persönlichen als auch von Umgebungsvariablen beeinflusst. In der vorliegenden Studie werden daher die jeweiligen Einflussfaktoren verschiedenen Bereichen zugeordnet (Persönlichkeit, Umwelt und Verhalten).

3 Empirischer Teil

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wird zunächst auf die Ziele der Untersuchung eingegangen und die genaue methodische Vorgehensweise erläutert. Es folgt eine Beschreibung des Untersuchungsplans, der Stichprobe und der verwendeten Messinstrumente. Für jeden Systembereich – Persönlichkeitssystem, Umweltsystem und Verhaltenssystem – wurden spezifische Arbeitshypothesen aufgestellt. Im Anschluss daran erfolgt die Ergebnisdarstellung.

3.1 Ziele der Untersuchung

Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist die Analyse von gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren des Verhaltens von Jugendlichen. Entsprechend der Problemverhaltenstheorie nach Jessor (1991) haben verschiedene Systeme einen Einfluss auf das Verhalten. Für jedes dieser Hauptsysteme wurden bereichsspezifische Hypothesen aufgestellt, die überprüft werden sollen. Da der ursprüngliche Fragebogen bisher nur im englischsprachigen Raum vorgegeben wurde, ist es interessant zu überprüfen, wie die Ergebnisse im deutschsprachigen Raum aussehen werden.

In der einschlägigen Literatur treten zum Teil widersprüchliche Ergebnisse auf. Eine hohe Ausprägung auf der Skala Extraversion des NEO-FFI wirkt sich zum einen positiv auf die körperliche Aktivität aus, zum anderen steht sie in Zusammenhang mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie Drogen-, Alkohol- und Zigarettenkonsum. Die Korrelationen sind oft nur sehr gering, aber signifikant. Im Bezug auf die Offenheit-Skala gibt es nur wenig Ergebnisse.

Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen werden häufig mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in Verbindung gebracht. Aber auch Jugendliche aus besser gestellten Familien stellen eine Risikogruppe dar. Das Konstrukt Religiosität wurde bisher nur unzureichend untersucht.

Anhand der Problemverhaltenstheorie von Jessor (s. Kapitel 2.3.3, S.21) wurden verschiedene Schutz- und Risikofaktoren aufgestellt. Bei der Definition von Schutzfaktoren soll zum Einen der Ansatz von Jessor et. al. (1995) herangezogen werden, in welchem Schutzfaktoren die Auftrittswahrscheinlichkeit von Risikoverhalten verringern, als auch das Konzept von Antonovsky (1997), in dem Schutzfaktoren eine gesundheitserzeugende Variable darstellen. Sie begünstigen also gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und reduzieren Risikoverhalten. Zehn Schutzfaktoren wurden in die Arbeitshypothesen aufgenommen. Dabei wurde geachtet, dass diese auf verschiedenen Teilsystemen angesiedelt sind. Während Jessor (2001) zwischen dem „Sozialen Umfeld“ und dem „Wahrgenommenen Umweltsystem“ unterscheidet, werden diese beiden Bereiche in der vorliegenden Arbeit unter dem Begriff „Umweltsystem“ zusammengefasst. Es soll untersucht werden, ob eine hohe Gesundheitsorientierung, eine hohe Schulorientierung, Religiosität und die Einschätzung der Gesundheitsgefährdung Schutzfaktoren auf der Persönlichkeitsebene darstellen. Zum Verhaltensbereich gehört das Ausmaß an gemeinsamen Aktivitäten mit der Familie. Das Umweltsystem beinhaltet die Strenge der Regelbefolgung zu Hause, ein gutes Familienklima, die Familienstruktur, die Wichtigkeit der Eltern, selbst gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu haben und der sozioökonomische Status.

Die Risikofaktoren stellen demzufolge jene Variablen dar, die eine ungünstige Auswirkung auf das Verhalten haben können und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen begünstigen. Es wurden acht Risikofaktoren in die Arbeitshypothesen einbezogen. Im Persönlichkeitsbereich soll überprüft werden, ob Hoffnungslosigkeit, Stressempfinden oder ein niedriger akademischer Leistungswert als Risikofaktoren angesehen werden können. Auf dem Verhaltenssystem sind schlechte Schulnoten und der Gedanke an Schulabbruch angesiedelt, und das Umweltsystem inkludiert Familienmitglieder, die

rauchen, Freunde, die gesundheitsschädigende Verhaltensweisen befürworten und eine hohe Freundesorientierung.

Folgende Schutzfaktoren wurden in die Arbeitshypothesen (s. Kapitel 3.2.5, S.58) aufgenommen:

Auf dem Persönlichkeitssystem:

- Eine hohe Gesundheitsorientierung
- Eine hohe Schulorientierung
- Religiosität
- Einschätzung der Gesundheitsgefährdung.

Auf dem Verhaltenssystem:

- Gemeinsame Aktivitäten mit der Familie.

Auf dem Umweltsystem:

- Regelbefolgung zu Hause
- Ein gutes Familienklima
- Die Wichtigkeit der Eltern, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben
- Die Familienstruktur
- Der sozioökonomische Status.

Folgende Risikofaktoren wurden in die Forschungshypothesen aufgenommen:

Auf dem Persönlichkeitssystem:

- Hoffnungslosigkeit
- Stressempfinden
- Geringer akademischer Leistungswert.

Auf dem Verhaltenssystem:

- Schlechte Noten in der Schule
- Gedanken an Schulabbruch.

Auf dem Umweltsystem:

- Familienmitglieder, die rauchen

- Freunde, die gesundheitsschädigende Verhaltensweisen befürworten
- Hohe Freundesorientierung.

Ein Risikofaktor, der zum Verhaltenssystem gehört, stellt „Schulabbruch“ dar. Da aber keine „Schulabbrecher“ in die Untersuchung aufgenommen werden konnten, weil nur SchülerInnen getestet wurden, die zur Schule gehen, wurde die Variable „Gedanken daran, die Schule abzuberechnen“ verwendet. Diese Variable gehört eigentlich zum Persönlichkeitssystem. Da davon ausgegangen werden kann, dass häufige Gedanken daran, die Schule abzuberechnen mit einem Schulabbruch in Zusammenhang stehen, wird die Variable dem Verhaltenssystem zugeordnet.

3.2 Methodische Vorgehensweise

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung. Es wird zunächst der verwendete gesundheits- und entwicklungsbezogene Fragebogen für Jugendliche vorgestellt, der von einer amerikanischen Forschergruppe der University of Colorado entwickelt wurde. Des weiteren wird auf die Durchführung der Fragebogentestung eingegangen und die Arbeitshypothesen vorgestellt.

3.2.1 Untersuchungsplan

Nachdem der Stadtschulrat Wien die Untersuchung des Gesundheitsverhaltens von AHS- SchülerInnen bewilligte, sollten 209 SchülerInnen aus vier verschiedenen allgemeinbildenden höheren Schulen in Wien zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmalen befragt werden.

Die Auswahl der Schulen erfolgte zufällig. Es sollte je eine 5. und eine 7. Klasse pro Schule befragt werden, um einen Querschnittsvergleich zu ermöglichen. Dabei wurde geachtet, dass die Schulen aus unterschiedlichen Bezirken stammen. Die Befragung sollte schriftlich und anonym im Klassenverbund mittels einem Fragebogen erfolgen und ausschließlich von mir persönlich durchgeführt werden. Die Befragung würde ungefähr eine Unterrichtseinheit in Anspruch nehmen. Es dürfen nur diejenigen SchülerInnen teilnehmen, deren Eltern eine Einverständniserklärung unterschreiben würden.

Bei den Schülerangaben handelt es sich ausschließlich um Selbsteinschätzungen. Authentische Angaben der Jugendlichen wurden versucht durch die Aufforderung, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen und durch ein anonymes und freiwilliges Fragebogensetting zu gewährleisten.

3.2.2 Untersuchungsstichprobe

Insgesamt haben 124 SchülerInnen von Mai bis Juni 2010 an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen. Der Mädchenanteil liegt etwas über den Jungenanteil und beträgt 54%. Die Jungen machen 46% der Gesamtstichprobe aus.

Im Bundes- und Bundesrealgymnasium in der Franklinstraße im 21. Wiener Gemeindebezirk nahmen insgesamt 46 SchülerInnen an der Fragebogenuntersuchung teil. 24 SchülerInnen stammen aus der 5. Klasse, wobei 11 Jungen und 13 Mädchen dabei waren und 22 SchülerInnen aus der 7. Klasse, mit acht Jungen und 14 Mädchen. Mit 37.09% der Gesamtstichprobe machen die SchülerInnen vom 21. Bezirk den größten Teil aus.

Im Hernalser Gymnasium in der Geblergasse im 17. Wiener Gemeindebezirk nahmen insgesamt 31 SchülerInnen an der Untersuchung teil, 14 SchülerInnen aus der 5. Klasse mit vier Jungen und 10 Mädchen und 17 SchülerInnen aus der 7. Klasse mit 12 Jungen und fünf Mädchen. Die 31 SchülerInnen entsprechen 25% der Gesamtstichprobe.

Im Bundes- und Bundesrealgymnasium in der Diefenbachgasse im 15. Wiener Gemeindebezirk nahmen 38 SchülerInnen und somit 30.64% der Gesamtstichprobe an der Fragebogenuntersuchung teil. 27 SchülerInnen stammen aus der 5. Klasse mit 13 Jungen und 14 Mädchen und 11 SchülerInnen aus der 7. Klasse mit sieben Jungen und vier Mädchen.

Im Erich-Fried Realgymnasium im 9. Wiener Gemeindebezirk konnte leider nur die 7. Klasse mit neun SchülerInnen befragt werden, wovon zwei Jungen dabei waren und sieben Mädchen. Mit einem prozentuellen Anteil von 7.25% macht dieses Gymnasium den kleinsten Anteil aus. Eine Übersicht über die Aufteilung nach Schulstufen und Bezirken gibt Abbildung 1 wieder.

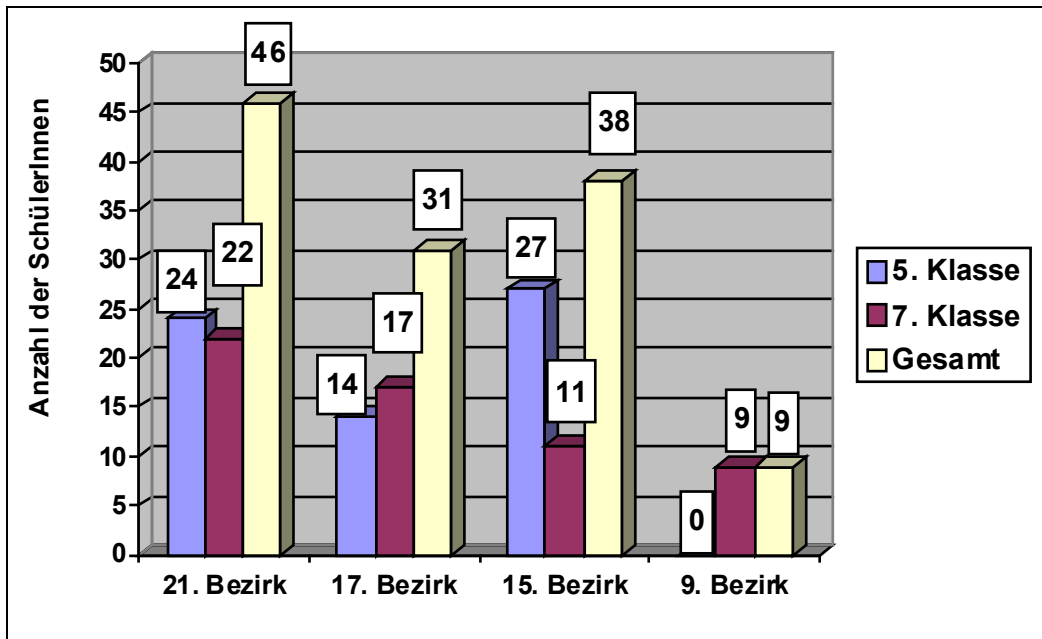


Abbildung 1: Auflistung der SchülerInnen nach Bezirk und Schulstufe

3.2.3 Beschreibung der Messinstrumente

Der gesundheits- und entwicklungsbezogene Fragebogen für Jugendliche wurde von einer amerikanischen Forschergruppe der University of Colorado entwickelt (Jessor, Costa & Turbin, 2002) und von mir mit Unterstützung meiner Diplomarbeitsbetreuerin Univ.-Prof. Dr. Brigitte Rollett adaptiert und gekürzt. Der 24-seitige Fragebogen ist in seinem Aufbau sehr komplex und beinhaltet verschiedene Teilbereiche gesundheitlichen Verhaltens, die sowohl der Gesundheit förderlich als auch schädigend sein können. Es wurden einige Skalen konstruiert, deren Berechnungen im Kapitel 3.3.2 (S.65) dargestellt sind. Der komplette Fragebogen befindet sich im Anhang A. Der Drogenteil des Fragebogens wurde vom sogenannten FIL- Projekt (Familienentwicklung im Lebenslauf, Projektbericht zu t7, Rollett & Werneck, in Vorb.) übernommen. Zusätzlich wurde die Kurzversion des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 2008) vorgegeben. Da die Skala „Offenheit für neue Erfahrungen“ mehr die Neigung zur Phantasie als „Offenheit für Neues“ abfragt, wurde zusätzlich die Skala „Offenheit für Umwelterfahrungen“ aus dem FIL- Projekt (Projektbericht zu t6, Rollett & Werneck, in Vorb.) verwendet.

3.2.3.1 *Gesundheits- und entwicklungsbezogener Fragebogen für Jugendliche (Originalversion von Jessor, Costa & Turbin, 2002)*

Der Fragebogen beinhaltet viele verschiedene Bereiche des Gesundheitsverhaltens: Darunter zählen sowohl gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie Zähne putzen, ausreichend schlafen, ein bewusstes Ernährungsverhalten, ein aktives Freizeitverhalten, die Verwendung von Sicherheitsgurten und die Benutzung von Verhütungsmitteln als auch riskante Verhaltensweisen wie beispielsweise der Konsum von Substanzmitteln (Alkohol, Drogen, Tabak). Neben den Verhaltensweisen werden auch Bereiche der Persönlichkeit und der Umwelt abgefragt. Erstere thematisieren Einstellungen über die Gesundheit, negative Gefühle wie Depression und Hoffnungslosigkeit und das Stressempfinden. Der Umweltbereich inkludiert Fragen bezüglich des Familienklimas und –struktur oder etwa wie viel Zeit gemeinsam mit der Familie verbracht wird, Fragen über den Freundeskreis sowie schulspezifische Items. Der sozioökonomische Status wird zum Einen durch die höchst abgeschlossene Schulbildung der Eltern, zum Anderen durch die Beschäftigungsart (Vollzeit, Teilzeit) ermittelt.

Operationalisierung der verschiedenen Themenbereiche:

Der gesundheits- und entwicklungsbezogene Fragebogen für Jugendliche (Originalversion von Jessor, Costa & Turbin, 2002) besteht aus sehr vielen Themengebieten. Bei der Übersetzung des Fragebogens wurden keine ganzen Bereiche ausgelassen, sondern wenn nötig gekürzt und adaptiert.

Das Gesundheitsverhalten wird in in folgende drei Bereiche eingeteilt:

- Erfahrung mit Substanzmitteln
- Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und
- Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen.

Zu ersteren zählt die Erfahrung mit Zigaretten, Alkohol und Marihuana, zu zweiten Zähne putzen, ausreichend schlafen, ein aktives

Freizeitverhalten, ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten, die Benützung von Sicherheitsgurten im Auto und die Verwendung von Verhütungsmitteln. Als gesundheitsgefährdendes Verhalten gilt jenes Verhalten, bei dem die Sicherheit gefährdet und ein Risiko eingegangen wird. Die Bereiche des Gesundheitsverhaltens sind in Abbildung 2 dargestellt.

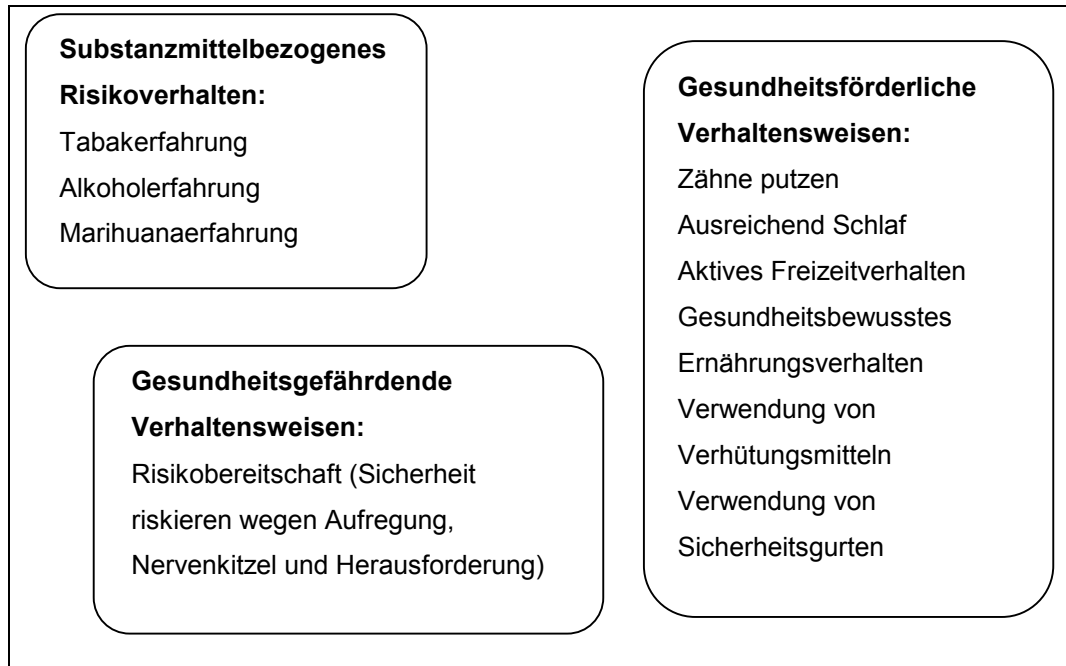


Abbildung 2: *Bereiche des Gesundheitsverhaltens*

Bestimmung der abhängigen Variablen des Gesundheitsverhaltens:

Ausreichend Schlaf wurde anhand folgendem Item abgefragt:

„Wie viele Stunden pro Nacht schläfst du durchschnittlich unter der Woche, wenn Schule ist?“

Die Antwortmöglichkeiten reichen von „Weniger als 6 Stunden pro Nacht“ bis „Mehr als 10 Stunden.“

Zähne putzen beinhaltet die Häufigkeit von Zähneputzen (Nr. 12, S.4) und die Verwendung von Zahnseide (Nr.13, S.4). Das Antwortformat ist vierkategoriiell und wurde zu einem Summenscore zusammengefasst.

Die Verwendung von Verhütungsmitteln wurde anhand folgendem Item abgefragt (Nr.164, S.20):

„Wenn du schon öfter Geschlechtsverkehr hattest, haben du oder dein Partner/deine Partnerin Verhütungsmittel verwendet?

Folgende Antwortmöglichkeiten standen zur Auswahl: „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“.

Die Verwendung von Sicherheitsgurten im Auto wurde durch folgende zwei Items abgefragt und zu einem Summenscore zusammengefasst (Nr.103 und 104, S.12):

„Benützt du einen Sicherheitsgurt, wenn du im Auto mit deiner Mutter oder deinem Vater mitfährst?“ und

„Benützt du einen Sicherheitsgurt, wenn du im Auto mit einem Freund mitfährst?“

Das Antwortformat ist vierkategoriiell und reicht von „Fast immer“ bis „Kaum“.

Um die Häufigkeit von Übergewicht zu erfassen, wurde der Body-Mass-Index BMI, der sich aus den Messdaten von Körpergewicht und Körpergröße ergibt ($BMI = \text{Körpergewicht in kg} / \text{Körpergröße in Metern zum Quadrat}$), berechnet. Bei Erwachsenen deutet ein BMI ab 25 auf Übergewicht hin (Elmadfa et al., 2005). Bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren müssen geschlechtsspezifische und altersphysiologische Veränderungen mitberücksichtigt werden. Die Bestimmung von Übergewicht sollte daher in Altersperzentilen erfolgen.

Während ab einem Perzentilwert von 90 von Übergewicht gesprochen wird, deutet ein Wert von 10 und weniger auf Untergewicht hin (Kromeyer et al., 2001).

Für Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren erfolgte eine Einteilung in Unter-, Normal- oder Übergewicht anhand der Perzentilwerte. Für ältere Jugendliche erfolgte die Einteilung nach der allgemeinen Klassifizierung für Erwachsene (Elmadfa et al., 2005). Die Tabelle mit den Perzentilwerten ist in Anhang C abgebildet.

Bestimmung von Schutz- und Risikofaktoren (Unabhängige Variablen):

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen bedeutet ein hoher Wert hohes Gesundheitsbewusstsein. Bei der Risikobereitschaft und der Erfahrung mit Substanzmitteln stellt ein hoher Wert eine Gefährdung für die Gesundheit dar.

Religiosität wurde anhand folgendem Item abgefragt (Nr.27, S.6):

„Glaubst du an Gott oder an ein höheres Wesen?“ und konnte mit „Ja“, „Teilweise“ oder „Nein“ beantwortet werden.

Die Zeit, etwas gemeinsam mit der Familie zu machen, wird in einem Item abgefragt (Nr.39, S.7). SchülerInnen müssen angeben, wie viele Stunden die Woche sie gemeinsam mit der Familie verbringen. Das sechskategorielle Antwortformat reicht von „Keine Stunden“ bis „Acht Stunden und mehr“.

Die Familienstruktur wird anhand von folgendem Item abgefragt (Nr.19, S.4):

„Leben deine Eltern zusammen?“

Die Antwortalternativen reichen von „Ja“, „Getrennt“, „Geschieden“ bis „Vater bzw. Mutter verstorben“.

Die Variable „Sozioökonomischer Status“ wird zum einen durch die höchste abgeschlossene Schulbildung der Eltern bestimmt. Ein weiterer Faktor, der miteinbezogen wird, ist die Erwerbstätigkeit der Eltern. Die SchülerInnen mussten angeben, ob die Eltern Vollzeit bzw. Teilzeit oder gar nicht arbeiten. Die höchste abgeschlossene Schulbildung wird in einem Item abgefragt (Nr.22, S.5) und reicht von „Unter der 4. Klasse Unterstufe“ bis hin zu „Hochschule für Aufbaustudien“. Die Antwortalternative „Ich weiß es nicht“ wird zur Überprüfung der Forschungsfrage ausgeschlossen. Die Schulbildung der Mutter und des Vaters wurden zu einem Summenscore zusammengefasst.

Bezüglich des Ausmaßes an Stressempfinden wurde ein Summenscore gebildet, welcher Fragen über das Erleben von Stress in der Schule, zu Hause und im persönlichen und sozialen Leben beinhaltet (Nr.92-94,

S.11). Das Antwortformat ist vierkategorial und reicht von „Sehr viel“ bis „Keinen“.

Der akademische Leistungswert wird mit folgendem Item erhoben (Nr.64, S.9):

„Hast du Pläne auf eine Hochschule/ Universität zu gehen?“

Als Antwortmöglichkeiten stehen „Ja“, „Vielleicht“ oder „Nein“ zur Verfügung.

Bei der Frage nach der Durchschnittsnote im letzten Semester (Nr.17, S.4) war das Antwortformat offen, die SchülerInnen mussten die Durchschnittsnote selbst eintragen.

Das Ausmaß an Gedanken, die Schule abzugeben, wird anhand folgender zwei Items abgefragt (Nr.76 und 77, S.10) und zu einem Summenscore zusammengefasst:

„Hast du im letzten Schuljahr ernsthaft darüber nachgedacht, die Schule abzugeben?“ und

„Denkst du zur Zeit daran, die Schule abzugeben?“

Das Antwortformat ist dreikategorial und reicht von „Ja, mehrmals“ bis „Nein“.

Um zu überprüfen, ob enge Familienmitglieder rauchen, wurde folgendes Item vorgegeben (Nr.55, S.8):

„Raucht jemand aus deinem engeren Familienkreis?“

Als Antwortmöglichkeiten standen „Vater“, „Stiefvater“, „Mutter“, „Stiefmutter“, „Schwester(n)“, „Bruder/Brüder“ und „Keiner“ zur Auswahl.

3.2.3.2 *Kurzversion des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 2008)*

In der Kurzversion wurden für jede Dimension – Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit – sechs Items vorgegeben. Die Kurzform des NEO-FFI befindet sich im Anhang B.

Die befragten Jugendlichen mussten einschätzen, in wie weit die 34 verschiedenen persönlichkeitspezifischen Fragen auf sie zutreffen. Die Antwortformat ist fünfstufig und reicht von „Völlig zutreffend“ bis „Völlig unzutreffend“.

Folgende Items mussten umkodiert werden, sodass jeweils ein hoher Wert für eine hohe Ausprägung auf der jeweiligen Skala steht. Die Items dienen als Beispiele für die einzelnen Skalen, jedoch stellen sie jeweils das andere Ende der Skala dar, d.h. die kleinste Ausprägung.

Auf der Skala Extraversion:

Nr.7 :Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.

Nr.21 :Ich bin kein gut gelaunter Optimist.

Auf der Skala Verträglichkeit:

Nr.9 :Manche Leute halten mich für selbstsüchtig oder selbstgefällig.

Nr.14 :Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.

Nr.19 :Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.

Nr.27 :Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.

Auf der Skala Gewissenhaftigkeit:

Nr.15 :Ich verträdle eine Menge Zeit, bevor ich mit der Arbeit beginne.

Auf der Skala Neurotizismus:

Nr.10 :Ich fühle mich selten einsam oder traurig.

Nr.23 :Ich bin selten traurig oder deprimiert.

Auf der Skala Offenheit:

Nr.5 :Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.

Nr.13 :Gedichte beeindrucken mich wenig oder gar nicht.

Nr.28 :Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit nachzudenken.

Die Items wurden nicht einzeln ausgewertet, sondern es wurde für jede Skala ein Summenscore berechnet. Für jede einzelne Skala erhält man also einen Gesamtwert, der aus den einzelnen Items besteht. Für die Neurotizismus-Skala ergibt sich der Wert aus der Summe der Ausprägungen der sechs Neurotizismus-Items, die Extraversion-Skala ergibt sich aus der Summe der Ausprägungen der sechs Extraversion-Items, usw. Für die weiteren Berechnungen wurde dann jeweils der Skalenmittelwert herangezogen.

3.2.3.3 *Skala „Offenheit für Umwelterfahrungen aus dem FIL-Projekt (Projektbericht zu t6, Rollett & Werneck, in Vorb.)*

Zusätzlich zur Skala „Offenheit für neue Erfahrungen“ wurden folgende vier Items aus der kurzen Skala „Offenheit für Umwelterfahrungen“ aus dem FIL- Projekt verwendet:

1. Im Urlaub gehe ich gern auf Entdeckungsreisen.
2. Ich bin an allem Neuen interessiert.
3. Ich begeistere mich schnell für neue Unternehmungen.
4. Wenn ich unterwegs bin, interessiere ich mich für alles, was ich sehe.

Das Antwortformat ist dasselbe wie beim NEO-FFI.

3.2.3.4 *Der Drogenteil aus dem FIL-Projekt (Projektbericht zu t7, Rollett & Werneck, in Vorb.)*

Der Abschnitt über Drogen beginnt mit Fragen über Marihuana. SchülerInnen müssen angeben, wie der Freundeskreis über Marihuana denkt und ob man selbst und der Freundeskreis schon Marihuana ausprobiert haben. Es wird auch nach anderen Drogen wie Speed, Beruhigungsmittel, Kokain, LSD oder Ecstasy gefragt, wobei die Jugendlichen angeben müssen, ob sie die jeweilige Droge schon ein Mal ausprobiert haben, und wenn ja wie häufig der Konsum in den letzten sechs Monaten war. Der Drogenteil beginnt auf S. 18 im Fragebogen (Item Nr. 148-157) und befindet sich in Anhang A.

3.2.4 Durchführung der Untersuchung

Die Fragebogenuntersuchung wurde im Mai und im Juni 2010 an vier allgemeinbildenden höheren Schulen in Wien durchgeführt. Im Vorfeld wurden Einverständniserklärungen ausgeteilt, die die SchülerInnen von den Eltern unterschreiben lassen sollten. Für jede Klasse stand eine Ansprechperson zur Verfügung, die dafür sorgte, dass die Einverständniserklärungen rechtzeitig abgegeben wurden. Eine 5. Klasse musste leider gänzlich von der Fragebogenuntersuchung ausgeschlossen werden, da – laut Angabe vom Sekretariat – niemand die Zettelchen abgegeben hatte und dies auch nach neuerlichen Anfragen erfolglos blieb.

Die SchülerInnen mussten nach einer kurzen Erklärung den Fragebogen im Schulunterricht selbstständig ausfüllen und hatten eine Unterrichtseinheit zur Verfügung. Ein Großteil las sich die Fragen sehr genau durch und benötigte um die 40 Minuten. Für einige SchülerInnen war die Zeit zu knapp, diese haben zusätzlich die Pausen aufwenden müssen.

Bei Unklarheiten konnten die SchülerInnen durch ein „Aufzeigen“ auf sich aufmerksam machen, die Aufgabenstellung wurde dann leise erläutert, sodass die restliche Klasse ungestört weiter arbeiten konnte.

Diejenige SchülerInnen, die nicht an der Untersuchung teilnehmen durften, hielten sich entweder mit einer Aufsichtsperson in einem anderen Raum auf oder blieben in der Klasse sitzen und bekamen eine andere Aufgabe.

Im Gegensatz zu den 5. Klassen mussten die 7. Klassen des öfteren daran erinnert werden, die einzelnen Items selbstständig und in Ruhe – ohne die anderen dabei zu stören – auszufüllen.

Sowohl die LehrerInnen, als auch die SchülerInnen waren sehr an den Ergebnissen interessiert und wünschten eine Rückmeldung, was auch geschah.

3.2.5 Arbeitshypothesen

Forschungshypothese A / Persönlichkeit:

A1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen des NEO-FFI und dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher.

Forschungsbereich B / Schutzfaktoren:

Auf der Persönlichkeitsebene:

B1: Eine positive Einstellung zur Gesundheit hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

B2: Eine hohe Schulorientierung hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

B3: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Religiosität und dem Gesundheitsverhalten.

B4: Die Einschätzung der Gesundheitsgefährdung hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Auf der Verhaltensebene:

B5: Ein hohes Ausmaß an gemeinsamen Aktivitäten mit der Familie geht mit dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher einher.

Auf der Ebene des Umweltsystems:

B6: Ein hohes Ausmaß an Regelbefolgung zu Hause hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

B7: Ein gutes Familienklima hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

B8: Die Wichtigkeit von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen der Eltern geht mit dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher einher.

B9: Die Familienstruktur hängt mit dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher zusammen.

B10: Sozioökonomischer Status und Gesundheitsverhalten:

B10_a: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einer hohen Schulbildung der Eltern und dem Gesundheitsverhalten.

B10_b: Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Erwerbstätigkeit der Eltern.

Forschungsbereich C / Risikofaktoren:

Auf der Persönlichkeitsebene:

C1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Hoffnungslosigkeit und dem Gesundheitsverhalten.

C2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Stressempfinden und dem Gesundheitsverhalten.

C3: Ein niedriger akademischer Leistungswert hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Auf der Verhaltensebene:

C4: Schlechte Noten in der Schule hängen mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

C5: Es gibt einen Zusammenhang zwischen häufigen Gedanken an Schulabbruch und dem Gesundheitsverhalten.

Auf der Ebene des Umweltsystems:

C6: Jugendliche rauchen häufiger, wenn im engeren Familienkreis auch geraucht wird.

C7: Wenn im Freundeskreis gesundheitsschädigende Verhaltensweisen befürwortet werden, werden diese von Jugendlichen häufiger ausgeführt.

C8: Eine höhere Orientierung an den Freundeskreis anstelle der Familie geht mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen einher.

Forschungsbereich D / Geschlecht:

D1: Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Jugendlichen.

Forschungsbereich E / Alter:

E1: Es gibt Unterschiede des Gesundheitsverhaltens zwischen den einzelnen Schulstufen.

3.3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf die Stichprobe und auf die sozioökonomischen Daten eingegangen. Im Anschluss daran folgt eine Beschreibung und Auflistung der einzelnen Skalen des gesundheits- und entwicklungsbezogenen Fragebogens mit den jeweiligen Messwerten.

Die Beantwortung der Fragestellungen beginnt mit Zusammenhangshypothesen, wobei auf jede Ebene – Persönlichkeitssystem, Umweltsystem und Verhaltenssystem – eingegangen wird. Nach der Darstellung von allgemeinen Unterschiedshypothesen folgen geschlechts- und altersspezifische Vergleiche des Gesundheitsverhaltens.

3.3.1 Stichprobe

Insgesamt haben 124 SchülerInnen von Mai bis Juni 2010 an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen. Das Alter der Jugendlichen reicht von 14 Jahren und fünf Monaten bis hin zu 19 Jahren und sechs Monaten. Das Durchschnittsalter beträgt in den 5. Klassen 15.44 Jahre ($SD=.64$) und in den 7. Klassen 17.29 Jahre ($SD=2.37$) und ist in Abbildung 3 ersichtlich.

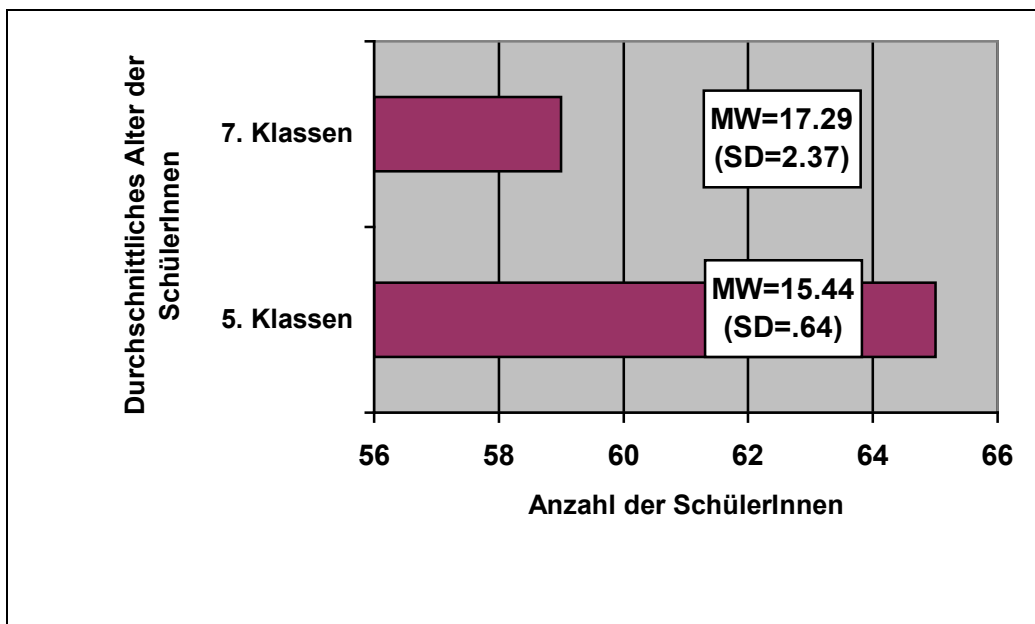


Abbildung 3: *Durchschnittliches Alter in den beiden Schulstufen (5. Klassen und 7. Klassen)*

49.2% der SchülerInnen kommen aus Österreich, an zweiter Stelle kommt die Türkei mit 8.1%, gefolgt von Serbien mit 5.6%. Der Rest verteilt sich auf über 30 andere Länder.

Zu 71% wird Deutsch zu Hause gesprochen, weitere 17.7% geben an, Deutsch als weitere Sprache zu Hause zu sprechen. Demnach sprechen 11.3% der SchülerInnen zu Hause nicht Deutsch.

Während 38.7% der Väter einen Hochschulabschluss haben, ist der Anteil der Mütter mit einem Prozentsatz von 27.4% wesentlich geringer.

77.4% der Väter arbeiten Vollzeit und 3.2% Teilzeit. Bei den Müttern der SchülerInnen arbeiten 48.4% Vollzeit und 25% Teilzeit. Weitere 16% sind Hausfrauen. Einen Überblick über soziodemografische Variablen gibt Abbildung 4 wieder.

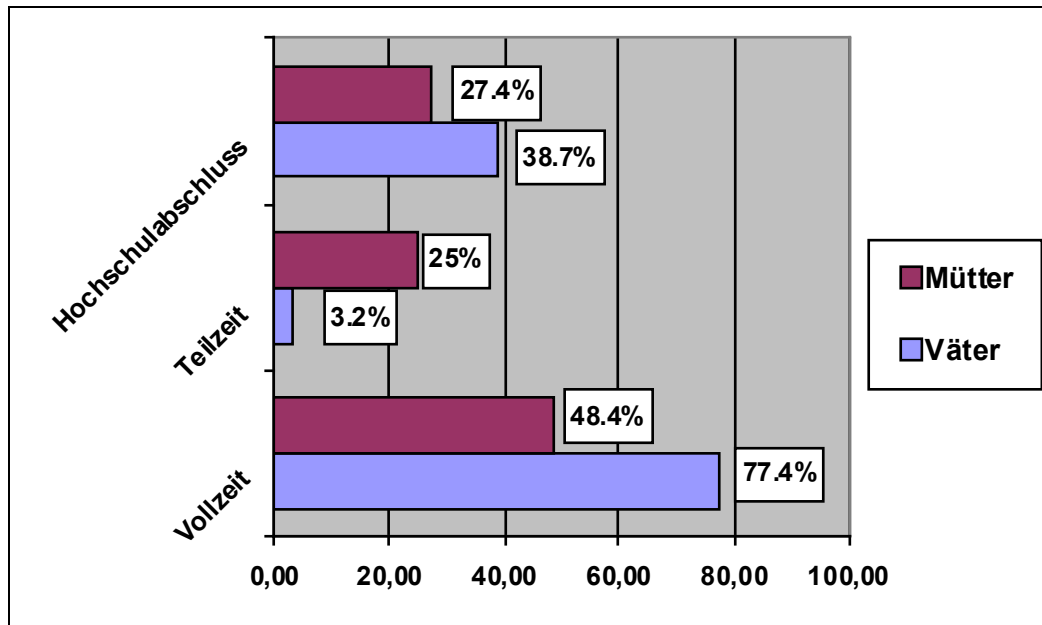


Abbildung 4: Sozioökonomische Daten der Eltern

3.3.2 Reliabilitätsanalysen

Bei vielen Fragebogenkomplexen kam die Reliabilitätsanalyse zu Anwendung, um zu erfahren, ob die einzelnen Items zu einer Gesamtskala zusammengefasst werden können. In der untenstehenden Tabelle sind die Items für jede Skala angeführt. In der rechten Spalte befinden sich die jeweiligen Trennschärfen sowie die Reliabilitäten, wenn das Item entfernt wird.

Tabelle 4: *Verwendete Skalen des gesundheits- und entwicklungsbezogenen Fragebogens für Jugendliche*

Skala	Trennschärfe/ Reliabilität, wenn Item entfernt
Einstellung zur Gesundheit (Cronbach's Alpha=.53)	
1) Wie wichtig ist es für dich, körperlich in guter Form zu sein?	.35 / .44
2) Wie wichtig ist es für dich, genügend Energie zu haben?	.38 / .37
3) Wie wichtig ist es für dich, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben im Bezug auf Ernährung, Bewegung und Schlafen?	.32 / .50
Subjektive Einschätzung der Gesundheitsbedrohung (Cronbach's Alpha=.70)	
10) Glaubst du, dass weniger als 8 Stunden Schlaf täglich eine Auswirkung auf die Gesundheit von jungen Menschen deines Alters hat?	.33 / .69
11) Glaubst du, dass 10 kg Übergewicht eine Auswirkung auf die Gesundheit von jungen Menschen deines Alters hat?	.36 / .68
45) Glaubst du, dass die Nicht-Ausübung von regelmäßigen Sportarten und Aktivitäten eine Auswirkung auf die Gesundheit von jungen Menschen deines Alters hat?	.21 / .71
59) Glaubst du, dass regelmäßiger Zigarettenkonsum eine Auswirkung auf die Gesundheit junger Menschen deines Alters hat?	.53 / .65
140) Glaubst du, dass regelmäßiger Alkoholkonsum eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters	.51 / .65

haben kann?	
146) Glaubst du, dass das häufige Auslassen des Frühstücks eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters haben kann?	.47 / .66
147) Glaubst du, dass häufiger "Junk Food"-Konsum eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters haben kann?	.44 / .66
154) Glaubst du, dass regelmäßiger Gebrauch von Marihuana eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters haben kann?	.33 / .69
Aktives Freizeitverhalten (Cronbach's Alpha=.64)	
Wie viele Stunden verbringst du durchschnittlich jede Woche:	
36) Ein regelmäßiges Sport-, Entspannungs- oder Freizeitprogramm/-angebot in einem Verein/ Organisation auszuüben?	.49 / .51
38) Mit persönlichen Training wie z.B.: Laufen gehen oder Gewichte stemmen oder Gymnastik?	.29 / .65
42) Mit Inline-Skaten, Skate-boarden, Fahrrad fahren und anderen ähnlichen Sportarten?	.37 / .60
44) Verschiedene körperliche Aktivitäten auszuüben wie Ballspielen, Tanzen und ähnlichem?	.53 / .48
Passives Freizeitverhalten (Cronbach's Alpha =.56)	
Wie viele Stunden verbringst du durchschnittlich jede Woche:	
37) Fernsehen oder Videos/ DVD's schauen?	.34 / .50
40) Mit Computer- oder Videospielen?	.30 / .54
41) Einfach nur herumlungern, ohne etwas zu tun?	.31 / .51
43) Mit Internet-surfen, e-mail schreiben, Chatten und anderen ähnlichen Aktivitäten im Internet?	.45 / .41
Erfahrung mit Substanzmitteln (Cronbach's Alpha=.75)	
47) Hast du jemals eine Zigarette geraucht (nicht bloß ein paar Mal angezogen)?	.62 / .63
130) Wie häufig hast du in den letzten 6 Monaten Alkohol getrunken?	.61 / .64
150) Hast du jemals Marihuana probiert?	.28 / .72

Schulorientierung (Cronbach's Alpha=.73)	
65) Ich lerne sehr viel in der Schule.	.43 / .70
66) Wenn ich in der Schule bin, fühle ich mich gut.	.55 / .67
67) Ich mag die meisten meiner Lehrer.	.54 / .67
68) Ich gehe gern in die Schule.	.60 / .66
69) Meine Schule ist ein sicherer Ort.	.33 / .72
70) Meine Schule hat Clubs und Aktivitäten, wo man Leute treffen und Freundschaften schließen kann.	.26 / .75
71) Versuchen die Lehrer/innen Schüler/innen zu helfen, wenn sie Probleme haben?	.42 / .70
Freunde- vs. Familienorientierung (Cronbach's Alpha=.60)	
87) Wenn du eine wichtige Entscheidung bezüglich der Schule treffen müsstest, auf welchen Rat würdest du dich mehr verlassen, auf den von deinen Freunden oder von deinen Eltern?	.40 / .52
88) Wenn du eine wichtige Entscheidung bezüglich deines persönlichen Lebens treffen müsstest, auf welchen Rat würdest du dich mehr verlassen, auf den von deinen Freunden oder von deinen Eltern?	.37 / .54
89) Hörst du mehr auf deine Freunde oder auf deine Familie, wenn es darum geht, auf deine Gesundheit zu achten?	.41 / .51
90) Bezüglich deiner Lebensperspektiven: Was ist für dich wichtig und wie wichtig ist es für dich, was du einmal werden wirst? Wirst du dabei eher von deinen Freunden oder von deinen Eltern beeinflusst?	.35 / .56
Hoffnungslosigkeit (Cronbach's Alpha=.77)	
IN DEN LETZTEN SECHS MONATEN HAST DU:	
95) Dich über verschiedene Dinge sehr deprimiert gefühlt?	.68 / .67
96) Dich in Hinblick auf die Zukunft sehr hoffnungslos gefühlt?	.56 / .73
97) Dich über das Leben allgemein deprimiert gefühlt?	.70 / .65
98) Daran gedacht, dass du am liebsten nicht mehr leben würdest?	.40 / .80
Risikobereitschaft (Cronbach's Alpha=.81)	
WIE OFT HAST DU IN DEN LETZTEN SECHS MONATEN:	
99) Etwas Gefährliches gemacht, nur wegen dem Nervenkitzel	.66 / .75

wegen?	
100) Etwas gemacht, was du wusstest, dass es falsch ist, und des Nervenkitzels wegen erlaubt hast?	.70 / .73
101) Deine Sicherheit riskiert, wenn du nicht zu Hause warst, weil es aufregend war?	.68 / .74
102) Etwas Gefährliches gemacht, weil dich jemand herausgefordert hat?	.52 / .82
Familienklima (Cronbach's Alpha=.74)	
105) Es ist lustig, wenn meine Familie Dinge gemeinsam unternimmt.	.59 / .65
106) Ich denke, meine Familie ist sich sehr nah.	.59 / .64
107) Ich verstehe mich sehr gut mit meinen Eltern.	.55 / .69
Regelbefolgung zu Hause (Cronbach's Alpha=.68)	
WIE STRENG SIND DIE REGELN BEI DIR ZU HAUSE, DIE DU ZU BEFOLGEN HAST?	
112) Bezüglich wann und wie viel du Fernsehen darfst?	.27 / .68
113) Deine Eltern wissen zu lassen, wo du hingehst wenn du hinaus gehst?	.48 / .62
114) Darüber, deine Hausaufgaben zu machen?	.33 / .67
115) Über Verabredungen und Party's?	.50 / .60
116) An einer bestimmten Uhrzeit abends zu Hause zu sein?	.54 / .59
117) Wann du abends ins Bett gehen musst?	.35 / .66
Wichtigkeit der Eltern, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben (Cronbach's Alpha=.67)	
120) Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, sich selbst gesund zu ernähren?	.52 / .57
121) Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, sich ausreichend zu bewegen?	.53 / .56
122) Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, ausreichend zu schlafen?	.35 / .67
123) Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, einen Sicherheitsgurt im Auto zu verwenden?	.45 / .62
Ernährungsverhalten (Cronbach's Alpha=.73)	
ACHTEST DU DARAUF:	
143a) Die Menge an Salz, die du konsumierst, niedrig zu	.34 / .74

halten?	
143b) Die Menge an Fett, die du konsumiert, niedrig zu halten?	.45 / .71
143c) Jeden Tag frisches Gemüse zu essen?	.60 / .65
143d) Gesunde Imbisse zu sich zu nehmen wie Obst anstatt Süßes?	.59 / .65
143e) Keine frittierten Nahrungsmittel zu konsumieren?	.52 / .68
Einstellung der Freunde über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Cronbach's Alpha=.61)	
57) Was denken die meisten deiner Freunde von Jugendlichen deines Alters, die rauchen?	.41 / .52
137) Was denken die meisten deiner Freunde über jemanden, der in deinem Alter Alkohol trinkt?	.43/ .49
148) Was denken die meisten deiner Freunde über jemanden deines Alters, der Marihuana (Cannabis, Haschisch, Gras) raucht?	.42 / .52

Die Skala „Einstellung zur Gesundheit“ fragt nach der Wichtigkeit der Jugendlichen, körperlich in guter Form zu sein, genügend Energie zu haben und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen im Bezug auf Ernährung, Bewegung und Entspannung auszuführen. Das Antwortformat ist vierkategorial und reicht von „Sehr wichtig“ bis „Nicht sehr wichtig“.

Eine Reliabilitätsanalyse ergab ein Cronbach's Alpha von .53, was eine sehr schlechte Reliabilität darstellt. Die Skala wurde dennoch wegen ihrer inhaltlichen Relevanz (Einstellung zur Gesundheit wurde als Schutzfaktor in die Forschungshypothesen aufgenommen) verwendet.

Die Skala „Subjektive Einschätzung der Gesundheitsbedrohung“ bestand ursprünglich aus acht Items, die die subjektive Auswirkung von gesundheitsgefährdeten Verhaltensweisen abfragt. Darunter zählen zu wenig Schlaf, Übergewicht, der Konsum von Junk-Food, das häufige Auslassen des Frühstücks, Bewegungsmangel und Substanzmittelkonsum (Alkohol, Tabak und Marihuana). Das Antwortformat der Skala ist vierkategorial und reicht von „Sehr hohe Auswirkung“ bis „Fast keine Auswirkung“. Aufgrund der sehr niedrigen Reliabilität scheint der Mangel

an Sport und Bewegung etwas anderes zu messen als die übrigen Verhaltensweisen. Bewegungsmangel könnte mit Faulheit in Zusammenhang gebracht werden. Das Item wurde entfernt, wodurch Cronbach's Alpha auf .71 erhöht werden konnte.

Die Skala „Aktives Freizeitverhalten“ misst das Ausmaß an körperlichen Aktivitäten wie Inline-Skaten, Fahrrad fahren, Ballspielen, Tanzen oder ein Sport- bzw. Freizeitprogramm in einem Verein auszuüben. Die SchülerInnen müssen angeben, wie viele Stunden pro Woche sie durchschnittlich nach der Schule und am Wochenende mit der Ausführung dieser Tätigkeiten verbringen. Das Antwortformat ist sechskategoriell und reicht von „Keine Stunden“ bis „Acht Stunden und mehr“. Bei den verschiedenen Sportarten handelt es sich vorrangig um jene Aktivitäten, die gemeinsam mit einem Freund/einer Freundin oder in einer Gruppe ausgeführt werden. Im Gegensatz dazu wird „Persönliches Training“ eher alleine durchgeführt. Durch das Entfernen dieses Items konnte Cronbach's Alpha auf .65 erhöht werden.

Im Gegensatz dazu fragt die Skala „Passives Freizeitverhalten“ mehr sitzende Tätigkeiten wie Fernsehen, Computer spielen, Internetsurfen und Herumlungern. Die SchülerInnen müssen wieder angeben, wie viele Stunden pro Woche sie durchschnittlich nach der Schule und am Wochenende mit der Ausführung dieser Tätigkeiten verbringen. Das Antwortformat ist dasselbe wie bei der Skala „Aktives Freizeitverhalten“.

Die Skala „Erfahrung mit Substanzmitteln“ beinhaltet das Ausprobieren von Zigaretten und Marihuana und die Häufigkeit des Alkoholkonsums. Das Antwortformat beim Rauchen und Alkoholkonsum wurde umkodiert, sodass es einheitlich ist und zwar dreikategoriell (1=nie, 2=selten, 3=häufig). Die Itemtrennschärfe bei der Variable „Erfahrung mit Marihuana“ ist sehr niedrig, wurde aber wegen der inhaltlichen Relevanz miteinbezogen.

Die Skala „Schulorientierung“ misst die Eingebundenheit in der Schule. SchülerInnen werden über das Lernausmaß, das Wohlfühlen in der

Schule, Mögen der LehrerInnen und die wahrgenommene soziale Unterstützung gefragt. Zur Beantwortung steht eine vierkategoriale Skala zur Verfügung, die von „Stimme voll und ganz zu“ bis „Stimme gar nicht zu“ reicht.

Durch Eliminierung zweier Items, da diese andere Konstrukte messen (Sicherheitsgefühl und Freizeit) konnte Cronbach's Alpha von .73 auf .76 erhöht werden.

Die Skala „Freundes- vs. Familienorientierung“ besteht aus vier Items. SchülerInnen mussten angeben, ob sie sich beim Treffen von wichtigen Entscheidungen - etwa bezüglich der Schule oder des privaten Umfelds - eher auf den Rat von Freunden oder der Familie verlassen würden. Das Antwortformat ist dreikategorial, wobei ein niedriger Wert eher auf Familienorientierung, ein hoher Wert eher auf Freundesorientierung hindeutet.

Die Skala „Hoffnungslosigkeit“ misst das Ausmaß an auftretenden deprimierenden und hoffnungslosen Gefühlen und fragt auch danach, ob man schon einmal Selbstmordgedanken gehabt hat. Das Antwortformat ist vierkategorial und reicht von „Oft“ bis „Nie“.

Die Skala „Risikobereitschaft“ fragt nach dem Ausmaß an der Ausführung von gefährlichen Tätigkeiten, etwa wegen der Aufregung, des Nervenkitzels oder weil man herausgefordert wurde. Das vierkategoriale Antwortformat reicht von „Sehr häufig“ bis „Nie“. Eine Reliabilitätsanalyse ergab ein zufriedenstellendes Cronbach's Alpha von .81, sodass von einer Gesamtskala ausgegangen werden kann und kein Item eliminiert werden musste.

Die Skala „Familienklima“ fragt nach der Nähe zur Familie, dem Auskommen mit den Eltern und der Freude, gemeinsame Aktivitäten mit der Familie zu unternehmen. Ein vierkategoriales Antwortformat reicht von „Stimme voll und ganz zu“ bis „Stimme gar nicht zu“.

Die Skala „Regelbefolgung zu Hause“ misst das Ausmaß an Verhaltensvorschriften, die von den Eltern vorgegeben werden. Das

Antwortformat ist dreikategoriell und reicht von „Sehr streng“ bis „Gar nicht streng“. Die Häufigkeit des Fernsehkonsums, das Ausmaß an Beschäftigung mit Hausaufgaben und die Schlafenszeit stellen jene Bereiche dar, über die Jugendliche selbst entscheiden und die unabhängig von den Eltern ausgeführt werden. Cronbach's Alpha konnte durch die Eliminierung dieser drei Items von .68 auf .76 erhöht werden.

Die Skala „Wichtigkeit von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen der Eltern“ bezieht sich auf die Ernährung, Bewegung, Schlafen und die Verwendung von Sicherheitsgurten und wird anhand von vier Items abgefragt. Das Antwortformat ist dreikategoriell und reicht von „Sehr viel“ bis „Fast nie“.

Die Skala „gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten“ misst die Wichtigkeit einer ausgewogenen und nährstoffreichen Kost. Sie beinhaltet Fragen über das Achtgeben bezüglich des Umgangs mit Salz, Fett und den täglichen Konsum von Obst und Gemüse. Zur Beantwortung steht eine dreikategorielle Skala zur Verfügung, die von „Viel“ bis „Nie“ reicht.

Die Skala „Einstellung der Freunde über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen“ beinhaltet das Ausmaß an Befürwortung von gesundheitsschädigenden Verhalten. Darunter zählen die Erfahrung mit Alkohol trinken, Zigaretten rauchen und Marihuana. Das Antwortformat ist vierkategoriell und reicht von „Sie sind sehr dagegen“ bis „Sie befürworten es“.

3.3.3 Zusammenhangshypothesen: Produkt-Moment- und Pearson-Rangkorrelationen

Im Folgenden wird untersucht, ob spezifische Ausprägungen der einzelnen Skalen des NEO-FFI und einzelne Schutz- und Risikofaktoren (s. Arbeitshypothesen Kapitel 3.2.5, S.58) mit gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht werden können. Die Überprüfung der Arbeitshypothesen erfolgt mittels Produkt-Moment Korrelationen nach Pearson und – wenn die Daten nicht normalverteilt sind – mit Spearman-Rangkorrelationen.

Die Skalen des NEO-FFI weisen alle Normalverteilung auf. Außerdem sind die Variable „Ausreichend Schlaf“ und die Skalen „Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten“, „Aktives Freizeitverhalten“, „Schulorientierung“, „Hoffnungslosigkeit“ und „Subjektive Einschätzung der Gesundheitsbedrohung“ normalverteilt.

Die Ergebnisse der Persönlichkeitsdimensionen werden für jede Subskala einzeln angeführt und werden in Tabelle 5 zusammengefasst.

Forschungsbereich A/ Persönlichkeit:

A1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und dem Gesundheitsverhalten von Jugendlichen.

Neurotizismus:

Keinen Zusammenhang gibt es zwischen der Erfahrung mit Substanzmitteln und der Skala.

Der Neurotizismus-Wert hängt negativ mit einigen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zusammen: Ein hoher Wert auf der Skala korreliert signifikant negativ mit ausreichend Schlaf. Nicht signifikant aber auch in negativer Richtung existiert ein Zusammenhang mit Zähne putzen und einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten: Je höher der Wert auf der Skala, desto seltener putzen Jugendliche ihre Zähne und desto weniger achten sie auf eine gesunde Ernährung.

Eine hohe Ausprägung auf der Neurotizismus-Skala geht mit einem signifikant geringeren Ausmaß an aktiven Freizeitaktivitäten einher.

Keinen Zusammenhang gibt es mit der Verwendung von Sicherheitsgurten.

SchülerInnen mit höheren Ausprägungen auf der Neurotizismus-Skala verhüten häufiger, wenn sie schon mehrmals Geschlechtsverkehr gehabt haben als SchülerInnen mit niedrigeren Ausprägungen auf der Skala.

Im Bezug auf die Risikobereitschaft wurde kein Zusammenhang gefunden.

Extraversion:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Skala und der Erfahrung mit Substanzmitteln. Je höher der Wert auf der Skala, desto häufiger haben Jugendliche bereits Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Extraversion korreliert auch positiv mit Zähne putzen: Jugendliche, die höhere Werte auf der Skala haben, putzen häufiger ihre Zähne.

Extravertierte SchülerInnen führen signifikant häufiger ein aktives Freizeitverhalten aus und verfügen signifikant häufiger über ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten.

Keine Zusammenhänge gibt es mit der Variable „Ausreichend Schlaf“, der Verwendung von Sicherheitsgurten und der Verhütung.

Die Skala korreliert positiv mit dem Ausmaß an Risikobereitschaft: Jugendliche riskieren umso häufiger ihre Sicherheit, je höher die Extraversionswerte ausgeprägt sind.

Offenheit für Neue Erfahrungen:

Die Skala korreliert negativ mit der Erfahrung mit Substanzmitteln: SchülerInnen, die offener sind, haben seltener Erfahrung mit Zigaretten, Alkohol und Marihuana gemacht.

Es bestehen geringe positive Korrelationen mit ausreichend Schlaf und Zähne putzen: Je offener Jugendliche sind, desto länger schlafen sie in der Nacht und desto häufiger pflegen sie ihre Zähne.

Signifikante Korrelationen existieren im Bereich der Bewegung, der Verwendung von Sicherheitsgurten und der Ernährung: Jugendliche, die einen hohen Wert auf der Skala aufweisen, verfügen über ein aktiveres Freizeitverhalten, benützen häufiger den Sicherheitsgurt im Auto und weisen ein gesünderes Ernährungsverhalten auf.

Wenn Jugendliche bereits sexuell erfahren sind, verhüten sie häufiger als SchülerInnen, die weniger offen sind.

Bezüglich der Risikobereitschaft wurde kein Zusammenhang gefunden.

Gewissenhaftigkeit:

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala und der Erfahrung mit Substanzmitteln: Je gewissenhafter Jugendliche sind, desto signifikant seltener konsumieren sie Substanzmittel.

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ergab die Korrelation nach Spearman einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang mit ausreichend Schlaf: Hohe Werte auf der Skala gehen mit einer längeren Schlafdauer einher. Weitere signifikante Zusammenhänge bestehen mit der körperlichen Aktivität: Gewissenhafte Jugendliche führen häufiger ein aktives und seltener ein passives Freizeitverhalten ($r=-.19^*$, $N=122$, $p=.031$) aus.

Je gewissenhafter SchülerInnen sind, desto signifikant häufiger wird der Sicherheitsgurt verwendet und desto signifikant häufiger wird auf eine gesundheitsbewusste Ernährung geachtet.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Skala und dem Zähne putzen: Je höher der Wert auf der Gewissenhaftigkeits-Skala, desto häufiger werden die Zähne geputzt.

Gewissenhafte Jugendliche verhüten bei häufigerem Geschlechtsverkehr öfter als weniger gewissenhafte Jugendliche.

Je höher der Wert auf der Gewissenhaftigkeit-Skala, desto seltener wird die Sicherheit riskiert.

Verträglichkeit:

Ein hoher Wert auf der Skala korreliert positiv mit der Erfahrung mit Substanzmitteln.

Keine Zusammenhänge bestehen mit ausreichend Schlaf, Zähne putzen und der Verwendung von Sicherheitsgurten.

Jugendliche, die einen hohen Wert auf der Skala aufweisen, führen signifikant häufiger ein aktives Freizeitverhalten aus und weisen ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten auf. Sie verwenden häufiger Verhütungsmittel, wenn sie schon öfter Geschlechtsverkehr gehabt haben. SchülerInnen, die einen hohen Verträglichkeitswert aufweisen, riskieren signifikant seltener ihre Sicherheit.

Tabelle 5: Korrelationen zwischen den Dimensionen des NEO-FFI und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen

	Skala N Korrelation Gesamt (N) Signifikanz	Skala E Korrelation Gesamt (N) Signifikanz	Skala O Korrelation Gesamt (N) Signifikanz	Skala G Korrelation Gesamt (N) Signifikanz	Skala V Korrelation Gesamt (N) Signifikanz
Erfahrung mit Substanzmitteln	-	r=.17 N=123 p=.055	r=-.14 N=123 p=.103	r=-.21* N=123 p=.019	r=-.11 N=123 p=.224
Ausreichend Schlaf	r=-.17* N=123 p=.047	-	r=.11 N=123 p=.205	r=.27* N=123 p=.003	-
Zähne putzen	r=-.10 N=123 p=.228	r=.12 N=122 p=.162	r=.12 N=123 p=.161	r=.14 N=123 p=.123	-
Aktives Freizeitverhalten	r=-.29* N=122 p=.001	R=.26* N=121 p=.003	r=.23* N=122 p=.009	r=.19* N=122 p=.003	r=.17* N=123 p=.048
Verwendung von Sicherheitsgurten	-	-	r=.18* N=123 p=.037	r=.18* N=123 p=.041	-
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	r=-.14 N=123 p=.119	R=.19* N=122 p=.030	r=.37* N=123 p=.000	r=.28* N=123 p=.001	r=.13 N=123 p=.135
Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr	r=.25 N=36 p=.137	-	r=.27 N=36 p=.104	r=.10 N=36 p=.538	r=.16 N=36 p=.335
Risikobereitschaft	-	r=.14 N=122 p=.104	-	r=-.13 N=123 p=.151	r=-.21* N=123 p=.016

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde zweiseitig getestet. Für normalverteilte Daten wurden Produkt-Moment Korrelationen und für nicht-normalverteilte Daten Rangkorrelationen berechnet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1=< 6 Stunden pro Nacht, 10=> 10 Stunden; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

Im nächsten Schritt werden nun mögliche Schutzfaktoren überprüft, die sich günstig auf das Gesundheitsverhalten auswirken und auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind. Die Berechnungen erfolgen mittels Korrelationen.

Forschungsbereich B: Schutzfaktoren:

Schutzfaktoren auf der Persönlichkeitsebene:

B1: Eine positive Einstellung zur Gesundheit hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Die Skala „Einstellung zur Gesundheit“ korreliert signifikant mit ausreichend Schlaf, einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten und einem aktiven Freizeitverhalten. Es besteht ein geringer Zusammenhang mit dem Zähne putzen und der Risikobereitschaft. Negative Korrelationen existieren im Bereich der Verhütung und den passiven Freizeitaktivitäten. Keinen Zusammenhang gibt es mit der Verwendung von Sicherheitsgurten und mit der Erfahrung mit Substanzmitteln.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 abgebildet.

Tabelle 6: *Korrelationen zwischen der Gesundheitseinstellung und dem Gesundheitsverhalten*

Einstellung zur Gesundheit	Korr/ Gesamt / Sig.
Ausreichend Schlaf	$r=.17^*$ / N=123 / $p=.025$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r=.28^*$ / N=123 / $p=.001$
Aktives Freizeitverhalten	$r=.37^*$ / N=122 / $p=.000$
Zähne putzen	$r=.13$ / N=123 / $p=.062$
Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr	$r=-.22$ / N=36 / $p=.097$
Passives Freizeitverhalten	$r=-.12$ / N=123 / $p=.083$
Risikobereitschaft	$r=.13$ / N=122 / $p=.075$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Aktives/ Passives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

B2: Eine hohe Schulorientierung hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Eine hohe Schulorientierung korreliert signifikant negativ mit der Erfahrung mit Substanzmitteln und der Risikobereitschaft: Je höher der Wert auf der Skala, desto signifikant seltener haben Jugendliche bereits Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht und desto signifikant seltener riskieren sie ihre Sicherheit.

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen sind die Korrelationen positiv: Je höher die Ausprägung auf der Skala „Schulorientierung“, desto signifikant häufiger werden die Zähne geputzt, ein aktives Freizeitverhalten ausgeführt, ausreichend geschlafen und auf eine gesundheitsbewusste Ernährung geachtet. Kein Zusammenhang besteht mit der Verwendung von Verhütungsmitteln (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: *Korrelationen zwischen der Schulorientierung und dem Gesundheitsverhalten*

Schulorientierung	Korr/ Gesamt / Sig.
Substanzmittelerfahrung	$r = -.27^* / N = 123 / p = .001$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r = .33^* / N = 123 / p = .000$
Aktives Freizeitverhalten	$r = .16^* / N = 123 / p = .039$
Zähne putzen	$r = .15^* / N = 123 / p = .043$
Ausreichend Schlaf	$r = .26^* / N = 123 / p = .002$
Risikobereitschaft	$r = -.21^* / N = 122 / p = .010$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Ausreichend Schlaf 1= ≤ 6 Stunden pro Nacht, 10= ≥ 10 Stunden; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

B3: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Religiosität und dem Gesundheitsverhalten.

46.8% der befragten SchülerInnen geben an, an einen Gott oder an ein höheres Wesen zu glauben, 30.6% glauben teilweise daran und 22.6% sind nicht gläubig.

SchülerInnen, die gläubig sind, haben signifikant seltener Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Signifikante positive Korrelationen bestehen mit ausreichend Schlaf und der Skala „Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten“. Kein Zusammenhang besteht mit dem Zähne putzen, der Verwendung von Sicherheitsgurten, der Verhütung und dem aktiven Freizeitverhalten, jedoch ein negativer mit einem passiven Freizeitverhalten.

SchülerInnen, die gläubig sind, riskieren seltener ihre Sicherheit (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: *Korrelationen zwischen Religiosität und dem Gesundheitsverhalten*

Religiosität	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r = -.31^* / N = 124 / p = .000$
Ausreichend Schlaf	$r = .17^* / N = 124 / p = .023$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r = .21^* / N = 124 / p = .009$
Passives Freizeitverhalten	$r = -.14 / N = 124 / p = .060$
Risikobereitschaft	$r = -.13 / N = 123 / p = .068$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Passives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

B4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Gesundheitsgefährdung und dem Gesundheitsverhalten.

Ein häufiges Auslassen des Frühstücks und zuwenig Schlaf wurden am wenigsten bedrohlich für die Gesundheit eingeschätzt. Den höchsten Wert erreicht der Tabakkonsum, gefolgt vom Marihuanakonsum und Alkoholkonsum. Demzufolge schätzen Jugendliche den Konsum von Substanzmitteln sehr bedrohlich für die Gesundheit ein, ein unregelmäßiges Essverhalten oder zuwenig Schlaf wird weniger bedrohlich eingeschätzt.

Die Mittelwerte der Einschätzung der subjektiven Gesundheitsbedrohung sind in Abbildung 5 dargestellt.

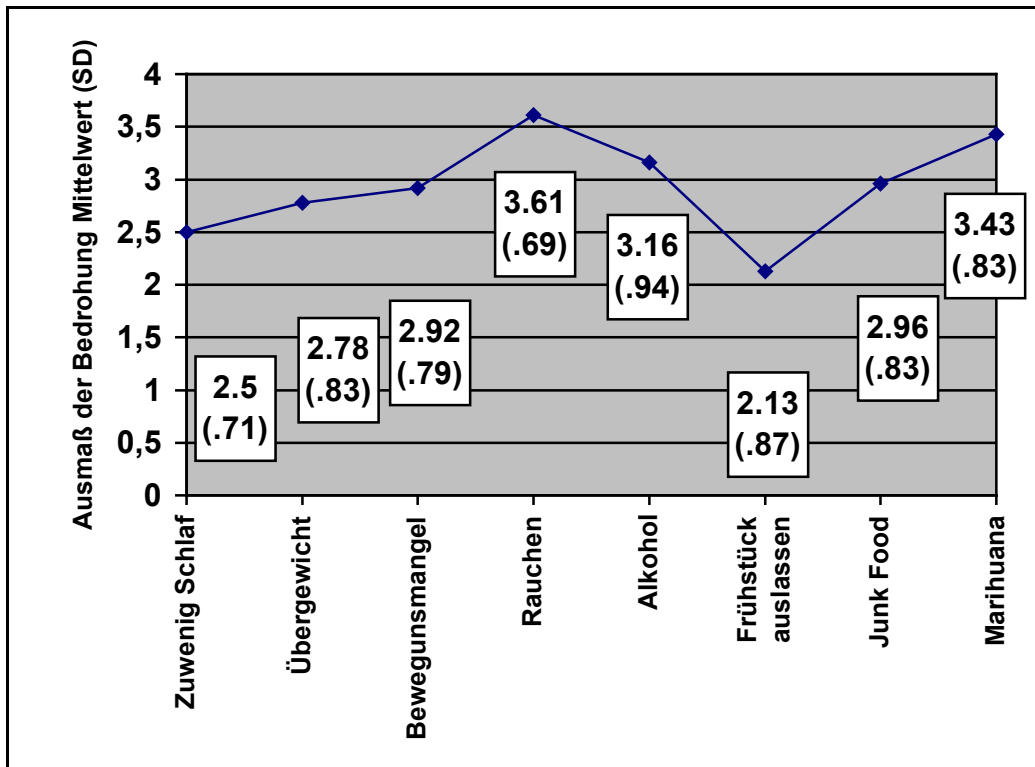


Abbildung 5: *Subjektive Einschätzung der Gesundheitsbedrohung*

Je höher die Gesundheitsbedrohung eingeschätzt wird, desto signifikant seltener haben Jugendliche Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen wurden signifikante positive Korrelationen mit ausreichend Schlaf, dem Zähne putzen, einem aktiven Freizeitverhalten und einer gesundheitsbewussten Ernährung gefunden. Keinen Zusammenhang gibt es im Bereich der Verhütung und der Verwendung von Sicherheitsgurten.

Eine negative Korrelation existiert mit der Risikobereitschaft: SchülerInnen riskieren umso seltener die Sicherheit, je größer die Gesundheitsbedrohung eingeschätzt wird (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: *Korrelationen zwischen der Einschätzung der Gesundheitsbedrohung und dem Gesundheitsverhalten*

Einschätzung der Gesundheitsbedrohung	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r = -.30^*$ / N=123 / $p = .000$
Ausreichend Schlaf	$r = .48^*$ / N=123 / $p = .000$
Zähne putzen	$r = .22^*$ / N=123 / $p = .006$
Aktives Freizeitverhalten	$r = .16^*$ / N=122 / $p = .032$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r = .27^*$ / N=123 / $p = .001$
Risikobereitschaft	$r = -.21^*$ / N=122 / $p = .008$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= ≤ 6 Stunden pro Nacht, 10= ≥ 10 Stunden; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

Schutzfaktoren auf der Verhaltensebene:

B5: Ein hohes Ausmaß an gemeinsamen Aktivitäten mit der Familie hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Im Durchschnitt verbringen Jugendliche zwei bis drei Stunden die Woche, um etwas gemeinsam mit der Familie zu machen.

Je mehr Zeit gemeinsam mit der Familie verbracht wird, desto signifikant seltener haben Jugendliche bereits Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht und desto seltener wird die Sicherheit riskiert.

Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen werden umso häufiger ausgeführt, je mehr Zeit mit der Familie verbracht wird. Das gilt für alle Bereiche bis auf die Verhütung. Signifikante positive Korrelationen existieren in den Bereichen ausreichend Schlaf, Zähne putzen, in der Verwendung von Sicherheitsgurten und im gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten.

Die genauen Werte sind in Tabelle 10 abgebildet.

Tabelle 10: *Korrelationen zwischen gemeinsamen Aktivitäten mit der Familie und dem Gesundheitsverhalten*

Gemeinsame Aktivitäten mit der Familie	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r = -.24^*$ / $N = 124$ / $p = .003$
Ausreichend Schlaf	$r = .16^*$ / $N = 124$ / $p = .035$
Zähne putzen	$r = .18^*$ / $N = 124$ / $p = .018$
Aktives Freizeitverhalten	$r = .12$ / $N = 123$ / $p = .083$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r = .27^*$ / $N = 124$ / $p = .001$
Verwendung von Sicherheitsgurten	$r = .16^*$ / $N = 124$ / $p = .032$
Risikobereitschaft	$r = -.14$ / $N = 123$ / $p = .052$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= ≤ 6 Stunden pro Nacht, 10= ≥ 10 Stunden; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

Auf der Ebene des Umweltsystems:

B6: Ein hohes Ausmaß an Regelbefolgung zu Hause hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Je strenger die Regeln im Elternhaus zu befolgen sind, desto signifikant seltener haben Jugendliche Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen korreliert die Regelbefolgung positiv mit ausreichend Schlaf und der Verwendung von Verhütungsmitteln. Keine Zusammenhänge existieren mit dem Zähne putzen, der Verwendung von Sicherheitsgurten und dem Essverhalten. Eine negative Korrelation besteht mit dem aktiven Freizeitverhalten: Demnach sind Jugendliche seltener aktiv, je strenger die Regeln zu Hause zu befolgen sind.

SchülerInnen riskieren seltener ihre Sicherheit, wenn strengere Regeln zu Hause vorherrschen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: *Korrelationen zwischen der Regelbefolgung und dem Gesundheitsverhalten*

Regelbefolgung zu Hause	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r = -.35^* / N = 122 / p = .000$
Ausreichend Schlaf	$r = .22^* / N = 122 / p = .007$
Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr	$r = .25 / N = 36 / p = .066$
Aktives Freizeitverhalten	$r = -.11 / N = 121 / p = .101$
Risikobereitschaft	$r = -.13 / N = 122 / p = .128$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= ≤ 6 Stunden pro Nacht, 10= ≥ 10 Stunden; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

B7: Ein gutes Familienklima hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Das Familienklima wird von den SchülerInnen sehr positiv eingeschätzt mit einem Durchschnittswert von 3.13 (SD=.61) auf einer Skala von 1 bis 4.

Je besser das Familienklima eingeschätzt wird, desto signifikant seltener haben Jugendliche Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen wurden signifikante positive Korrelationen mit ausreichend Schlaf und dem Zähne putzen gefunden. Außerdem existiert ein positiver Zusammenhang mit einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten. Kein Zusammenhang besteht mit der Verwendung von Sicherheitsgurten und einem aktiven Freizeitverhalten. Eine negative Korrelation besteht mit der Verhütung, wenn man schon öfter Geschlechtsverkehr gehabt hat.

SchülerInnen riskieren umso seltener ihre Sicherheit, je besser das Familienklima eingeschätzt wird. Das Ergebnis ist signifikant.

Die Ergebnisse sind in nachfolgender Tabelle abgebildet.

Tabelle 12: *Korrelationen zwischen Familienklima und dem Gesundheitsverhalten*

Familienklima	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r = -.33^*$ / $N = 123$ / $p = .000$
Ausreichend Schlaf	$r = .25^*$ / $N = 123$ / $p = .002$
Verhütung bei häufigeren Geschlechtsverkehr	$r = -.10$ / $N = 36$ / $p = .267$
Zähne putzen	$r = .25^*$ / $N = 123$ / $p = .002$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r = .14$ / $N = 123$ / $p = .054$
Risikobereitschaft	$r = -.32^*$ / $N = 122$ / $p = .000$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

B8: Die Wichtigkeit von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen der Eltern hängt mit dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher zusammen.

Die Rangkorrelationen weisen positive Zusammenhänge in Hinblick auf ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten, die Verwendung von Verhütungsmitteln und Zähne putzen auf: Jugendliche achten signifikant häufiger auf eine gesunde Ernährung, putzen sich häufiger die Zähne und verhüten eher, wenn es für die Eltern wichtig ist, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben. Die Ergebnisse sind in der nachstehenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 13: *Korrelationen zwischen der Wichtigkeit der Eltern, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben und dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher*

Wichtigkeit der Eltern, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben	Korr / Gesamt / Sig.
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r=.28^*$ / $N=119$ / $p=.001$
Verhütung bei häufigeren Geschlechtsverkehr	$r=-.20$ / $N=35$ / $p=.124$
Zähne putzen	$r=.13$ / $N=119$ / $p=.007$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen.

B10: Sozioökonomischer Status und Gesundheitsverhalten

B10 a: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einer hohen Schulbildung der Eltern und dem Gesundheitsverhalten.

SchülerInnen haben umso häufiger Erfahrungen mit Substanzmitteln gesammelt, je höher die Schulbildung der Eltern ist.

Die höchst abgeschlossene Schulbildung der Eltern hängt positiv mit dem Zähne putzen, dem aktiven Freizeitverhalten und signifikant mit einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten und mit der Verwendung von Sicherheitsgurten zusammen. Kein Zusammenhang besteht mit ausreichend Schlaf. Ein negativer Zusammenhang existiert bei der Verwendung von Verhütungsmitteln. Je höher die Schulbildung der Eltern, desto häufiger werden gesundheitsförderliche Verhaltensweisen ausgeführt, ausgenommen die Verhütung: Jugendliche verwenden seltener Verhütungsmittel, wenn die Eltern eine höhere Schulbildung aufweisen.

Die Schulbildung hat keinen Einfluss auf die Risikobereitschaft Jugendlicher.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: *Korrelationen zwischen der höchst abgeschlossenen Schulbildung der Eltern und dem Gesundheitsverhalten*

Schulbildung der Eltern	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	r=.14 / N=93 / p=.087
Zähne putzen	r=.14 / N=93 / p=.082
Aktives Freizeitverhalten	r=.12 / N=92 / p=.123
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	r=.20* / N=93 / p=.023
Verwendung von Sicherheitsgurten	r=.19* / N=93 / p=.033

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer.

Als nächsten Schritt werden Risikofaktoren auf den verschiedenen Ebenen mittels Korrelationen überprüft, die mit gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen in Verbindung stehen.

Forschungsbereich C: Risikofaktoren

Auf der Persönlichkeitsebene:

C1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Hoffnungslosigkeit und dem Gesundheitsverhalten.

Jugendliche, die oft hoffnungslose und depressive Gefühle empfinden, haben häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Außerdem schlafen sie weniger, achten seltener auf ihr Ernährungsverhalten und riskieren häufiger die Sicherheit. Die berichteten Ergebnisse sind bis auf die Risikobereitschaft signifikant (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: *Korrelationen zwischen Hoffnungslosigkeit und dem Gesundheitsverhalten*

Hoffnungslosigkeit	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r=.15^*$ / $N=123$ / $p=.043$
Ausreichend Schlaf	$r=-.22^*$ / $N=123$ / $p=.007$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r=-.20^*$ / $N=123$ / $p=.013$
Risikobereitschaft	$r=.14$ / $N=122$ / $p=.057$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

C2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Stressempfinden und dem Gesundheitsverhalten.

Ein hohes Stressempfinden korreliert positiv mit der Erfahrung mit Substanzmitteln.

SchülerInnen weisen umso seltener ein aktives und umso häufiger ein passives Freizeitverhalten auf, je größer das Ausmaß an Stressempfinden ist. Sie verhüten häufiger. Signifikante und negative Korrelationen existieren in den Bereichen gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten und ausreichend Schlaf. Sie weisen eine signifikant höhere Risikobereitschaft auf, wenn sie häufig Stress empfinden. Kein Zusammenhang existiert mit dem Zähne putzen und der Verwendung von Sicherheitsgurten (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: *Korrelationen zwischen Stressempfinden und dem Gesundheitsverhalten*

Stressempfinden	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r=.19^*$ / $N=123$ / $p=.015$
Ausreichend Schlaf	$r=-.25^*$ / $N=123$ / $p=.002$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r=-.26^*$ / $N=123$ / $p=.002$
Aktives Freizeitverhalten	$r=-.10$ / $N=122$ / $p=.123$
Passives Freizeitverhalten	$r=.13$ / $N=122$ / $p=.063$
Verhütung bei häufigeren Geschlechtsverkehr	$r=.27$ / $N=36$ / $p=.053$
Risikobereitschaft	$r=.17^*$ / 122 / $p=.030$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= ≤ 6 Stunden pro Nacht, 10= ≥ 10 Stunden; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Aktives / Passives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

C3: Ein niedriger akademischer Leistungswert hängt mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Die Erfahrung mit Substanzmitteln korreliert negativ mit dem akademischen Leistungswert. SchülerInnen, die nicht vorhaben auf eine Hochschule zu gehen, haben signifikant häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Je niedriger der akademische Leistungswert ist, desto signifikant kürzer ist die durchschnittliche Schlafdauer, desto seltener werden die Zähne geputzt und verhütet und desto häufiger verfügen Jugendliche über ein aktives Freizeitverhalten und riskieren ihre Sicherheit. Keine Zusammenhänge bestehen mit einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten und der Verwendung von Sicherheitsgurten.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 zusammengefasst.

Tabelle 17: *Zusammenhang zwischen dem akademischen Leistungswert und dem Gesundheitsverhalten*

Niedriger akademischer Leistungswert	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r = -.25^* / N = 124 / p = .002$
Ausreichend Schlaf	$r = .15^* / N = 124 / p = .043$
Zähne putzen	$r = .13 / N = 124 / p = .070$
Aktives Freizeitverhalten	$r = -.12 / N = 123 / p = .088$
Verhütung bei häufigeren Geschlechtsverkehr	$r = .11 / N = 36 / p = .493$
Risikobereitschaft	$r = -.14 / N = 123 / p = .054$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= ≤ 6 Stunden pro Nacht, 10= > 10 Stunden; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

Auf der Verhaltensebene:

C4: Schlechte Noten in der Schule hängen mit dem Gesundheitsverhalten zusammen.

Die Erfahrung mit Substanzmitteln korreliert positiv mit der Note, weil SchülerInnen, die schlechtere Noten in der Schule haben (hohe Ausprägung), häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln (hohe Ausprägung) gesammelt haben. Das Ergebnis ist signifikant.

Schlechte Noten hängen signifikant mit wenig Schlafstunden, seltenere Verwendung von Sicherheitsgurten und häufigere Risikobereitschaft zusammen. SchülerInnen, die schlechte Noten schreiben, achten weniger auf ihr Ernährungsverhalten. Keine Zusammenhänge wurden im Bereich der Verhütung, Bewegung und dem Zähne putzen gefunden (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: *Zusammenhang zwischen schlechten Schulnoten und dem Gesundheitsverhalten*

Schlechte Note in der Schule	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r=.27^*$ / $N=124$ / $p=.001$
Ausreichend Schlaf	$r=-.15^*$ / $N=123$ / $p=.044$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r=-.13$ / $N=123$ / $p=.073$
Verwendung von Sicherheitsgurten	$r=-.21^*$ / $N=123$ / $p=.008$
Risikobereitschaft	$r=.21^*$ / $N=122$ / $p=.010$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

C5: Es gibt einen Zusammenhang zwischen häufigen Gedanken an Schulabbruch und dem Gesundheitsverhalten.

SchülerInnen, die oft daran denken, die Schule abubrechen, haben häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht und gehen häufiger ein Risiko ein. Sie schlafen weniger in der Nacht, achten seltener auf ihre Essgewohnheiten und verwenden seltener Sicherheitsgurte. Die Ergebnisse sind signifikant.

Jugendliche verhüten umso seltener, je häufiger an Schulabbruch gedacht wird. Keine Zusammenhänge bestehen mit dem Zähne putzen und dem Bewegungsverhalten.

Die Ergebnisse sind in nachstehender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 19: *Zusammenhang zwischen Gedanken an Schulabbruch und dem Gesundheitsverhalten*

Gedanken an Schulabbruch	Korr / Gesamt / Sig.
Erfahrung mit Substanzmitteln	$r=.38^*$ / $N=123$ / $p=.000$
Ausreichend Schlaf	$r=-.22^*$ / $N=123$ / $p=.006$
Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten	$r=-.15^*$ / $N=123$ / $p=.049$
Verwendung von Sicherheitsgurten	$r=-.18^*$ / $N=123$ / $p=.023$
Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr	$r=-.11$ / $N=36$ / $p=.259$
Risikobereitschaft	$r=.36^*$ / $N=122$ / $p=.000$

Anmerkung: Ein Sternchen* nach der Korrelation (r) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= ≤ 6 Stunden pro Nacht, 10= ≥ 10 Stunden; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

C7: Wenn im Freundeskreis gesundheitsschädigende Verhaltensweisen befürwortet werden, werden diese von Jugendlichen häufiger ausgeführt.

Die Einstellung der Freunde hängt signifikant negativ mit der Substanzmittelerfahrung ($r=-.56^*$, $N=119$, $p=.000$) und der Risikobereitschaft ($r=-.40^*$, $N=119$, $p=.000$) zusammen: Je häufiger gesundheitsschädigende Verhaltensweisen vom Freundeskreis befürwortet werden, desto signifikant häufiger haben Jugendliche Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht und ihre Sicherheit riskiert.

C8: Eine höhere Orientierung an den Freundeskreis anstelle der Familie geht mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen einher.

Jugendliche haben signifikant häufiger Erfahrungen mit Substanzmitteln gesammelt, wenn sie sich mehr auf den Rat von Freunden verlassen ($r=.41^*$, $N=120$, $p=.000$). Bezüglich der Risikobereitschaft wurde kein Zusammenhang gefunden.

3.3.4 Unterschiedshypothesen: U-Test nach Mann und Whitney

Um Unterschiede des Gesundheitsverhaltens zu überprüfen, wird für die nachfolgenden Arbeitshypothesen der verteilungsfreie U-Test nach Mann und Whitney angewendet, weil die Variablen nicht normalverteilt sind. Zuerst wird auf die Schutzfaktoren und dann auf die Risikofaktoren eingegangen.

Schutzfaktoren auf der Ebene des Umweltsystems:

B9: Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich in Abhängigkeit der Familienstruktur.

Es wurde überprüft, ob sich Jugendliche, deren Eltern zusammen leben von denjenigen unterscheiden, deren Eltern getrennt, geschieden oder verstorben sind.

79 Jugendliche geben an, dass die Eltern zusammenleben und in 46 Fällen war dies nicht der Fall. Von denjenigen SchülerInnen, deren Eltern nicht zusammen leben, sind 23 Elternpaare geschieden, 18 Paare getrennt, bei einem/e Schüler/in die Mutter verstorben und bei drei SchülerInnen der Vater verstorben.

Jugendliche haben signifikant häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht, wenn die Eltern nicht zusammen leben.

Diejenigen SchülerInnen, deren Eltern zusammen leben, schlafen länger, putzen jedoch seltener die Zähne, achten weniger auf ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten und führen seltener ein aktives Freizeitverhalten aus. Sie erreichen höhere Werte auf der Skala „Passives Freizeitverhalten“ und verwenden seltener den Sicherheitsgurt. Jugendliche, deren Eltern zusammen leben, weisen eine geringere Risikobereitschaft auf (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Auswirkung der Familienstruktur auf das Gesundheitsverhalten

Eltern Nicht Zusammen (ENZ) / Eltern Zusammen (EZ)	Mittlerer Rang ENZ / EZ	U-Wert Signifikanz	Min – Max ENZ / EZ	Mittelwert (SD) ENZ / EZ
Erfahrung mit Substanzmitteln (N=45 / 79 / 124)	73.31 / 56.34	1291.000* p=.010	1 – 3 / 1 – 3	2.03 (.72) / 1.70 (.60)
Ausreichend Schlaf (N=45 / 79 / 124)	61.62 / 63.00	1738.000 p=.836		4.17 (2.07) / 4.30 (2.04)
Zähne putzen (N=45 / 79 / 124)	65.80 / 60.62	1629.000 p=.402	1.50 – 3.50 / 1.00 – 3.50	2.20 (.52) / 2.09 (.53)
Verwendung von Sicherheits- gurten (N=45 / 79 / 124)	69.04 / 58.77	1483.000 p=.080	1 – 4 / 1 – 4 /	3.60 (.88) / 3.36 (.95)
Aktives Freizeit- verhalten (N=45 / 78 / 123)	63.54 / 61.11	1685.500 p=.714	1 – 6 / 1 – 6 /	2.74 (1.26) / 2.58 (.95)
Passives Freizeit- verhalten (N=45 / 79 / 124)	60.34 / 63.73	1680.500 p=.612	1.75 – 5 / 1.75 – 6	3.11 (.83) / 3.27 (.98)
Gesundheits- bewusstes Ernährungs- verhalten (N=45 / 79 / 124)	63.20 / 62.10	1746.000 p=.869	1 – 2.60 / 1 – 2.80	1.75 (.43) / 1.73 (.48)
Risiko- Bereitschaft (N=44 / 79 / 123)	67.25 / 59.08	1507.000 p=.217	1 – 4 / 1 – 3.25	1.93 (.87) / 1.67 (.58)

Anmerkung: Ein Sternchen* nach dem U-Wert (3. Spalte, obere Zeile) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. In der ersten Spalte befindet sich in den Klammern die Stichprobenaufteilung in den Gruppen ENZ (Eltern nicht zusammen) und EZ (Eltern zusammen) und der Gesamtumfang. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1=< 6 Stunden pro Nacht, 10=> 10 Stunden; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer; Aktives/ Passives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

B10 b: Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Erwerbstätigkeit der Eltern.

Als weiteren Schritt soll nun überprüft werden, ob sich Jugendliche, deren beide Eltern vollzeitig beschäftigt sind von jenen unterscheiden, bei denen nur ein Elternteil oder keiner vollzeitig beschäftigt ist.

In 49 Fällen sind arbeiten beide Eltern vollzeitig. Diese wurden nun mit den übrigen 75 Fällen verglichen.

Wenn beide Eltern vollzeitig beschäftigt sind, haben Jugendliche häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

SchülerInnen pflegen häufiger die Zähne, weisen ein signifikant aktiveres Freizeitverhalten auf und verfügen über bessere Ernährungsgewohnheiten, wenn beide Eltern Vollzeit arbeiten. Auf der anderen Seite schlafen sie aber weniger, verwenden seltener den Sicherheitsgurt und haben eine höhere Risikobereitschaft. Keinen Zusammenhang gibt es mit der Verhütung.

Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 21 wieder.

Tabelle 21: *Auswirkung der Beschäftigungsart der Eltern auf das Gesundheitsverhalten Jugendlicher*

Nicht Vollzeit (NBV) / Beide Vollzeit (BV)	Mittlerer Rang NBV / BV	U-Wert Signifikanz	Min – Max NBV / BV	Mittelwert (SD) NBV / BV
Substanzmittel- erfahrung (N=75 / 49 / 124)	60.53 / 65.51	1690.000 p=.444	1 – 3 / 1 – 3 /	1.78 (.67) / 1.87 (.67)
Ausreichend Schlaf (N=75 / 49 / 124)	63.75 / 60.59	1744.000 p=.629	1 – 10 / 1 – 8	4.32 (2.04) / 4.16 (2.07)
Zähne putzen (N=75 / 49 / 124)	61.20 / 64.49	1740.000 p=.588	1 – 3.50 / 1 – 3.50 /	2.11 (.53) / 2.16 (.53)
Verwendung von Sicherheits- gurten (N=75 / 49 / 124)	62.85 / 61.96	1811.000 p=.877	1 – 4 / 1 – 4	3.46 (.91) / 3.42 (.97)
Aktives Freizeitverhalten (N=74 / 49 / 123)	55.85 / 71.29	1358.000* p=.018	1 – 5 / 1 – 6	2.45 (.99) / 2.93 (1.13)
Gesundheits- bewusstes Ernährungs- verhalten (N=75 / 49 / 124)	60.44 / 65.65	1683.000 p=.426	1 – 2.80 / 1 – 2.60	1.72 (.46) / 1.78 (.46)
Risikobereit- schaft (N=74 / 49 / 123)	57.72 / 68.46	1496.500 p=.098	1 – 4 / 1 – 3.75	1.70 (.73) / 1.86 (.67)

Anmerkung: Ein Sternchen* nach dem U-Wert (3. Spalte, obere Zeile) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. In der ersten Spalte befindet sich in den Klammern die Stichprobenaufteilung in den Gruppen NBV (Nicht Beide Vollzeit) und BV (Beide Vollzeit) und der Gesamtumfang. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

*Risikofaktoren auf der Ebene des Umweltsystems:*C6: Jugendliche rauchen häufiger, wenn im engeren Familienkreis auch geraucht wird.

In 52 der Fälle (41.9%) raucht niemand aus dem engeren Familienkreis. In den übrigen 72 Fällen (58.1%) kann davon ausgegangen werden, dass mindestens ein engeres Familienmitglied RaucherIn ist. Um diese beiden Gruppen miteinander zu vergleichen, wird der U-Test nach Mann und Whitney angewendet.

Wenn engere Familienmitglieder wie der Vater bzw. der Stiefvater, die Mutter bzw. die Stiefmutter oder Geschwister rauchen, dann haben Jugendliche häufiger Erfahrungen mit einer Zigarette gemacht, in den letzten 12 Monaten signifikant häufiger geraucht und im letzten Monat mehr Zigaretten geraucht als Jugendliche, bei denen niemand im engeren Familienkreis raucht (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: *Das Rauchverhalten der Jugendlichen in Abhängigkeit vom Rauchverhalten der Familienmitglieder*

Raucher in Familie (R) / Nichtraucher in Familie (NR)	Mittlerer Rang R/ NR	U-Wert Signifikanz	Min – Max R / NR	Mittelwert (SD) R / NR
Erfahrung mit dem Rauchen (N=72 / 52 / 124)	67.44 / 55.65	1516.000 p=.058	1 – 4 / 1 – 4 /	2.61 (1.32) / 2.19 (1.13)
Häufigkeit des Rauchens in den letzten 12 Monaten (N=43 / 25 / 68)	38.24 / 28.06	376.500* p=.030	1 – 4 / 1 – 4	3.25 (.92) / 2.72 (1.02)
Anzahl der Zigaretten im letzten Monat (N=40 / 22 / 62)	34.48 / 26.09	321.000 p=.075	1 – 8 / 1 – 8	3.47 (1.67) / 2.86 (2.07)

Anmerkung: Ein Sternchen* nach dem U-Wert (3. Spalte, obere Zeile) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde einseitig getestet. In der ersten Spalte befindet sich in den Klammern die Stichprobenaufteilung in den Gruppen R (Raucher in Familie) und NR (Nichtraucher in Familie) und der Gesamtumfang. Messwertstufen: Erfahrung mit dem Rauchen 1=nein nie, 4=mehr als einige Male; Häufigkeit des Rauchens 1=nie, 4=mehr als einige Male; Anzahl der Zigaretten im letzten Monat 1=keine, 8=ungefähr 2 Packungen und mehr.

3.3.5 Geschlechtsspezifischer Vergleich des Gesundheitsverhaltens: T-Test nach Student, U-Test nach Mann und Whitney und Kreuztabelle mit Chiquadrat-Analyse

Um das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen geschlechtsspezifisch untersuchen zu können, werden zunächst zwei Tests angewendet: Der T-Test nach Student vergleicht die Mittelwerte von Mädchen und Jungen, wenn die Variablen Normalverteilung aufweisen. Für die übrigen Variablen wird der verteilungsfreie U-Test nach Mann und Whitney angewendet.

Forschungsbereich D / Geschlecht:

D1: Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen.

Weil die einzelnen Variablen des Gesundheitsverhaltens verschiedene Verteilungen aufweisen, wurden für die normalverteilten Variablen „Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten“, „Aktives Freizeitverhalten“ und „Ausreichend Schlaf“ T-Tests nach Student (siehe Tabelle 23) und für die übrigen Variablen verteilungsfreie U-Tests nach Mann und Whitney (siehe Tabelle 24) angewendet.

Im Bezug auf die Erfahrung mit Substanzmitteln gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwar dahingehend, dass männliche Jugendliche häufiger Alkohol-, Zigaretten- und Marihuana ausprobiert haben.

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen unterscheiden sich Mädchen und Jungen signifikant voneinander bezüglich dem Zähne putzen und ausreichend schlafen. Mädchen putzen sich häufiger die Zähne und schlafen im Durchschnitt länger als Jungen. Sie verhüten häufiger und benützen signifikant öfter den Sicherheitsgurt. Während männliche Jugendliche über ein aktiveres Freizeitverhalten verfügen, besitzen Mädchen ein ausgeprägteres Ernährungsbewusstsein, obwohl sie häufiger das Frühstück ausfallen lassen.

Jungen weisen eine signifikant höhere Risikobereitschaft als Mädchen auf.

Tabelle 23: *Geschlechtsspezifischer Vergleich des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen* für normalverteilte Daten (T-Test)

	Mittelwerte (SD) m / w	T-Wert Signifikanz	Min – Max m / w	df
Ausreichend Schlaf	3.85 (1.97) / 4.59 (2.06)	-2.02* p=.045	1 – 8 / 1 – 10	122
Aktives Freizeitverhalten	2.83 (1.19) / 2.48 (.95)	1.79 p=.076	1 – 6 / 1 – 5	121
Gesundheits- bewusstes Ernährungs- verhalten	1.67 (.51) / 1.80 (.41)	-1.55 p=.122	1 – 2.60 / 1 – 2.80	122

Anmerkung: Ein Sternchen* nach dem T-Wert (3. Spalte, obere Zeile) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde zweiseitig getestet. Messwertstufen: Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel.

Tabelle 24: *Geschlechtsspezifischer Vergleich des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen (U-Test)*

	Mittlere Ränge [m] / [w]	U-Wert Signifikanz	Min – Max m / w	Mittelwert (SD) m / w
Substanzmittel- erfahrung (N=57 / 67 / 124)	70.29 / 55.87	1465.000* p=.024	1 – 3 / 1 – 3	1.98 (.76) / 1.68 (.54)
Zähne putzen (N=57 / 67 / 124)	53.16 / 70.45	1377.000* p=.004	1 – 3.50 / 1 – 3.50	2.00 (.50) / 2.24 (.52)
Verhütung bei öfteren Geschlechts- verkehr ¹ (N=22 / 14 / 36)	15.77 / 22.79	94.000 p=.053	1 – 4 / 3 – 4	3.04 (1.29) / 3.85 (.36)
Risikobereit- schaft (N=56 / 67 / 123)	72.30 / 53.39	1299.000* p=.003	1 – 4 / 1 – 3	1.99 (.79) / 1.57 (.56)
Frühstück auslassen (N=57 / 67 / 124)	60.86 / 62.96	1812.000 p=.729	1 – 3 / 1 – 3	2.05 (.84) / 2.10 (.85)
Verwendung von Sicherheitsgurte n (N=57 / 67 / 124)	55.80 / 68.20	1527.500* p=.029	1 – 4 / 1 – 4	3.32 (.97) / 3.55 (.88)

Anmerkung: ¹Bei der Verhütung wurde der exakte Test nach Fisher berechnet. Ein Sternchen* nach dem U-Wert (3. Spalte, obere Zeile) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde zweiseitig getestet. In der ersten Spalte befindet sich in den Klammern die Stichprobenaufteilung nach den Geschlechtern m (männlich) und w (weiblich) und der Gesamtumfang. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig; Frühstück auslassen 1=fast nie, 3=meistens; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer.

Body-Mass-Index (BMI) von Jugendlichen und die Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht: Kreuztabelle mit Chiquadrat-Analyse

Im Bereich der Ernährung konnten von 104 Jugendlichen BMI-Werte berechnet werden. Da die Angaben bezüglich Gewicht und Körpergröße nicht vollständig waren, fielen einige Jugendliche weg.

86.5% sind normalgewichtig, bei den Buben sind es 44.23% und bei den Mädchen 42.30%, 7.6% sind untergewichtig (2.8% unter den Buben und 4.8% unter den Mädchen) und 5.7% sind übergewichtig (.96% bei den Buben und 4.8% bei den Mädchen). Sowohl mehr Mädchen als Buben sind unter- als auch übergewichtig. Der Unterschied ist aber sehr gering.

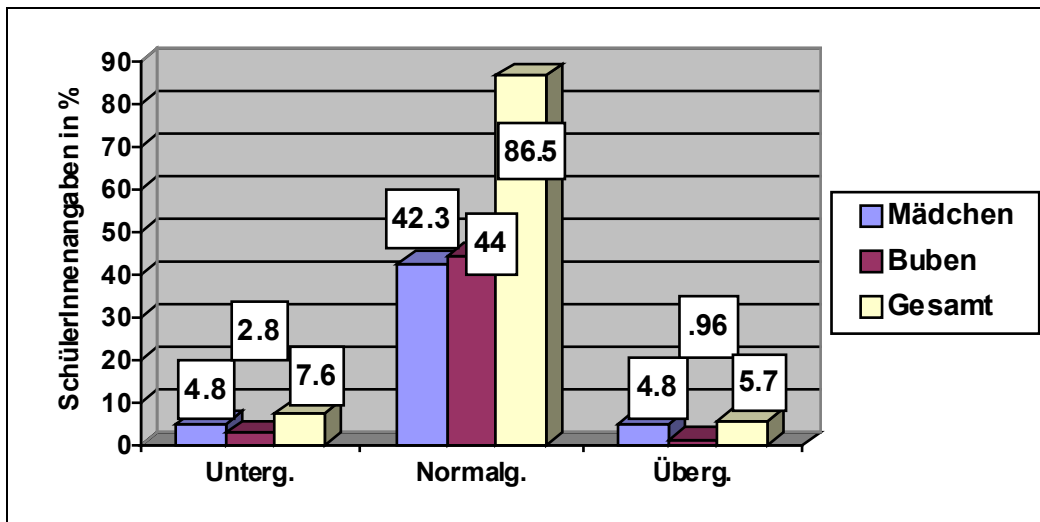


Abbildung 6: Anteil an unter-, normal- und übergewichtigen Jugendlichen in Prozent

Um zu überprüfen, ob sich das Gewicht der Jugendlichen signifikant zwischen den Geschlechtern unterscheidet, wurde eine Kreuztabelle mit Chiquadrat- Analyse erstellt. Ein Chiquadrat von 3.06 ist bei $df=2$ nicht signifikant ($p=.219$). Die Geschlechter unterscheiden sich nicht signifikant voneinander bezüglich des Gewichts. Die Ergebnisse sind in Tabelle 25 abgebildet.

Tabelle 25: Einteilung des Körpergewichts der SchülerInnen in unter-, normal- und übergewichtig

	Gewicht			Total
Geschlecht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	
weiblich	5	44	5	54
männlich	3	46	1	50
Total	8	90	6	104

Wie aus der Abbildung 6 hervorgeht, ist der Großteil der SchülerInnen normalgewichtig. Wenn man die Relation des wahren Gewichts der Jugendlichen zum wahrgenommenen Gewicht setzt, ergibt sich folgendes Bild: 65.4% der Jugendlichen sind unzufrieden mit ihrem Gewicht. Insgesamt wollen mehr SchülerInnen abnehmen als zunehmen. Während vor allem Buben an Gewicht zunehmen wollen, sind es über 70% der Mädchen, die Gewicht verlieren möchten.

Die Ergebnisse sind in Abbildung 7 dargestellt.

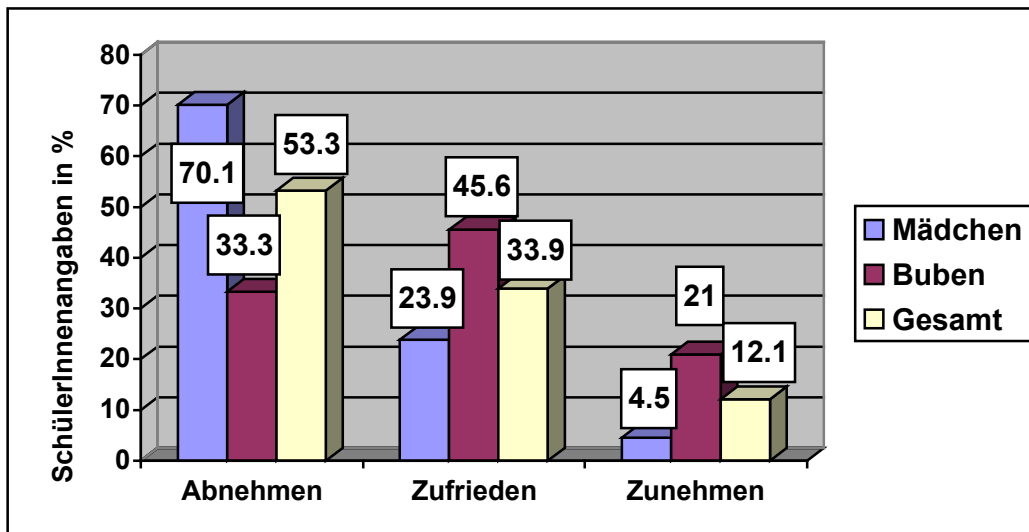


Abbildung 7: Zufriedenheit mit dem Gewicht in Prozent geordnet nach Geschlecht

Um zu überprüfen, ob es signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht zwischen den Geschlechtern gibt, wurde eine Kreuztabelle mit Chiquadrat- Analyse berechnet. Wesentlich mehr weibliche als männliche Jugendliche wollen abnehmen (48 Mädchen vs.

19 Buben), mit dem Gewicht zufrieden sind hingegen 26 Buben und 16 Mädchen und zunehmen wollen 12 Buben, hingegen nur 3 Mädchen. Ein Chiquadrat von 21.11 ist signifikant ($df=5$, $p=.001$). Die Zufriedenheit mit dem Gewicht unterscheidet sich daher signifikant zwischen den Geschlechtern.

3.3.6 Vergleich zwischen den Schulstufen: T-Test und U-Test nach Mann und Whitney

Um Unterschiede des Gesundheitsverhaltens zwischen den 5. Klassen und den 7. Klassen zu überprüfen, wird der T-Test nach Student für normalverteilte Daten und der U-Test für die übrigen Variablen angewendet.

Forschungsbereich E / Alter:

E1: Es gibt Unterschiede des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen zwischen den einzelnen Schulstufen.

SchülerInnen aus den 7. Klassen haben signifikant häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht.

Im Bereich der gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen schneiden Jüngere besser ab: Die 5. Klassen schlafen durchschnittlich länger. Sie putzen häufiger die Zähne und führen häufiger ein aktives Freizeitverhalten aus. Die 7. Klassen erreichen höhere Werte auf der Skala „Passives Freizeitverhalten“. Ältere SchülerInnen benützen signifikant häufiger den Sicherheitsgurt, wenn sie im Auto bei Freunden oder der Familie mitfahren. Jüngere SchülerInnen verfügen über signifikant bessere Ernährungsgewohnheiten. Ältere Jugendliche verhüten häufiger, wenn sie schon öfter Geschlechtsverkehr gehabt haben.

Jüngere SchülerInnen sind häufiger bereit, die Sicherheit aufs Spiel zu setzen und ein Risiko einzugehen.

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 26 (U-Test) und 27 (T-Test) dargestellt.

Tabelle 26: Überblick über gesundheitsbezogene Verhaltensweisen Jugendlicher nach Schulstufen geordnet (U-Test)

	Mittlerer Rang 5.Klassen / 7. Klassen	U-Wert Signifikanz	Min – Max 5.Klassen / 7.Klassen	Mittelwert (SD) 5.Klassen / 7.Klassen
Erfahrung mit Substanzmitteln (N=65 / 59 / 124)	53.09 / 72.86	1306.000* p=.002	1 – 3 / 1 – 3	1.64 (.59) / 2.02 (.69)
Zähne putzen (N=65 / 59 / 124)	63.77 / 61.10	1835.000 p=.654	1 – 3.50 / 1.50 – 3.50	2.12 (.50) / 2.14 (.55)
Passives Freizeitverhalten (N=65 / 59 / 124)	59.72 / 65.56	1737.000 p=.364	1.75 – 6 / 1.75 – 6 /	3.15 (.94) / 3.27 (.92)
Verwendung von Sicherheitsgurten (N=65 / 59 / 124)	53.28 / 72.65	1318.500* p=.001	1 – 4 / 1 – 4	3.20 (1.04) / 3.71 (.70)
Verhütung ¹ bei öfteren Geschlechtsverkehr (N=14 / 22 / 36)	16.75 / 19.61	129.500 p=.432	1 – 4 / 2 – 4	3.00 (1.51) / 3.59 (.66)
Risikobereitschaft (N=65 / 58 / 123)	66.15 / 57.35	1615.500 p=.167	1 – 4 / 1 – 4	1.81 (.64) / 1.71 (.78)

Anmerkung: ¹Bei der Verhütung wurde der exakte Test nach Fisher berechnet. Ein Sternchen* nach dem U-Wert (3. Spalte, obere Zeile) deutet auf Signifikanz hin (p < .05). Es wurde zweiseitig getestet. In der ersten Spalte befindet sich in den Klammern die Stichprobenaufteilung in den Schulklassen (5. Klassen und 7. Klassen) und der Gesamtumfang. Messwertstufen: Erfahrung mit Substanzmitteln 1=nie, 3=häufig; Ausreichend Schlaf 1=< 6 Stunden pro Nacht, 10=> 10 Stunden; Zähne putzen 1=alle paar Tage Mal, 4=nach jedem Essen; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Verwendung von Sicherheitsgurten 1=Kaum, 4=Fast immer; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel; Verhütung bei öfteren Geschlechtsverkehr 1=nie, 4=immer; Risikobereitschaft 1=nie, 4=sehr häufig.

Tabelle 27: *Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen mit Normalverteilung nach Schulstufen geordnet*

	Mittelwerte (SD) 5.Klassen / 7.Klassen	T-Wert Signifikanz	Min – Max	df
Ausreichend Schlaf	4.55 (1.39) / 3.93 (2.13)	1.70 p=.091	1 – 8 / 1 – 10	122
Aktives Freizeit- verhalten	2.67 (1.03) / 2.61 (1.12)	.29 p=.771	1 – 6 / 1 – 6	121
Gesundheits- bewusstes Ernährungs- verhalten	1.84 (.45) / 1.64 (.45)	2.42* p=.017	1 – 2.80 / 1 – 2.60	122

Anmerkung: Ein Sternchen* nach dem T-Wert (3. Spalte, obere Zeile) deutet auf Signifikanz hin ($p < .05$). Es wurde zweiseitig getestet. Messwertstufen: Ausreichend Schlaf 1= $\leq$ 6 Stunden pro Nacht, 10= $\geq$ 10 Stunden; Aktives Freizeitverhalten 1=Keine h, 6=8h und mehr; Gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten 1=nie, 3=viel.

3.4 Diskussion

Wie man aus den vorliegenden Daten erkennen kann, stellt das Gesundheitsverhalten ein sehr komplexes Verhalten dar, dass differenziert untersucht werden muss. Die Ergebnisse machen deutlich, dass verschiedene Bereiche einen bedeutenden Einfluss auf das Verhalten ausüben.

Der in der Literatur postulierte Zusammenhang zwischen einer hohen Ausprägung auf der Neurotizismus-Skala und dem Rauchen (Becker, 2002; Terracciano & Costa, 2004) konnte in der vorliegenden SchülerInnenuntersuchung nicht bestätigt werden. Es wurde jedoch nicht das Rauchverhalten als alleiniges Risikoverhalten untersucht, sondern die Skala „Substanzmittelerfahrung“, die neben dem Rauchverhalten auch den Alkoholkonsum und die Erfahrung mit Marihuana abfragt.

Während im Bereich der gesundheitsbewussten Ernährung ein hoher Neurotizismuswert mit einem gering ausgeprägten Ernährungsbewusstsein einhergeht, wird in der Literatur ein Zusammenhang zwischen einem niedrigen Neurotizismuswert und Junk-Food Konsum postuliert (Torgerson & Vollrath, 2006). In der SchülerInnenuntersuchung wirkt sich ein hoher Neurotizismuswert auch auf andere Gesundheitsverhaltensweisen hinderlich aus (Ausreichend Schlaf, Zähne putzen und ein aktives Freizeitverhalten).

Speziell bei Persönlichkeitsmerkmalen kommen verschiedene UntersucherInnen häufig zu unterschiedlichen, widersprüchlichen Ergebnissen. Vollrath et al. (1999) konnten beispielsweise keinen Zusammenhang zwischen der Neurotizismus-Skala und allgemein riskantem Verhalten feststellen. Es spielen wahrscheinlich andere Faktoren eine ebenso wichtige Rolle, sodass die Ergebnisse bei Heranziehen von nur einzelnen Faktoren keinen hinreichenden Vorhersagewert besitzen. Weitere Variablen müssen miteinbezogen und im Detail untersucht werden.

Der Zusammenhang zwischen Extraversion und riskantem Gesundheitsverhalten (Torgerson & Vollrath, 2006) konnte in der Fragebogenuntersuchungen in den Bereichen Substanzmittelerfahrung und Risikobereitschaft bestätigt werden. Extraversion hat ebenfalls einen Einfluss auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie Zähne putzen, Bewegung und ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten. Der Zusammenhang mit körperlicher Aktivität wurde auch bei Torgerson und Vollrath (2006) gefunden. Demnach scheint eine hohe Ausprägung auf der Dimension Extraversion sowohl einige gesundheitsförderliche als auch -schädigende Verhaltensweisen zu begünstigen.

Sehr wenig Befunde gibt es im Bereich der Dimension Offenheit für Neues. Eine hohe Ausprägung auf der Skala geht mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einher, bereits Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht zu haben. Außerdem konnte ein hoher Wert mit ausreichend Schlaf, Zähne putzen, einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten, mehr Bewegung und einer häufigeren Verwendung von Sicherheitsgurten in Zusammenhang gebracht werden. Diese Ergebnisse klingen vielversprechend. Demzufolge scheint es, als könnte eine hohe Ausprägung auf der Offenheit-Skala ein Schutzfaktor für die Gesundheit darstellen. Des weiteren wurde ein Zusammenhang zwischen einer hohen Ausprägung und einem geringeren sexuellen Risikoverhalten gefunden. Jugendliche mit höheren Werten auf der Skala verhüten häufiger als jene, die weniger offen sind. Dieses Ergebnis widerspricht sich mit den Befunden von Vollrath et al. (1999), wo ein hoher Offenheitswert mit riskantem Sexualverhalten in Verbindung gebracht wurde. Weitere Untersuchungen könnten mehr Klarheit und womöglich überraschende Erkenntnisse liefern.

Weitaus besser erforscht ist die Dimension Gewissenhaftigkeit. Dass eine hohe Ausprägung der Gewissenhaftigkeit-Skala mit gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen in Zusammenhang steht, wurde in vielen Studien bestätigt (z.B.: Bogg & Roberts, 2004; Terracciano & Costa, 2004). Auch in der SchülerInnenbefragung korreliert ein hoher

Wert positiv mit allen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (einem gesunden Bewegungs- und Ernährungsverhalten, Zähne putzen, ausreichend Schlaf, der häufigeren Verwendung von Sicherheitsgurten und der Anwendung von Verhütungsmitteln) und negativ im Bereich der gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen (Erfahrung mit Substanzmitteln und die Risikobereitschaft).

Der Literatur zufolge (Becker, 2002; Markey et al., 2003; Terracciano & Costa, 2004) geht eine hohe Ausprägung auf der Verträglichkeit-Skala mit einem geringeren Ausmaß an Risikoverhaltensweisen einher. In der Fragebogenuntersuchung wurde kein Zusammenhang zwischen der Skala und ausreichend Schlaf, Zähne putzen und der Verwendung von Sicherheitsgurten gefunden. Jedoch korreliert ein hoher Wert auf der Verträglichkeit-Skala gering und negativ mit der Substanzmittelerfahrung und der Risikobereitschaft und positiv mit einem ausgeprägten Bewegungs- und Ernährungsverhalten und mit der häufigeren Verwendung von Verhütungsmitteln. Auch wenn der Zusammenhang nicht bei allen untersuchten Variablen gefunden wurde, scheint die Dimension der Verträglichkeit ein Schutzfaktor für die Gesundheit zu sein.

In der Fragebogenuntersuchung geht eine positive Einstellung zur Gesundheit mit gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen einher wie einem gesunden Ernährungsbewusstsein und einem aktiven Freizeitverhalten. Im Bereich der Verhütung deuten die Ergebnisse jedoch in die entgegengesetzte Richtung: Jugendliche verhüten demnach seltener, je positiver ihre Einstellung zur Gesundheit ist. Zu erwarten wäre gewesen, dass man häufiger verhütet, wenn die Gesundheit als wichtig erachtet wird. Diejenigen Jugendlichen, die Angaben über die Häufigkeit der Verhütung gemacht haben, machen nur einen kleinen Teil der Gesamtstichprobe aus. Von 124 SchülerInnen haben 36 Angaben über die Verwendung von Verhütungsmitteln gemacht. Die meisten haben noch keine sexuellen Erfahrungen gemacht oder wollten diese nicht bekannt geben. Der Stichprobenumfang in diesem Bereich ist also keineswegs aussagekräftig. Man hätte die „Unerfahrenen“ befragen können, ob sie

Verhütungsmittel anwenden würden, wenn es zum Geschlechtsverkehr käme.

Ebenso geht ein gutes Familienklima mit einer geringeren Tendenz einher, Verhütungsmittel zu verwenden. Dieses Ergebnis ist unerwartet. Eine größere Stichprobe könnte mehr Erklärungswert über diesen scheinbaren Zusammenhang liefern. Möglicherweise stecken andere Variablen, sogenannte Störvariablen dahinter, die in der Fragebogenuntersuchung nicht beachtet wurden.

Ein weiteres überraschendes Ergebnis wurde im Bereich der Regelbefolgung zu Hause gefunden. Einigen Autoren zufolge (Dür & Griebler, 2007; Turner et al., 1993) zeigen Jugendliche dann riskantes Gesundheitsverhalten, wenn die Eltern keine klaren Regeln setzen. In der Fragebogenuntersuchung weisen SchülerInnen jedoch umso seltener ein aktives Freizeitverhalten auf, je strenger die Regeln zu Hause waren. Es könnte sein, dass Jugendliche mehr Zeit zu Hause verbringen, weil die Eltern es womöglich nicht erlauben, ein regelmäßiges Sportprogramm oder andere Freizeitaktivitäten außer Haus auszuüben. Wenn sich Kinder draußen aufhalten, wissen Eltern nicht was sie machen oder mit wem sie Zeit verbringen und verfügen somit über weniger Kontrolle.

Wie in einigen Untersuchungen hervorgeht (Dür & Griebler, 2007; Jessor et al., 1998; Lampert & Richter, 2009), weisen Jugendliche aus Alleinerzieherfamilien eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, gesund zu sein. In der Fragebogenuntersuchung achten die SchülerInnen seltener auf das Zähne putzen, eine gesundheitsbewusste Ernährung, Bewegung und auf die Verwendung von Sicherheitsgurten, wenn die Eltern zusammen leben. Jedoch weisen sie eine geringere Risikobereitschaft auf, haben seltener Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht und schlafen im Durchschnitt länger als jene Jugendliche, deren Eltern nicht zusammen leben. Warum manche Gesundheitsverhaltensweisen bei Jugendlichen weniger ausgeprägt sind, obwohl diese in einer intakten Familie aufwachsen, müssen weitere Untersuchungen klären. Hier wurde lediglich

die Gruppe der Jugendlichen, deren Eltern zusammen leben von denjenigen unterschieden, deren Eltern nicht zusammenleben. Es wurde nicht nach der Art des Zusammenlebens gefragt. Konflikte und Streitigkeiten können auch in intakten Familien vorkommen. Schlechte Vorbildsfunktionen von Seiten der Eltern können sich ebenfalls negativ auf das Gesundheitsverhalten der Kinder auswirken.

In der Literatur wird postuliert, dass Kinder aus besser gestellten Familien eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, gesund zu sein (Dür & Griebler, 2007; Jessor et al., 1998). Ein hoher Schulabschluss steht nach Hradil (2009) mit Gesundheitsverhaltensweisen in Verbindung. In der SchülerInnenuntersuchung haben jedoch Jugendliche umso häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht, je höher die Schulbildung der Eltern war und wenn beide Elternteile vollzeitig beschäftigt waren. Wie lässt sich dieser Widerspruch erklären? Jugendliche aus einem höheren sozialen Umfeld haben mehr Geld zur Verfügung, um Alkohol und Tabak zu erwerben. Vielleicht weisen sie aber nur ein erhöhtes Interesse auf, Substanzmittel auszuprobieren und beenden den Konsum rasch wieder, wenn sie Erfahrung damit gesammelt haben.

Möglicherweise probieren Jugendliche häufiger Substanzmitteln aus, weil sie sich einsam fühlen, wenn beide Elternteile Vollzeit arbeiten und nicht so viel Zeit mit den Kindern verbringen können. Die SchülerInnen stehen weniger unter der Aufsicht der Eltern und verbringen womöglich mehr Zeit mit den Freunden und suchen nach neuen Reizen und Herausforderungen.

Wie aus den vorliegenden Daten hervorgeht, haben Jungen häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht als Mädchen. Die Ergebnisse decken sich mit denen von Helferich (2001) und Zenker (2005).

Berger (2006) zufolge verhalten sich Mädchen risikoreicher in Bezug auf die Ernährung: In der Fragebogenuntersuchung achten weibliche Jugendliche häufiger auf ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten, jedoch lassen sie häufiger das Frühstück ausfallen als männliche

Jugendliche. Das mag wohl daran liegen, dass für Mädchen die Figur und das Aussehen allgemein sehr wichtig sind. Die Ergebnisse decken sich mit denen von Kolip (2002).

65.4% der befragten Jugendlichen sind unzufrieden mit ihrem Gewicht. Unter den Mädchen wollen über 70% an Gewicht verlieren, obwohl nur 4.8% dem BMI-Wert zufolge als übergewichtig einzustufen sind. In dem HBSC-Survey (Dür & Griebler, 2007), schätzten sich 35.9% der SchülerInnen als zu dick ein. Auch hier lag der Mädchenanteil über den Jungenanteil mit 42.8% vs. 28.9%. Dass der prozentuale Anteil beim HBSC-Survey geringer ausfiel, kann daran liegen, dass der Altersdurchschnitt geringer war als bei der Fragebogenuntersuchung. Ältere Jugendliche sind mit ihrem Gewicht unzufriedener als jüngere Jugendliche. Das Ausmaß an übergewichtigen Jugendlichen war mit einem Anteil von 5.7% eher gering. Untergewicht wurde – nach den Perzentilwerten von Kromeyer-Hauschild et. al. (2001) zufolge – bei 7.6% der SchülerInnen festgestellt. Über 85% weisen Normalgewicht auf, dennoch sind über 65% der befragten Jugendlichen unzufrieden mit ihrem Gewicht.

Dass Mädchen häufiger auf ihre Zähne achten, deckt sich mit den Ergebnissen des Jugendgesundheitsberichts 2002. Für das weibliche Geschlecht spielt das Aussehen allgemein eine viel wichtigere Rolle als für Buben. Vielleicht achten Mädchen deswegen auch häufiger auf gesunde Zähne. Außerdem verfügen sie über bessere Ernährungsgewohnheiten, die ebenfalls mit dem Zähne putzen in Verbindung stehen.

In einem Bereich des Gesundheitsverhaltens, in dem Buben bessere Ergebnisse als die Mädchen erzielen, ist der Sport: Wenn es um Bewegung und körperliche Aktivitäten geht, überwiegt der Männeranteil. Zu denselben Ergebnisse kamen z.B.: auch Sygusch (2005) und Dür und Griebler (2007). Viele Sportarten werden mit Kraft und Leistung assoziiert, vor allem ersterer Begriff wird eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet. Möglicherweise fallen die Interessen der Mädchen in diesem

Alter in eine andere Richtung als Sport (Musik, Kino, Theater,...) oder sie sind nicht so selbstbewusst bei Ballspielen oder scheuen sich generell vor körperlicher Anstrengung.

Jüngere Jugendliche schlafen im Durchschnitt länger als ältere Jugendliche. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Untersuchungen (Mc Hale, Yeon-Kim, Kann & Updegraff, 2010). Auch im Bewegungsverhalten schneiden Jüngere besser ab, wie auch die SchülerInnenuntersuchung von Dür und Griebler (2007) bestätigt.

In der Fragebogenuntersuchung verfügen die Jüngeren über ein gesünderes Ernährungsverhalten als die Älteren. Raithel (2002) zufolge steigt der Konsum von hochwertigen Lebensmitteln jedoch mit dem Alter an, allerdings nur bei den Mädchen. Eine geschlechtsspezifische Analyse in diesem Bereich könnte mehr Klarheit schaffen, die Stichprobe müsste allerdings größer sein, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Möglicherweise verfügen die SchülerInnen der 5. Klassen über bessere Essgewohnheiten, weil sie häufiger Mahlzeiten gemeinsam mit der Familie einnehmen, während ältere Jugendliche öfter Fast-Food konsumieren.

3.5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Fragebogenuntersuchung wurde das Gesundheitsverhalten, -einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale von Jugendlichen in vier allgemeinbildenden höheren Schulen in Wien erfasst. Es wurden 124 SchülerInnen aus zwei unterschiedlichen Schulstufen befragt, wobei 65 SchülerInnen aus den 5. Klassen und 59 SchülerInnen aus den 7. Klassen stammen. Das Durchschnittsalter in den 5. Klassen beträgt 15.44 Jahre ($SD=.64$) und in den 7. Klassen 17.29 Jahre ($SD=2.37$). 67 Mädchen und 57 Buben haben an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen. Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, im welchem Ausmaß gesundheitsförderliche (Zähne putzen, ausreichend Schlaf, gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten, aktive Freizeitbeschäftigung, Verwendung von Verhütungsmitteln, Sicherheitsgurte) und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Substanzmittelerfahrung, Sicherheit riskieren) ausgeführt werden und welche Faktoren mit diesen Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht werden können. Dazu kam eine umfassende Fragebogenbatterie zum Einsatz, die ursprünglich von einer amerikanischen Forschergruppe der University of Colorado entwickelt wurde (Jessor, Costa & Turbin, 2002) und nun vom Englischen ins Deutsche übersetzt wurde.

Neben geschlechtsspezifischen, altersspezifischen und persönlichkeitspezifischen Unterschieden und Zusammenhänge des Gesundheitsverhaltens wurden diverse Schutz- und Risikofaktoren untersucht, die in verschiedenen Teilsystemen angesiedelt sind und der Problemverhaltenstheorie (Jessor, 1991; Jessor, 2001) zugrunde liegen. Diese Teilbereiche werden untergliedert in ein Persönlichkeitssystem, ein Umweltsystem und ein Verhaltenssystem. Um Zusammenhänge mit Persönlichkeitseigenschaften zu überprüfen, wurde die Kurzversion des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 2008) vorgegeben.

Zunächst wurde mittels Produkt-Moment- und Rangkorrelationen untersucht, ob einzelne Persönlichkeitsdimensionen mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang gebracht werden können. Dabei

korrelieren hohe Neurotizismuswerte mit einem geringen Ausmaß an gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (Zähne putzen, gesundheitsbewusstes Ernährungs- und Bewegungsverhalten), nicht aber mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen. Hohe Extraversionswerte gehen sowohl mit gesundheitsförderlichen (aktives Freizeitverhalten, gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten) als auch mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen (Substanzmittelerfahrung und Risikobereitschaft) einher. Hohe Ausprägungen auf den beiden Dimensionen „Offenheit für Neues“ und „Gewissenhaftigkeit“ korrelieren mit allen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen positiv und reduzieren gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Ein hoher Wert auf der Verträglichkeit-Skala korreliert positiv mit einigen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (aktives Freizeitverhalten, gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten, Verhütung) und negativ mit gesundheitsschädigendem Verhalten.

Folgende Schutzfaktoren wurden mittels Rangkorrelationen bestätigt: Auf der Persönlichkeitsebene begünstigt eine positive Einstellung zur Gesundheit gesundheitsförderliches Verhalten. Eine hohe Schulorientierung, Religiosität und die subjektive Gesundheitsbedrohung wirken sich positiv auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aus und reduzieren gesundheitsschädigendes Verhalten. Gemeinsame Aktivitäten mit der Familie kann als Schutzfaktor auf der Verhaltensebene angesehen werden. Auf der Ebene des Umweltsystems begünstigen die Regelbefolgung zu Hause und ein gutes Familienklima gesundheitsförderliches Verhalten und reduzieren gesundheitsschädliches Verhalten. Eine hohe Schulbildung der Eltern hängt positiv mit einigen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zusammen. Die Familienstruktur (Zusammenleben der Eltern) und die Erwerbstätigkeit (Beide Eltern Vollzeit beschäftigt), die mittels U-Tests überprüft wurden, stellen weitere Schutzfaktoren für die Gesundheit dar.

Folgende Risikofaktoren wirken sich negativ auf gesundheitsförderliches Verhalten aus und begünstigen gesundheitsschädigendes Verhalten:

Hoffnungslosigkeit und ein erhöhtes Stressempfinden im Persönlichkeitssystem, schlechte Schulnoten und Gedanken an Schulabbruch auf der Verhaltensebene. Im Umweltsystem begünstigt die Befürwortung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen im Freundeskreis und eine hohe Freundesorientierung gesundheitsschädigendes Verhalten.

U-Tests und T-Tests wurden angewendet, um geschlechts- und altersspezifische Unterschiede zu überprüfen: Männliche Jugendliche haben häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht, gehen öfter ein Risiko ein und verfügen über ein aktiveres Freizeitverhalten. Das weibliche Geschlecht dominiert in den Bereichen Zähne putzen, ausreichend Schlaf, Verwendung von Sicherheitsgurten und einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten. Ältere SchülerInnen haben häufiger Erfahrung mit Substanzmitteln gemacht und verfügen über ein passiveres Freizeitverhalten, Jüngere hingegen schlafen länger, sind aktiver und achten mehr auf eine gesundheitsbewusste Ernährung.

Literaturverzeichnis

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Baskin, T. W., Wampold, B. E., Quintana, S. M. & Enright, R. D. (2010). Belonginess as a Protective Factor Against Loneliness and Potential Depression in a Multicultural Middle School. *The Counseling Psychologist*, 38 (5), 626-651.
- Bates, M. E. & Labouvie, E. W. (1995). Personality-Environment Constellations and Alcohol Use: A Process-Oriented Study of Intraindividual Change of Intraindividual Change During Adolescence. *Psychology of Addictive Behavior*, 9 (1), 23-35.
- Becker, P. (2002). Persönlichkeit und Gesundheit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 384-388). Göttingen: Hogrefe.
- Beckert-Zieglschmid, C. (2005). Individualisiertes Gesundheitsverhalten? Soziale Strukturen, Peereinflüsse und Lebensstile als Einflussfaktoren des Ernährungsverhaltens Jugendlicher. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, 206-217.
- Belz-Merk, M. (1995). *Gesundheit ist Alles und Alles ist Gesundheit*. Frankfurt/M. : Peter Lang.
- Berger, U. (2006). Primärprävention bei Essstörungen. *Psychotherapeut*, 51, 187-196.
- Bilz, L. & Melzer, W. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2005 im Freistaat Thüringen*. Dresden: Technische Universität, Fakultät Erziehungswissenschaften.

- Bogg, T. & Robert, B. W. (2004). Conscientiousness and Health-Related Behaviors: A Meta-Analysis of the Leading Behavioral Contributors to Mortality. *Psychological Bulletin*, 130 (6), 887-919.
- Borkenau, P. & Ostendorf F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und Mc Crae* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Bühl, A. (2006). *SPSS 14: Einführung in die moderne Datenanalyse* (10. Auflage). München: Pearson Studium.
- Brosius, F. (2002). *SPSS 11* (1. Auflage). Bonn: Moderne Industrie.
- Charbonneau, A. M., Mezulis, A. H. & Shibley-Hyde, J. (2009). Stress and Emotional Reactivity as Explanations for Gender Differences in Adolescents' Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1050-1058.
- Ciairano, S., Kliever, W. & Rabaglietti, M. (2009). Adolescent Risk Behavior in Italy and the Netherlands. A Cross-National Study of Psychological Protective Factors. *European Psychologist*, 14 (3), 180-192.
- Constitution of the World Health Organization (1946). *Journal of Public Health*, 36 (11), 1315-1323.
- Daunderer, M. & Janzen, W. (2010). *Rosimon-Neu. Ein rezeptfreies Analgetikum in der jugendlichen Drogenszene*. Zugriff am 21. November 2010 unter: <http://www.toxcenter.de/artikel/Erster-Vortrag-erste-Publikation-Rosimon-Neu.php>
- Dekovic, M., Buist, K. L. & Reitz, E. (2004). Stability and Changes in Problem Behavior During Adolescence: Latent Growth Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (1), 1-12.
- Diedrichsen, I. (2002). Ernährung und Gesundheit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 98-101). Göttingen: Hogrefe.
- Donovan, J. E., Jessor, R. & Costa, F. M. (1991). Adolescent Health Behavior and Conventionality – Unconventionality: An Extension of Problem-Behavior Theory. *Health Psychology*, 10 (1), 52-61.

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen Schüler im Lebenszusammenhang: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Dür, W. & Mravlag, K. (2002). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und die Trends von 1990 bis 2001*. Wien: Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Edwards, A. C., Rose, R. J., Kaprio, J. & Dick, D. M. (2010). Pubertal Development Moderates the Importance of Environmental Influences on Depressive Symptoms in Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 39 (12). Zugriff am 19. Dezember 2010 unter:
<http://www.springerlink.com/content/brx3247751257045/fulltext.pdf>
- Elmadfa, I., Blachfelner, J., Freisling, H. (2005). 2. *Wiener Ernährungsbericht 2004*. Wien: Universität, Institut für Ernährungswissenschaften.
- Elmadfa, I. & Weichselbaum, E. (2005). Health Indicators und Status in the European Union. European Nutrition and Health Report 2004. *Forum Nutrition Basel*, 58, 47-61.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberger, U., Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 800-809.
- Ettrich, K. U. & Fisher-Cyrlies, A. (2005). Substanzmissbrauch im mittleren und höheren Erwachsenenalter – Alltagsdrogen Alkohol und Nikotin: Gebrauch und Missbrauch. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 47-59.

- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Fandler, E., Scheer, P., Rödl, S., Müller, W. (2008). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 6, 591-604.
- Fisher, V. & Petermann, H. (1998). Persönlichkeitsmerkmale als Antezedenzen des Tabakgebrauchs Jugendlicher. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 2, 53-59.
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K., S. Caterson, I. D. & Hill, A. J. (2006). Obesity and Risk of Low Self-Esteem. A Statewide Survey of Australian Children. *Pediatrics*, 118 (6), 2481-2487.
- Galaif, E. R., Sussman, S., Chou, C.-P. & Wills, T. A. (2003). Longitudinal Relations Among Depression, Stress and Coping in High Risk Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (4), 243-258.
- Geckova, A., Van Dijk, J.P., Groothoff, J.K., Post, D. (2002). Socio-Economic Differencies in Health Risk Behaviour and Attitudes Towards Health Risk Behaviour Among Slovak Adolescents. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47, 233-239.
- Helfferich, C. (2001). Jugendliches Risikoverhalten aus geschlechtsspezifischer Sicht. In Raithel, J. (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 331-347). Opladen: Leske und Budrich.
- Hradil, S. (2009). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit* (S. 35-54). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K. (2001). Jugendgesundheit- Ein Lehrstück für die Public-Health-Forschung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 281-287.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45, 866-872.

- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (5. Auflage). Weinheim: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2006). Risk Behaviour in Adolescence: The Relationship Between Developmental and Health Problems. *Journal of Public Health*, 14, 20-28.
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. & Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11 (3), 247-262.
- Jessor, R., Costa, M. F., Turbin, S. M. (2002). *Adolescent Health and Development Questionnaire*. University of Colorado, Institute of Behavioral Science. Zugriff am 13. Oktober 2010 unter: http://www.colorado.edu/ibs/jessor/questionnaires/questionnaire_ahdq3.pdf
- Jessor, R. (1991). Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescence Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, M. F. & Turbin, M. S. (1995). Protective Factors in Adolescent Problem Behavior. Moderator Effects and Developmental Change. *Developmental Psychology*, 31 (6), 923-933.
- Jessor, R., Turbin, S. M., Costa, M. F. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (3), 788-800.
- Jessor, R. (2001). Problem- Behavior Theory. In Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 61-78). Opladen: Leske und Budrich.
- Keller, S. (2002). Rauchen. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 432-435). Göttingen: Hogrefe.

- Kim, T. E., Guerra, N. G. & Williams, K. R. (2008). Preventing Youth Problem Behaviors and Enhancing Physical Health by Promoting Core Competencies. *Journal of Adolescent Health, 43*, 401-407.
- Kirmil-Gray, K., Eagleston, J. R., Gibson, E. & Thoreson, C. E. (1984). Sleep Disturbance in Adolescents: Sleep Quality, Sleep Habits, Beliefs About Sleep and Daytime Functioning. *Journal of Youth and Adolescence, 13* (5), 375-384.
- Klauer, T. (2002). Depression und Hoffnungslosigkeit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 64-68). Göttingen: Hogrefe.
- Kolip, P. (2002). Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter: Empirische Befunde und theoretische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45*, 885-888.
- Krank, M., Stewart, S. H., O’Connar, R., Woicik, P. B., Wall, A.-M. & Conrod, P. J. (2011). Structural, Concurrent and Predictive Validity of the Substance Use Risk Profile Scale in Early Adolescence. *Addictive Behaviors, 36*, 37-46.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V. et al. (2001). Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 8*, 807-818.
- Kudielka, B. M & Kirschbaum, C., (2002). Stress und Gesundheit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 561-564). Göttingen: Hogrefe.
- Lampert, T. & Richter, M. (2009). Gesundheitliches Ungleichgewicht bei Kindern und Jugendlichen. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit* (S. 209-230). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

- Laubach, W., Schumacher, J., Mundt, A. & Brähler, E. (2000). Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 45, 2-12.
- Le Breton, D. (2001). Riskantes Verhalten Jugendlicher als individueller Übergangsritus. In Raithel, J. (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 111-128). Opladen: Leske und Budrich.
- Li, C., Unger, J. B., Schuster, D., Rohrbach, L. A., Howard-Pitney, B. & Norman, G. (2003). Youth's Exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS). Associations with Health Beliefs and Social Pressure. *Addictive Behaviors*, 28, 39-53.
- Luciak-Donsberger, C. (2002). Zahngesundheit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 637-641). Göttingen: Hogrefe.
- Markey, S. N., Markey, P. M., Tinsley, B. J. (2003). Personality, Puberty and Preadolescent Girls' Risky Behaviors: Examining the Predictive Value of the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Research in Personality*, 37, 405-419.
- McHale, S. M., Yeon-Kim, J., Kan, M. & Updegraff, K. A. (2010). Sleep in Mexican-American Adolescents: Social Ecological and Well-Being Correlates. *Journal of Youth and Adolescence*. Zugriff am 12. Dezember 2010 unter: <https://springerlink3.metapress.com/content/k730317303680u11/researchsecured/?target=fulltext.pdf&sid=22wflsu43d2wrfdml10is45&sh=www.springerlink.com>
- Meadows, S. O., Scott-Brown, J. & Elder Jr., G. H. (2006). Depressive Symptoms, Stress and Support: Gendered Trajectories From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (1), 93-103.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2002). Religion und Gesundheit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 459-462). Göttingen: Hogrefe.

- Najaka, S. S., Gottfredson, D. C. & Wilson, D. B. (2001). A Meta-Analytic Inquiry Into the Relationship Between Selected Risk Factors and Problem Behavior. *Prevention Science*, 2 (4), 257-271.
- Ouellette, J. A., Gerrard, M., Gibbons, F. X. & Reis-Bergan, M. (1999). Parents, Peers and Prototypes. Antecedents of Adolescent Alcohol Expectancies, Alcohol Consumption and Alcohol-Related Life Problems in Rural Youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (3), 183-197.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Palentien, C. (2001). Konsumverhalten als jugendliches Risikoverhalten. In Raithel, J. (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 317-328). Opladen: Leske und Budrich.
- Pinquart, M., Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, 873-878.
- Pochobradsky, E., Habl, C. & Schleicher, B. (2002). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (1. Auflage). Wien: Facultas.
- Raithel, J. (2001). *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention*. Opladen: Leske und Budrich.
- Raithel, J. (2002). Ernährungs- und Gesundheits-/Risikoverhalten Jugendlicher: Befunde zum Zusammenhang von Ernährungsverhalten und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10 (1), 57-71.
- Raithel, J. (2003a). Risikobezogenes Verhalten und Geschlechtsrollenorientierung im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (1), 21-28.

- Raithel, J. (2003). Dimensionen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen Jugendlicher. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11 (3), 263-279.
- Raithel, J. (2006). Gesundheitsrelevantes Verhalten, Delinquenz und Sportpartizipation im Jugendalter. Sportaktivitäts- und sportartenvergleichende Befunde. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 17 (4), 201-211.
- Ravens-Sieberer, U., Hölling, H., Bettge, S. & Wietzker, A. (2002). Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*, 64 (1), 30-35.
- Reitz, E., Prinzie, P., Dekovic, M. & Buist, K. L. (2007). The Role of Peer Contacts in the Relationship Between Parental Knowledge and Adolescent's Externalizing Behaviors: A Latent Growth Curve Modeling Approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 623-634.
- Riepl, B., Blum, J. (2008). *Bewegung und Sport bei 14- bis 20-jährigen Jugendlichen in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Jugendforschung.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. & Chen, I. G. (2001). Functioning of Adolescents With Symptoms of Disturbed Sleep. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (1), 1-18.
- Rollett, B. & Werneck, H. (in Vorb.) Das Längsschnittprojekt: „Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL): Der Übergang in das Erwachsenenalter – Gesundheitsverhalten, individuelle und Familienentwicklung“, Forschungsbericht, Universität Wien, Fakultät für Psychologie. Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik.
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2003). Prävention durch Bewegung. Zur Evidenzbasierung von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11 (3), 229-246.

- Scheithauer, H., Hayer, T. & Niebank, K. (Hrsg.), (2008). *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter. Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Schnabel, P.-E. (2001). Belastungen und Risiken im Sozialisationsprozess von Jugendlichen. In Raithel, J. (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 79-95). Opladen: Leske und Budrich.
- Schneider, W. (2006). Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen: Ausgewählte psychologische Aspekte. *Psychotherapeut*, 51, 421-432.
- Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. In Schwarzer, R. (Hrsg.), Birbaumer, N., Frey, D., Kuhl, J. & Schneider, W., *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie 10, Band 1, Gesundheitspsychologie* (S. 389-405). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H. (2002). Schlaf und Gesundheit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 486-490). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1990). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). *Gesundheitspsychologie des Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Siddique, C. M. & D'Arcy, C. D. (1984). Adolescence, Stress and Psychological Well-Being. *Journal of Youth and Adolescence*, 13 (6), 459-473.

- Silbereisen, R. K. & Weichold, K. (2002). Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 12-15). Göttingen: Hogrefe.
- Small, S. & Memmo, M. (2004). Contemporary Models of Youth Development and Problem Prevention: Toward an Integration of Terms, Concepts and Models. *Family Relations*, 53 (1), 3-11.
- Soellner, R. (2002). Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 72-75). Göttingen: Hogrefe.
- Soper, A. C., Wolchik, S. A., Tein, J.-Y. & Sandler, I. N. (2010). Mediation of a Preventive Intervention's 6- Year Effects on Health Risk Behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24 (2), 300-310.
- Sygyusch, R. (2005). Jugendsport – Jugendgesundheit. Ein Forschungsüberblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48, 863-872.
- Terracciano, A. & Costa Jr., P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of Personality. *Addiction*, 99 (4), 472-481.
- Torgersen, S. & Vollrath, M. (2006). Personality Types, Personality Traits and Risky Health Behaviour. In Vollrath, M. (Hrsg.), *Handbook of Personality and Health*, (S. 215-231). Chichester: Wiley.
- Turner, R. A., Irwin, C. E., Tschann, J. M. & Millstein, S. G. (1993). Autonomy, Relatedness and the Initiation of Health Risk Behaviors in Early Adolescence. *Health Psychology*, 12 (3), 200-208.
- Ulbrich-Hermann, M., Claves, O. (2001). Gewaltaffines Risikoverhalten Jugendlicher. In Raithel, J. (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 295-316). Opladen: Leske und Budrich.
- Ursoniu, S., Putnoky, S., Vlaicu, B. & Vladescu, C. (2009). Predictors of Suicidal Behavior in a High School Student Population. A Cross-sectional Study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 121, 564-573.

- Villanti, A., Boulay, M. & Juon, H.-S. (2011). Peer, Parent and Media Influences on Adolescent Smoking by Developmental Stage. *Addictive Behaviors*, 36, 133-136.
- Vollrath, M., Knoch, D., Cassano, L. (1999). Personality, Risky Health Behaviour and Perceived Susceptibility to Health Risks. *European Journal of Personality*, 13, 39-50.
- Wetzstein, T. A., Würtz, S. (2001). Gruppenzugehörigkeit und das Risikoverhalten Jugendlicher. In Raithel, J. (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 349-363). Opladen: Leske und Budrich.
- Wiener Jugendgesundheitsbericht (2002). Magistrat der Stadt Wien.
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N. & Greenley, N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 828-842.
- Wood-Baker, C., Little, T. D. & Brownell, K. D. (2003). Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors. The Role of Social Norms and Personal Agency. *Health Psychology*, 22 (2), 189-198.
- Zamboanga, B., Carlo, G., Raffaelli, M. (2004). Problem Behavior Theory. An Examination of the Behavior of Structure System in Latino and non-Latino College Students. *Interamerican Journal of Psychology*, 38 (2), 253-262.
- Zenker, C. (2005). Sucht und Gender. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48, 469-476.

Anhang A

Gesundheits- und entwicklungsbezogener Fragebogen für Jugendliche

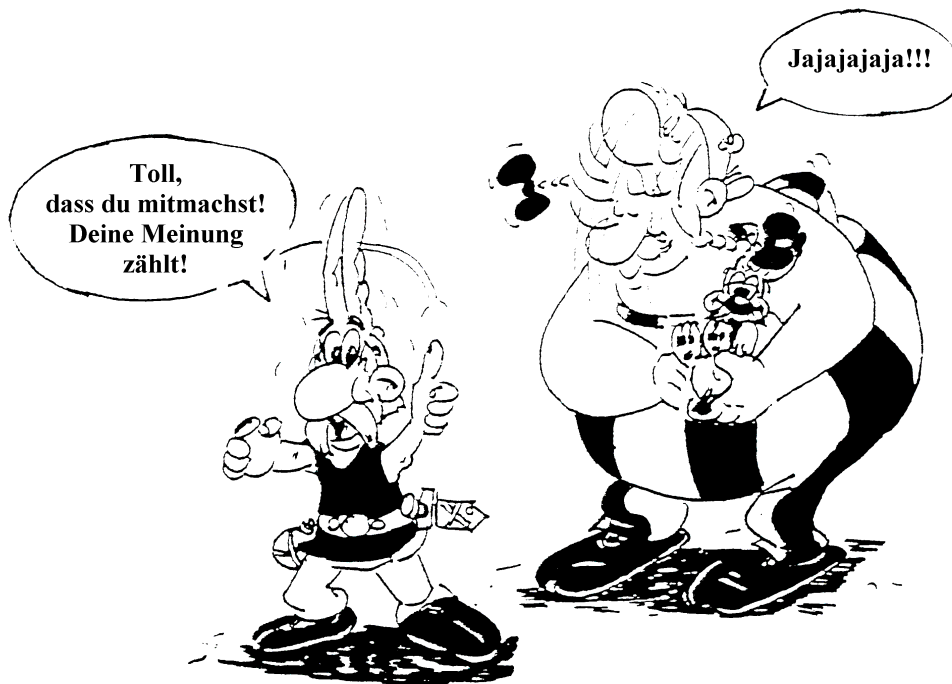
Colorado Universität

**Gesundheits- und
entwicklungsbezogener
Fragebogen
für
Jugendliche**

Übersetzt vom Englischen ins Deutsche und
abgeändert
von Nicole Pichler

BITTE BEACHTE:

1. Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen der Reihe nach.
2. Kreuze das für dich am besten zutreffende Kästchen an.
3. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworte die Fragen wahrheitsgemäß.
4. Deine Antworten werden vollkommen vertraulich bearbeitet.
Niemand außer mir wird deine Antworten jemals sehen.
5. Wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, dann überspringe sie.
6. Du kannst das Ausfüllen des Fragebogens jederzeit abbrechen.



GEHE BITTE ZUR NÄCHSTEN SEITE UND BEGINNE MIT
DER BEANTWORTUNG DER FRAGEN.

Wie wichtig sind die folgenden Dinge für dich? Kreuze bitte an!

1. Körperlich in guter Form zu sein? ☐ ☐ ☐ ☐
2. Genügend Energie zu haben? ☐ ☐ ☐ ☐
3. Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu haben im Bezug auf Ernährung, Bewegung und Schlafen? ☐ ☐ ☐ ☐
4. Wie ist deine Gesundheit im Allgemeinen?
☐ Ausgezeichnet. ☐ Sehr gut. ☐ Gut. ☐ Ausreichen.
☐ Schlecht.
5. Wie groß bist du? _____
6. Wie viel wiegst du? _____
7. Wie zufrieden bist du mit deinem Gewicht?
☐ Ich würde gerne mehr als 5 kg abnehmen.
☐ Ich würde gerne 2 bis 5 kg abnehmen.
☐ Ich bin zufrieden mit meinem Gewicht.
☐ Ich würde gerne 2 bis 5 kg zunehmen.
☐ Ich würde gerne mindestens 5 kg zunehmen.
8. Wie viele Stunden **pro Nacht** schläfst du durchschnittlich unter der Woche, wenn **Schule** ist?
☐ weniger als 6 Stunden pro Nacht. ☐ 8,5 Stunden.
☐ 6 Stunden. ☐ 9 Stunden.
☐ 6,5 Stunden. ☐ 9,5 Stunden.
☐ 7 Stunden. ☐ 10 Stunden.
☐ 7,5 Stunden. ☐ mehr als 10 St.
☐ 8 Stunden.
9. Wann gehst du **im Durchschnitt** zu Bett, wenn am nächsten Tag **Schule** ist?
☐ 21^h ☐ 22^h ☐ 23^h ☐ 00^h ☐ 1^h
☐ 21:30^h ☐ 22:30^h ☐ 23:30^h ☐ 00:30^h
10. Glaubst du, dass weniger als 8 Stunden Schlaf täglich eine Auswirkung auf die Gesundheit von jungen Menschen deines Alters hat?
☐ Sehr hohe Auswirkung. ☐ Leichte Auswirkung.
☐ Hohe Auswirkung. ☐ Fast keine Auswirkung.
11. Glaubst du, dass 10 kg Übergewicht eine Auswirkung auf die Gesundheit von jungen Menschen deines Alters hat?
☐ Sehr hohe Auswirkung. ☐ Leichte Auswirkung.
☐ Hohe Auswirkung. ☐ Fast keine Auswirkung.

12. Wie oft putzt du deine Zähne?

☐ Nach jedem Essen.

☐ Zwei Mal täglich.

☐ Ein Mal täglich.

☐ Alle paar Tage Mal.

13. Wie oft benützt du Zahnseide, um deine Zahnzwischenräume zu reinigen?

☐ Mindestens ein Mal am Tag.

☐ Alle paar Tage Mal.

☐ Ein - zwei Mal die Woche.

☐ Fast nie.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine Hintergrundinformationen.

14. Welches Geschlecht hast du?

☐ Männlich

☐ Weiblich

15. Wie alt bist du jetzt?

_____ Jahre _____ Monate.

16. In welcher Schulstufe bist du?

☐ 5. Klasse Oberstufe

☐ 7. Klasse Oberstufe

17. Welche Durchschnittsnote hattest du im letzten Semester? _____

18. Markiere bitte **alle** Menschen, mit denen du dieses Jahr zusammenlebst.

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Stiefmutter

☐ Stiefvater

☐ Brüder und Stiefbrüder

Wie viele? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 und mehr

☐ Schwestern und Stiefschwestern

Wie viele? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 und mehr

☐ Pflegeeltern

☐ Großeltern

☐ Tanten und/ oder Onkel

☐ Eigene Kinder

Wie viele? ☐ 1 ☐ 2 und mehr

☐ Andere Menschen

Wer? _____

19. Leben deine Eltern zusammen?

☐ Ja

☐ Nein, sie sind geschieden.

☐ Nein, sie sind getrennt und leben nicht gemeinsam.

☐ Nein, meine Mutter ist verstorben.

☐ Nein, mein Vater ist verstorben.

20. Falls deine Eltern nicht aus Österreich stammen, aus welchem Land stammt dein Vater, aus welchem Land stammt deine Mutter?

21. Welche Sprache wird bei dir Zuhause hauptsächlich gesprochen?

_____ Außerdem (weitere Sprachen): _____.

22. Was ist die höchste abgeschlossene Schulbildung deiner Eltern?

Vater

(oder Stiefvater oder
Erziehungsberechtigter)

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Mutter

(oder Stiefmutter oder

Erziehungsberechtigte)

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

unter der 4.Klasse Unterstufe

4.Klasse Unterstufe beendet

AHS ohne Abschluss

AHS mit Abschluss, keine Hochschule
Universität oder Akademie.

spezielle Lehre nach der AHS.

Universität, Hochschule ohne Abschluss

Universitätsabschluss, Hochschulabschluss

Hochschule für Aufbaustudien

Ich weiß es nicht.

23. Ist dein Vater (oder Stiefvater, Erziehungsberechtigter):

☐ Vollzeit beschäftigt?

☐ Teilzeit beschäftigt?

☐ in Ausbildung, und daher ohne Arbeit?

☐ Arbeitslos? Seit wann? _____

☐ In Pension oder arbeitsunfähig?

☐ Ich weiß es nicht.

24. Was macht dein Vater, wie heißt die Berufsauszeichnung?

25. Ist deine Mutter (oder Stiefmutter oder Erziehungsberechtigte):

☐ Vollzeit beschäftigt?

☐ Teilzeit beschäftigt?

O in Ausbildung, und daher ohne Arbeit?

O Hausfrau und daher ohne Arbeit?

O Arbeitslos? Seit wann? _____

O In Pension oder arbeitsunfähig?

O Ich weiß es nicht.

26. Was macht deine Mutter, wie heißt die Berufsauszeichnung?

27. Glaubst du an Gott oder an ein höheres Wesen?

O Ja. O Teilweise. O Nein.

28. Ich fühle mich in meiner Umgebung oder an dem Platz wo ich lebe, sicher.

O Stimme voll und ganz zu. O Stimme nicht zu.

O Stimme zu. O Stimme gar nicht zu.

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie du dich selbst siehst.

29. Wie gut verstehst du dich mit anderen Jugendlichen deines Alters?

O Sehr gut. O Ziemlich gut. O Eher nicht gut. O Gar nicht gut.

30. Wie gut und vernünftig verhältst du dich im Umgang mit alltäglichen Problemen?

O Sehr gut. O Ziemlich gut. O Eher nicht gut. O Gar nicht gut.

31. Wie gut kannst du Entscheidungen über wichtige Dinge deines Lebens fällen?

O Sehr gut. O Ziemlich gut. O Eher nicht gut. O Gar nicht gut.

32. Wie gut schätzt du deine Fähigkeit, Hausaufgaben zu machen, ein?

O Sehr gut. O Ziemlich gut. O Eher nicht gut. O Gar nicht gut.

33. Wie zufrieden bist du mit deinem Aussehen?

O Sehr zufrieden. O Ziemlich zufrieden. O Eher Unzufrieden. O Unzufrieden.

34. Im Großen und Ganzen, wie zufrieden bist du mit dir selbst?

O Sehr zufrieden. O Ziemlich zufrieden. O Eher Unzufrieden. O Unzufrieden.

Denke an die Dinge, die du gerne nach der Schule und am Wochenende machst. Wie viele Stunden verbringst du durchschnittlich jede Woche:

	<u>Keine</u>	<u>1^h</u>	<u>2-3^h</u>	<u>4-5^h</u>	<u>6-7^h</u>	<u>8^h u. mehr</u>
35. Mit Hausaufgaben machen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ein regelmäßiges Sport-, Entspannungs- oder Freizeitprogramm/-angebot in einem Verein/ Organisation auszuüben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Fernsehen oder Videos/ DVD's schauen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Mit persönlichen Training wie z.B.: Laufen gehen oder Gewichte stemmen oder Gymnastik?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Etwas gemeinsam mit der Familie machen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Mit Computer- oder Videospielen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Einfach nur herumlungern, ohne etwas zu tun?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Inline-Skaten, Skate-boarden, Fahrrad fahren und anderen ähnlichen Sportarten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Mit Internet-surfen, e-mail schreiben, Chatten und anderen ähnlichen Aktivitäten im Internet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Verschiedene körperliche Aktivitäten auszuüben wie Ballspielen, Tanzen und ähnlichem?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Glaubst du, dass die Nicht-Ausübung von regelmäßigen Sportarten und Aktivitäten eine Auswirkung auf die Gesundheit von jungen Menschen deines Alters hat?						
☐ Sehr hohe Auswirkung.						☐ Leichte Auswirkung.
☐ Hohe Auswirkung.						☐ Fast keine Auswirkung.

46. Wie viele Stunden die Woche arbeitest du, um dir zusätzliches Geld zu verdienen?

O Keine. O 1-2^h O 3-4^h O 5-10^h O mehr als 10 Stunden die Woche.

Dieses Kapitel beinhaltet Fragen über das Rauchen.

47. Hast du jemals eine Zigarette geraucht (nicht bloß ein paar Mal angezogen)?

O Nein, nie. → WENN DU EINE DER ERSTEN
BEIDEN
O Ja, aber nur ein einziges Mal. ANTWORTEN MARKIERT HAST,
GEHE
O Ja, einige Male. BITTE ZUR NÄCHSTEN SEITE,
FRAGE 53.

O Mehr als einige Male.

48. Hast du in den letzten 12 Monaten geraucht?

O Nein. → BEI „NEIN“ SPRINGE BITTE ZU FRAGE 51.

O Ein oder zwei Mal. O Ja, einige Male. O Mehr als einige Male.

49. Wie viele Zigaretten hast du im letzten Monat durchschnittlich pro Tag geraucht?

O Keine. O Ungefähr eine halbe Packung (10 Zig).
O Weniger als eine Zigarette am Tag. O Ungefähr eine Packung (20 Zig).
O Zwischen einer und drei Zigaretten. O Ungefähr ein-einhalb Packungen.
O Zwischen vier und acht Zigaretten. O Ungefähr zwei Packungen und mehr.

50. Hast du im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

O Nein. O Ja, für eine zeitlang. O Ja, für immer.

51. Wie alt warst du, als du zum ersten Mal eine Zigarette geraucht hast?
_____ Jahre.

52. Wie alt warst du, als du begonnen hast, regelmäßig zu rauchen (ein oder zwei Mal die Woche)?

_____ Jahre.

O Ich habe nie so viel geraucht.

53. Wie viel Gruppenzwang bezüglich des Rauchens ist bei Jugendlichen deines Alters vorhanden?

O Sehr viel. O Eher viel. O Ein wenig. O Keiner.

54. Wenn deine Eltern wüssten, dass du geraucht hast, hättest du Ärger bekommen?

O Ja, bestimmt.

O Wahrscheinlich nicht.

O Wahrscheinlich schon.

O Bestimmt nicht.

55. Raucht jemand aus deinem engeren Familienkreis? (Alle zutreffende bitte markieren)

O Vater

O Stiefvater

O Schwester(n)

O Keiner

O Mutter

O Stiefmutter

O Bruder/Brüder

56. Wie viele Erwachsene gibt es in deiner Umgebung, die rauchen?

O Sehr Viele. O Ziemlich Viele. O Wenige. O Keine.

57. Was denken die meisten deiner Freunde von Jugendlichen deines Alters, die rauchen?

O Sie sind sehr dagegen. O Sie befürworten es.

O Sie sind dagegen. O Sie befürworten es sehr.

58. Wie viele deiner Freunde rauchen regelmäßig?

O Keiner. O Einige. O Mehrere. O Fast jeder.

59. Glaubst du, dass regelmäßiger Zigarettenkonsum eine Auswirkung auf die Gesundheit junger Menschen deines Alters hat?

O Sehr hohe Auswirkung.

O Leichte Auswirkung.

O Hohe Auswirkung.

O Fast keine Auswirkung.

Im nächsten Kapitel geht es über Schule und Hausaufgaben.

60. Ist es für deine Eltern (oder Erziehungsberechtigten) wichtig, dass du gut in der Schule bist?

O Sehr wichtig. O Wichtig. O Nicht so wichtig.

61. Ist es für deine Freunde wichtig, dass du gut in der Schule bist?

O Sehr wichtig. O Wichtig. O Nicht so wichtig.

62. Ist es für deine Eltern (oder Erziehungsberechtigte) wichtig, dass du die Matura machst?

O Sehr wichtig. O Wichtig. O Nicht so wichtig.

63. Ist es für deine Eltern (oder Erziehungsberechtigte) wichtig, dass du auf eine Hochschule/ Universität gehst?

O Sehr wichtig. O Wichtig. O Nicht so wichtig.

64. Hat du Pläne auf eine Hochschule/ Universität zu gehen?

O Ja. O Vielleicht. O Nein.

WIE SEHR STIMMST DU DEN

FOLGENDEN AUSSAGEN ZU???

	<u>Stimme</u> <u>voll und</u> <u>ganz zu</u>	<u>Stimme</u> <u>zu</u>	<u>Stimme</u> <u>nicht</u> <u>zu</u>	<u>Stimme</u> <u>gar nicht</u> <u>zu</u>
--	--	----------------------------	--	--

65. Ich lerne sehr viel in der Schule.	O	O	O	O
--	---	---	---	---

66. Wenn ich in der Schule bin, fühle ich mich gut.	O	O	O	O
---	---	---	---	---

67. Ich mag die meisten meiner Lehrer.	O	O	O	O
--	---	---	---	---

68. Ich gehe gern in die Schule.	O	O	O	O
----------------------------------	---	---	---	---

69. Meine Schule ist ein sicherer Ort.	O	O	O	O
--	---	---	---	---

70. Meine Schule hat Clubs und Aktivitäten, wo man Leute treffen und Freundschaften schließen kann.	O	O	O	O
---	---	---	---	---

71. Versuchen die Lehrer/innen Schüler/innen zu helfen, wenn sie Probleme haben?

O Fast alle. O Die meisten. O Einige wenige. O Fast keiner.

72. Wenn Schüler/innen Schulregeln verletzen und dabei erwischt werden, würden Lehrer/innen und/oder der/die Direktor/in etwas dagegen unternehmen?

O Mit Sicherheit. O Wahrscheinlich nicht.

O Wahrscheinlich. O Sicher nicht.

Wie oft hast du letztes Semester schon die Schule versäumt, weil:

73. ...du krank warst? _____ Tage

74. ...deine Hilfe zuhause benötigt wurde? _____ Tage

75. ...du keine Lust dazu hattest? _____ Tage

76. Hast du im letzten Schuljahr ernsthaft darüber nachgedacht, die Schule abzubrechen?

O Ja, mehrmals. O Ja, ein Mal. O Nein, nie.

77. Denkst du zurzeit daran, die Schule abzubrechen?

O Ja, ich denke oft daran. O Ja, ich denke ab und zu daran. O Nein.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Freunde.

WIE VIELE DER JUNGEN LEUTE DIE DU KENNST:

	Die			
	<u>Alle</u>	<u>Meisten</u>	<u>Einige</u>	<u>Keine</u>
78. Achten auf eine gesunde Ernährung?	☐	☐	☐	☐
79. Sorgen dafür, dass sie ausreichend Bewegung machen?	☐	☐	☐	☐
80. Verbringen viel Zeit damit, etwas gemeinsam mit der Familie zu unternehmen?	☐	☐	☐	☐
81. Versuchen, in der Nacht ausreichend zu schlafen?	☐	☐	☐	☐
82. Gehören einer Bande/ Gang an?	☐	☐	☐	☐
83. Sitzen viel herum, anstatt sich zu bewegen oder zu trainieren?	☐	☐	☐	☐
84. Interessiert es deine Freunde, was du denkst und wie du fühlst?				
	O Fast immer.	O Manchmal.	O Kaum.	
85. Wenn du private Sorgen hast, versuchen deine Freunde dich zu verstehen und sorgen sie sich um dich?				
	O Fast immer.	O Manchmal.	O Kaum.	
86. Wenn du etwas tun würdest, was deiner Gesundheit schaden würde, würden deine Freunde versuchen dich aufzuhalten?				
	O Mit Sicherheit.	O Wahrscheinlich.	O Wahrscheinlich nicht.	O Sicher nicht.

87. Wenn du eine wichtige Entscheidung bezüglich der Schule treffen müsstest, auf welchen Rat würdest du dich mehr verlassen, auf den von deinen Freunden oder von deinen Eltern?

- ☐ Eher auf den Rat von Freunden. ☐ Freunde und Familie gleichsam.
☐ Eher auf den Rat von der Familie.

88. Wenn du eine wichtige Entscheidung bezüglich deines persönlichen Lebens treffen müsstest, auf welchen Rat würdest du dich mehr verlassen, auf den von deinen Freunden oder von deinen Eltern?

- ☐ Eher auf den Rat von Freunden. ☐ Freunde und Familie gleichsam.
☐ Eher auf den Rat von der Familie.

89. Hörst du mehr auf deine Freunde oder auf deine Familie, wenn es darum geht, auf deine Gesundheit zu achten?

- ☐ Eher auf den Rat von Freunden. ☐ Freunde und Familie gleichsam.
☐ Eher auf den Rat von der Familie.

90. Bezüglich deiner Lebensperspektiven: Was ist für dich wichtig und wie wichtig ist es für dich, was du einmal werden wirst? Wirst du dabei eher von deinen Freunden oder von deinen Eltern beeinflusst?

- ☐ Eher von Freunden. ☐ Freunde und Eltern. ☐ Eher von Eltern.

91. Wie viele engere Freunde hast du?

- ☐ Keinen. ☐ Einen. ☐ Zwei oder Drei. ☐ Vier und Mehr.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Stress.

Wie viel Stress und Druck hast du in den letzten sechs Monaten erlebt:

	Sehr	Ziemlich	Ein	
	<u>viel</u>	<u>viel</u>	<u>wenig</u>	<u>Keinen</u>
92. In der Schule?	☐	☐	☐	☐
93. Zu Hause?	☐	☐	☐	☐
94. In deinem persönlichen oder sozialen Leben?	☐	☐	☐	☐

IN DEN LETZTEN SECHS MONATEN HAST DU:

- | | <u>Oft</u> | <u>Manchmal</u> | <u>Selten</u> | <u>Nie</u> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 95. Dich über verschiedene Dinge sehr deprimiert gefühlt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 96. Dich in Hinblick auf die Zukunft sehr hoffnungslos gefühlt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 97. Dich über das Leben allgemein deprimiert gefühlt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 98. Daran gedacht, dass du am liebsten nicht mehr leben würdest? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**WIE OFT HAST DU IN DEN
LETZTEN SECHS MONATEN:**

- | | <u>Sehr</u> | <u>Häufig</u> | <u>Manchmal</u> | <u>Kaum</u> | <u>Nie</u> |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 99. Etwas Gefährliches gemacht, nur wegen dem Nervenkitzel wegen? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 100. Etwas gemacht, was du wusstest, dass es falsch ist, und des Nervenkitzels wegen erlaubt hast? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 101. Deine Sicherheit riskiert, wenn du nicht zu Hause warst, weil es aufregend war? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 102. Etwas Gefährliches gemacht, weil dich jemand herausgefordert hat? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 103. Benützt du einen Sicherheitsgurt, wenn du im Auto mit deiner Mutter oder deinem Vater mitfährst? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| O Fast immer. | O Meistens. | O Manchmal. | O Kaum. | | |
| 104. Benützt du einen Sicherheitsgurt, wenn du im Auto mit einem Freund mitfährst? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| O Fast immer. | O Meistens. | O Manchmal. | O Kaum. | | |

Die nächsten Fragen sind über deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst, wie Stiefeltern oder Erziehungsberechtigte) und dein Familienleben.

WIE SEHR STIMMST DU

DEN FOLGENDEN AUSSAGEN ZU???

<u>Stimme</u>	<u>Stimme</u>	<u>Stimme</u>	<u>Stimme</u>
<u>voll und</u>	<u>zu</u>	<u>nicht</u>	<u>gar nicht</u>
<u>ganz zu</u>		<u>zu</u>	<u>zu</u>

105. Es ist lustig, wenn meine Familie Dinge gemeinsam unternimmt.

O O O O

106. Ich denke, meine Familie ist sich sehr nah.O O O O

107. Ich verstehe mich sehr gut mit meinen Eltern.

O O O O

ANMERKUNG: Wenn du nicht bei deiner Mutter oder deinem Vater lebst, beantworte die Fragen bitte für die Erwachsenen, bei denen du lebst, wie deine Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten.

108. Ist deine Mutter oder dein Vater zu Hause, wenn du von der Schule heimkommst?

O Jeden Tag. O An den meisten Tagen. O Manchmal. O Kaum.

109. Sind deine Eltern daran interessiert, was du denkst und wie du fühlst?

O Fast immer. O Meistens. O Ab und zu. O Fast nie.

110. Wenn du Probleme hast, kannst du mit deinen Eltern darüber sprechen?

O Fast immer. O Meistens. O Ab und zu. O Fast nie.

111. Gibt es außer deinen Eltern noch andere Erwachsene, mit denen du über deine Probleme sprechen kannst?

O Fast immer. O Meistens. O Ab und zu. O Fast nie.

WIE STRENG SIND DIE **REGELN** BEI DIR ZU HAUSE,
DIE DU ZU BEFOLGEN HAST?

		Nicht	Gar
	Sehr	sehr	nicht
	<u>streng</u>	<u>streng</u>	<u>streng</u>
112. Bezüglich wann und wie viel du Fernsehen darfst?	☐	☐	☐
113. Deine Eltern wissen zu lassen, wo du hingehst wenn du hinaus gehst?	☐	☐	☐
114. Darüber, deine Hausaufgaben zu machen?	☐	☐	☐
115. Über Verabredungen und Party's?	☐	☐	☐
116. An einer bestimmten Uhrzeit abends zu Hause zu sein?	☐	☐	☐
117. Wann du abends ins Bett gehen musst?	☐	☐	☐

118. Versuchen deine Eltern, deine Freunde kennen zu lernen?

☐ Fast immer. ☐ Meistens. ☐ Ab und zu. ☐ Fast nie.

119. Gerätst du mit deinen Eltern in schwerwiegende Auseinandersetzungen darüber, was du tust, wer deine Freunde sind oder ähnlichem?

☐ Sehr oft. ☐ Ziemlich oft. ☐ Ab und zu. ☐ Fast nie.

120. Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, sich selbst gesund zu ernähren? (Antworte bitte für jede Person.)

Deine Mutter? ☐ Sehr viel. ☐ Manchmal. ☐ Fast nie.

Dein Vater? ☐ Sehr viel. ☐ Manchmal. ☐ Fast nie.

121. Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, sich ausreichend zu bewegen?

Deine Mutter? ☐ Sehr viel. ☐ Manchmal. ☐ Fast nie.

Dein Vater? ☐ Sehr viel. ☐ Manchmal. ☐ Fast nie.

122. Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, ausreichend zu schlafen?

Deine Mutter? ☐ Sehr viel. ☐ Manchmal. ☐ Fast nie.

Dein Vater? ☐ Sehr viel. ☐ Manchmal. ☐ Fast nie.

123. Achten deine Eltern (oder die Erwachsenen bei denen du lebst) darauf, einen Sicherheitsgurt im Auto zu verwenden?

Deine Mutter? ☐ Sehr viel. ☐ Manchmal. ☐ Fast nie.

Dein Vater? O Sehr viel. O Manchmal. O Fast
nie.

WIE SEHR STIMMST DU

DEN FOLGENDEN AUSSAGEN ZU??? Stimme Stimme Stimme Stimme
 voll und zu nicht gar nicht
 ganz zu zu zu

124. Ich fühle mich oft bei Sachen, die andere
Jugendliche machen, ausgeschlossen. O O O O

125. Ich fühle mich manchmal unsicher darüber,
wer ich eigentlich bin. O O O O

126. Mir bedeutet kaum etwas viel, was ich in meinem
Leben mache. O O O O

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Alkohol.

127. Hast du Bier, Wein oder Likör öfter als zwei oder drei Mal in deinem Leben
getrunken – nicht bloß einen Schluck oder eine Kostprobe beim Getränk von
jemand anderen?

O Ja. O Nein. → WENN DU NEIN MARKIERT HAST, GEHE BITTE
ZU FRAGE 135.

128. a. Denke zurück als du das erste Mal Bier, Wein oder Likör getrunken
 hast. Waren deine Eltern oder andere Erwachsene in deiner Familie dabei?

 O Ja. O Nein.

 b. Wenn ja, wie alt warst du? ____ Jahre.

129. Denke zurück als du das erste Mal Bier, Wein oder Likör getrunken hast und
deine Eltern oder andere Erwachsene in deiner Familie nicht dabei waren. Wie alt
warst du?

____ Jahre.

O Ich trinke Alkohol nur mit meiner Familie.

130. Wie häufig hast du in **den letzten sechs Monaten** Alkohol getrunken?

O Nie.

→ WENN DU NIE MARKIERT HAST, GEHE

BITTE ZUR FRAGE 135.

O Ein oder zwei Mal in den letzten sechs Monaten.

O Drei bis vier Mal in den letzten sechs Monaten.

O Ungefähr ein Mal im Monat.

O Zwei oder drei Tage pro Monat.

O Ein Mal pro Woche.

O Zwei oder drei Mal pro Woche.

O Vier oder fünf Mal pro Woche.

O Jeden Tag.

131. Wie viel Alkohol konsumierst du üblicherweise jedes mal, wenn du in den letzten sechs Monaten getrunken hast?

O Weniger als ein Getränk (Flasche/ Dose Bier (0,5l), Glas Wein,).

O Ein Getränk.

O Zwei Getränke.

O Drei Getränke.

O Sechs Getränke.

O Vier Getränke.

O Sieben oder acht Getränke.

O Fünf Getränke.

O Neun und mehr Getränke.

132. Wie oft ist in den letzten sechs Monaten folgendes passiert, weil du Alkohol konsumiert hast?

Ein Zwei 3-4 5x u.

Nie Mal Mal Mal mehr

a. Ärger mit den Eltern, weil du Alkohol getrunken hast.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

b. Probleme in der Schule oder bei den Hausübungen, weil du Alkohol getrunken hast.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

c. Probleme mit Freunden, weil du Alkohol getrunken hast.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

d. Probleme mit jemanden, mit dem du verabredet warst, weil du Alkohol getrunken hast.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

e. Ärger mit der Polizei, weil du Alkohol getrunken hast.

O O O O O

133. Wie oft warst du in den letzten sechs Monaten betrunken oder hast einen „sehr hohen“ Alkoholspiegel erreicht?

- | | |
|----------------------|--------------------------------|
| O Nie. | O Zwei oder drei Mal im Monat. |
| O Ein Mal. | O Ein Mal pro Woche. |
| O Zwei bis drei Mal. | O Zwei Mal pro Woche. |
| O Vier bis fünf Mal. | O Mehr als zwei Mal pro Woche. |
| O Ein Mal im Monat. | |

134. Wenn du dich entscheiden müsstest zwischen Alkohol trinken und nicht trinken, wie wichtig sind die folgende Gründe für dich?

Sehr Ziemlich Nicht sehr Gar nicht
Wichtig Wichtig Wichtig Wichtig

a. Trinken veranlasst dich Dinge zu tun oder zu

sagen, die du später bereuen wirst. O O O O

b. Es ist ein Weg, Teil einer Gruppe zu sein. O O O O

c. Trinken kann dazu beitragen, dass dir übel wird.

O O O O

d. Party's werden besser dadurch. O O O O

e. Wenn du trinkst, bist du nicht so gut in der Schule.

O O O O

f. In sozialen Situationen bist du weniger

angespannt und mehr ungezwungen. O O O O

g. Es ist schlecht für deine Gesundheit. O O O O

h. Um für eine Weile meinen Problemen zu

entfliehen. O O O O

135. Wie viel Gruppenzwang gibt es bei Jugendliche deines Alters, bezüglich Alkohol trinken?

O Sehr viel. O Ziemlich viel. O Ein wenig. O Keinen.

136. Wenn deine Eltern erfahren würden, dass du ohne Erlaubnis Alkohol konsumiert hast, würdest du deswegen Schwierigkeiten bekommen?

O Mit Sicherheit. O Wahrscheinlich. O Wahrscheinlich nicht. O Sicher nicht.

137. Was denken die meisten deiner Freunde über jemanden, der in deinem Alter Alkohol trinkt?

- O Sie sind sehr dagegen. O Sie befürworten es.
O Sie sind dagegen. O Sie befürworten es sehr.

138. Wie viele deiner Freunde trinken ziemlich regelmäßig Alkohol?

- O Keiner. O Einige. O Die Meisten. O Alle.

139. Wenn du Alkohol trinken wolltest, würdest du welchen zu Hause bekommen?

- O Sicher nicht. O Wahrscheinlich schon.
O Wahrscheinlich nicht. O Sehr wahrscheinlich.

140. Glaubst du, dass regelmäßiger Alkoholkonsum eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters haben kann?

- O Sehr hohe Auswirkung. O Leichte Auswirkung.
O Hohe Auswirkung. O Fast keine Auswirkung.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Essgewohnheiten.

141. Wie viele Mahlzeiten isst du für gewöhnlich am Tag (Markiere bitte alle, die zutreffen)?

- O Frühstück O Vormittagjause O Mittagessen O Nachmittagjause
O Abendessen

142. Wie häufig lässt du dein Frühstück aus?

- O Meistens. O Manchmal. O Fast nie.

143. Denke an deine **üblichen Essgewohnheiten**.

ACHTEST DU DARAUF:

- | | <u>Viel</u> | <u>Manchmal</u> | <u>Nie</u> |
|--|-------------|-----------------|------------|
| a. Die Menge an Salz, die du konsumierst, niedrig zu halten? | O | O | O |
| b. Die Menge an Fett, die du konsumiert, niedrig zu halten? | O | O | O |
| c. Jeden Tag frisches Gemüse zu essen? | O | O | O |
| d. Gesunde Imbisse zu sich zu nehmen wie Obst anstatt Süßes? | O | O | O |
| e. Keine frittierten Nahrungsmittel zu konsumieren? | O | O | O |

144. Wie viele Menschen in deiner Familie essen viel “Junk Food” anstatt einer ausgewogenen gesunden Ernährung?

O Keiner. O Einige. O Die meisten. O Fast alle.

145. Wie viele deiner Freunde essen viel “Junk Food” anstatt einer ausgewogenen gesunden Ernährung?

O Keiner. O Einige. O Die meisten. O Fast alle.

146. Glaubst du, dass das häufige Auslassen des Frühstücks eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters haben kann?

O Sehr hohe Auswirkung. O Leichte Auswirkung.

O Hohe Auswirkung. O Fast keine Auswirkung.

147. Glaubst du, dass häufiger “Junk Food“-Konsum eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters haben kann?

O Sehr hohe Auswirkung. O Leichte Auswirkung.

O Hohe Auswirkung. O Fast keine Auswirkung.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Drogen.

148. Was denken die meisten deiner Freunde über jemanden deines Alters, der Marihuana (Cannabis, Haschisch, Gras) raucht?

O Sie sind sehr dagegen. O Sie befürworten es.

O Sie sind dagegen. O Sie befürworten es sehr.

149. Wie viele deiner Freunde rauchen Marihuana?

O Keiner. O Einige. O Die meisten. O Fast alle.

150. Hast du jemals Marihuana probiert?

O Nein, nie. → WENN DU NIE ANGEKREUZT HAST, GEHE BITTE ZU

FRAGE 153.

O Ja, ein Mal.

O Ja, mehr als ein Mal.

151. Wie alt warst du, als du das erste Mal Marihuana probiert hast?

_____ Jahre.

152. Wie häufig hast du in den letzten sechs Monaten Marihuana geraucht?

- | | |
|--|--|
| ☐ Nie. | ☐ Zwei oder drei Mal im Monat. |
| ☐ Ein Mal. | ☐ Ein Mal pro Woche. |
| ☐ Zwei bis drei Mal. | ☐ Zwei bis drei Mal pro Woche. |
| ☐ Vier bis fünf Mal. | ☐ Vier bis fünf Mal pro Woche. |
| ☐ Ein Mal im Monat. | ☐ Jeden Tag. |

153. Wenn deine Eltern wüssten, dass du Marihuana genommen hättest, würdest du deswegen Schwierigkeiten bekommen?

☐ Mit Sicherheit. ☐ Wahrscheinlich. ☐ Wahrscheinlich nicht. ☐ Sicher nicht.

154. Glaubst du, dass regelmäßiger Gebrauch von Marihuana eine Auswirkung auf die Gesundheit von Jugendlichen deines Alters haben kann?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sehr hohe Auswirkung. | ☐ Leichte Auswirkung. |
| ☐ Hohe Auswirkung. | ☐ Fast keine Auswirkung. |

Die nächsten Fragen beziehen sich auf andere Drogen.

FALLS DU KEINE DROGEN KONSUMIERST GEHE BITTE WEITER ZU FRAGE 158.

155. Hast du schon mal eine der folgenden Drogen ausprobiert? Wenn ja, dann kreuze bitte auch an, wie oft du die jeweilige Droge in den letzten sechs Monaten eingenommen hast.

		Häufigkeit (in den
	<u>Jemals probiert?</u>	<u>letzten 6 Monaten</u>)
a. Speed (Ice, Amphetamine)	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.
b. Beruhigungsmittel, Sedativa, Tranquilizer.	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.
c. Kokain, Koks, Crack, Crystal Meth	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.
d. Zauberpilze, halluzinogene Pilze	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.
e. LSD	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.
f. Ecstasy (XTC, E)	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.
g. Lack, Farbe, Kleber oder andere Dinge zum inhalieren	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.
h. Opiate/Heroin	☐ Nein. ☐ Ja.	_____ Mal.

i. „Neue Drogen“ O Nein. O Ja. _____ Mal.

Wie heißen sie?

156. Hast du schon ein Mal versucht, damit aufzuhören?

O Ja. O Nein.

157. Wenn deine Eltern wüssten, dass du Drogen konsumierst, würdest du deswegen Schwierigkeiten bekommen?

O Sicher nicht. O Wahrscheinlich schon.
O Wahrscheinlich nicht. O Sehr wahrscheinlich.

Dieses Kapitel ist über Ausgehen und Beziehungen zum anderen Geschlecht.

158. Hast du einen festen Freund/eine feste Freundin?

O Ja O Nein Wenn “JA”, seit wann?
_____.

159. Wie oft bist du in den letzten sechs Monaten ausgegangen?

O Nie. O Ungefähr ein Mal im Monat.
O Ein oder zwei Mal. O Zwei oder drei Mal im Monat.
O Drei bis vier Mal. O Ein Mal die Woche oder öfters.

160. Bist du dabei meistens:

O mit deinem festen Freund/deiner festen Freundin ausgegangen?
O alleine ausgegangen?
O mit einer Gruppe ausgegangen?

161. Hast du bereits Geschlechtsverkehr gehabt?

O Ja. O Nein. → WENN DU NEIN MARKIERT HAST, GEHE BITTE
ZU FRAGE 165.

162. Wie alt warst du, als du das erste Mal Geschlechtsverkehr hattest?

_____ Jahre.

163. Als du das erste Mal Geschlechtsverkehr hattest, habt ihr Verhütungsmittel verwendet?

O Ja O Nein

Wenn “JA”, welche? _____

164. Wenn du schon öfters Geschlechtsverkehr hattest, haben du oder dein Partner/deine Partnerin Verhütungsmittel verwendet?

O Immer. O Meistens. O Selten. O Nie.

165. Glaubst du, dass sich Jugendliche mit Aids beschäftigen sollten?

☐ Ja.

☐ Nicht sicher.

☐ Nein.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf deine Persönlichkeitsmerkmale.

Lese dir bitte jede Aussage aufmerksam durch und kreuze die Antwort an, die am ehesten zutrifft.

1. Ich habe gerne viele Leute um mich herum.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

2. Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

3. Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

4. Ich fühle mich anderen oft unterlegen.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

5. Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

6. Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so dass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

7. Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

8. Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

9. Manche Leute halten mich für selbstsüchtig oder selbstgefällig.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

10. Ich fühle mich selten einsam oder traurig.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

11. Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

12. Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

13. Gedichte beeindrucken mich wenig oder gar nicht.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

14. Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

15. Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit der Arbeit beginne.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

16. Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

17. Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

18. Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

19. Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

20. Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

21. Ich bin kein gut gelaunter Optimist.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

22. Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

23. Ich bin selten traurig oder deprimiert.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

24. Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

25. Ich bin ein sehr aktiver Mensch.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

26. Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

27. Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

28. Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit nachzudenken.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

29. Ich versuche, stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

30. Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

31. Im Urlaub gehe ich gern auf Entdeckungsreisen.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

32. Ich bin an allem Neuen interessiert.

☐ Völlig zutreffend	☐ Weder richtig noch falsch	☐ Unzutreffend
☐ Zutreffend		☐ Völlig unzutreffend

33. Ich begeistere mich schnell für neue Unternehmungen.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

34. Wenn ich unterwegs bin, interessiere ich mich für alles, was ich sehe.

☐ Völlig zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Zutreffend

☐ Völlig unzutreffend

**VIELEN DANK, DASS DU AN MEINER
UNTERSUCHUNG TEILGENOMMEN HAST!!!**

Anhang B

Kurzform des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 2008)

Skala „Offenheit für Umwelterfahrungen“ aus dem FIL- Projekt
(Projektbericht zu t6, Rollett & Werneck, in Vorb.)

Kurzform des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 2008)

Neurotizismus	- Ich fühle mich anderen oft unterlegen. - Ich fühle mich selten einsam oder traurig. - Manchmal fühle ich mich völlig wertlos. - Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht. - Ich bin selten traurig oder deprimiert. - Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.
Extraversion	- Ich habe gerne viele Leute um mich herum. - Ich halte mich nicht für besonders fröhlich. - Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen. - Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch. - Ich bin kein gut gelaunter Optimist. - Ich bin ein sehr aktiver Mensch.
Offenheit für Erfahrung	- Ich finde philosophische Diskussionen langweilig. - Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde. - Gedichte beeindruckten mich wenig oder gar nicht. - Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung. - Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit nachzudenken. - Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.

Verträglichkeit	- Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein. - Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig. - Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch. - Manche Leute halten mich für kalt und berechnend. - Ich versuche stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln. - Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.
Gewissenhaftigkeit	- Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber. - Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, sodass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende. - Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen. - Ich vertrödle eine Menge Zeit, bevor ich mit der Arbeit beginne. - Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen. - Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.

Antwortformat:

☐ Völlig zutreffend

☐ Zutreffend

☐ Weder richtig noch falsch

☐ Unzutreffend

☐ Völlig Unzutreffend

.....

**Skala „Offenheit für Umwelterfahrungen“ aus dem FIL- Projekt
(Projektbericht zu t6, Rollett & Werneck, in Vorb.)**

1. Im Urlaub gehe ich gern auf Entdeckungsreisen.
2. Ich bin an allem Neuen interessiert.
3. Ich begeistere mich schnell für neue Unternehmungen.
4. Wenn ich unterwegs bin, interessiere ich mich für alles, was ich sehe.

Antwortformat:

- ☐ Völlig zutreffend
- ☐ Zutreffend
- ☐ Weder richtig noch falsch
- ☐ Unzutreffend
- ☐ Völlig Unzutreffend

Anhang C

Perzentile für den Body-Mass-Index für Kinder und Jugendliche nach
Kromeyer –Hauschild et. al. (2001)

Perzentile für den Body-mass-Index (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0–18 Jahren

Alter [Jahre]	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97
0	1,31	0,10	10,20	11,01	11,81	12,68	13,53	14,28	15,01
0,5	–0,67	0,08	14,38	15,06	15,80	16,70	17,69	18,66	19,72
1	–1,05	0,08	14,58	15,22	15,93	16,79	17,76	18,73	19,81
1,5	–1,28	0,08	14,31	14,92	15,60	16,44	17,40	18,37	19,47
2	–1,45	0,08	14,00	14,58	15,25	16,08	17,03	18,01	19,14
2,5	–1,58	0,08	13,73	14,31	14,97	15,80	16,76	17,76	18,92
3	–1,67	0,09	13,55	14,13	14,79	15,62	16,59	17,62	18,82
3,5	–1,75	0,09	13,44	14,01	14,67	15,51	16,50	17,56	18,80
4	–1,80	0,09	13,36	13,94	14,60	15,45	16,46	17,54	18,83
4,5	–1,85	0,09	13,30	13,88	14,55	15,42	16,45	17,56	18,90
5	–1,88	0,09	13,24	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61	19,02
5,5	–1,90	0,10	13,20	13,80	14,50	15,40	16,50	17,71	19,19
6	–1,92	0,10	13,18	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86	19,44
6,5	–1,92	0,10	13,19	13,82	14,56	15,53	16,73	18,07	19,76
7	–1,92	0,11	13,23	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34	20,15
7,5	–1,92	0,11	13,29	13,96	14,76	15,82	17,14	18,65	20,60
8	–1,91	0,11	13,37	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01	21,11
8,5	–1,89	0,12	13,46	14,18	15,05	16,21	17,68	19,38	21,64
9	–1,87	0,12	13,56	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78	22,21
9,5	–1,85	0,13	13,67	14,45	15,38	16,65	18,27	20,19	22,78
10	–1,83	0,13	13,80	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60	23,35
10,5	–1,80	0,13	13,94	14,78	15,78	17,14	18,91	21,02	23,91
11	–1,77	0,14	14,11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43	24,45
11,5	–1,75	0,14	14,30	15,18	16,24	17,70	19,58	21,84	24,96
12	–1,72	0,14	14,50	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25	25,44
12,5	–1,69	0,14	14,73	15,66	16,77	18,30	20,27	22,64	25,88
13	–1,66	0,14	14,97	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01	26,28
13,5	–1,63	0,14	15,23	16,19	17,35	18,94	20,97	23,38	26,64
14	–1,61	0,14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97
14,5	–1,58	0,14	15,77	16,76	17,96	19,58	21,63	24,05	27,26
15	–1,55	0,14	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53
15,5	–1,52	0,13	16,31	17,33	18,55	20,19	22,26	24,65	27,77
16	–1,49	0,13	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99
16,5	–1,47	0,13	16,83	17,87	19,11	20,77	22,83	25,18	28,20
17	–1,44	0,13	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40
17,5	–1,41	0,13	17,32	18,39	19,64	21,31	23,36	25,68	28,60
18	–1,39	0,13	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78

Perzentile für den Body-mass-Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0–18 Jahren

Alter [Jahre]	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97
0	1,34	0,10	10,21	10,99	11,75	12,58	13,40	14,12	14,81
0,5	–0,03	0,08	13,86	14,55	15,29	16,16	17,08	17,95	18,85
1	–0,44	0,08	14,14	14,81	15,53	16,40	17,34	18,25	19,22
1,5	–0,71	0,08	13,94	14,59	15,32	16,19	17,16	18,11	19,15
2	–0,92	0,09	13,68	14,33	15,05	15,93	16,93	17,92	19,03
2,5	–1,07	0,09	13,46	14,10	14,82	15,71	16,73	17,76	18,92
3	–1,19	0,09	13,29	13,93	14,64	15,54	16,57	17,64	18,84
3,5	–1,30	0,09	13,16	13,79	14,51	15,42	16,46	17,56	18,81
4	–1,38	0,10	13,06	13,69	14,42	15,33	16,40	17,54	18,85
4,5	–1,46	0,10	13,00	13,64	14,37	15,31	16,41	17,58	18,97
5	–1,52	0,10	12,97	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69	19,16
5,5	–1,58	0,10	12,94	13,60	14,36	15,35	16,53	17,83	19,40
6	–1,62	0,11	12,92	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99	19,67
6,5	–1,65	0,11	12,93	13,62	14,42	15,48	16,77	18,21	20,01
7	–1,66	0,12	12,98	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51	20,44
7,5	–1,65	0,12	13,06	13,80	14,66	15,81	17,24	18,86	20,93
8	–1,64	0,12	13,16	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25	21,47
8,5	–1,61	0,13	13,27	14,06	15,00	16,25	17,83	19,65	22,01
9	–1,58	0,13	13,38	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04	22,54
9,5	–1,54	0,13	13,48	14,33	15,34	16,70	18,42	20,42	23,04
10	–1,51	0,14	13,61	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80	23,54
10,5	–1,47	0,14	13,76	14,66	15,74	17,20	19,05	21,20	24,03
11	–1,43	0,14	13,95	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61	24,51
11,5	–1,39	0,14	14,18	15,14	16,28	17,83	19,78	22,04	25,00
12	–1,36	0,14	14,45	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48	25,47
12,5	–1,33	0,14	14,74	15,75	16,95	18,56	20,58	22,91	25,92
13	–1,30	0,14	15,04	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33	26,33
13,5	–1,27	0,14	15,35	16,40	17,64	19,30	21,36	23,71	26,70
14	–1,25	0,14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01
14,5	–1,23	0,14	15,92	17,00	18,27	19,95	22,02	24,35	27,26
15	–1,20	0,14	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45
15,5	–1,18	0,13	16,40	17,49	18,76	20,45	22,50	24,77	27,57
16	–1,16	0,13	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65
16,5	–1,13	0,13	16,78	17,87	19,14	20,81	22,82	25,02	27,69
17	–1,11	0,13	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72
17,5	–1,09	0,13	17,11	18,20	19,47	21,11	23,07	25,20	27,74
18	–1,07	0,12	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76

Lebenslauf

PERSÖNLICHE ANGABEN

- > Geburtsdatum : 29.10.1985
- > Geburtsort : Linz
- > Familienstand : ledig
- > Eltern : Hannelore Pichler, Angestellte bei
Berufsbekleidung Schiefer (Linz)
Walter Pichler, Maschineneinsteller in der
Firma AGRU (Bad Hall)
- > Staatsbürgerschaft : Österreich

AUSBILDUNG

- > 1992-1996 : Volksschule Asten
- > 1996-2004 : BRG Hamerling, Linz
- > Sommer 2002/03/04 : Ferialpraktikantin in der voestalpine
(Linz)
- > 18. Juni 2004 : Matura im BRG Hamerling
- > Oktober 2004 : Beginn des Psychologie - Studiums an
der Universität Wien (04.10.04)
- > Sommer 2005 : Schichtarbeit in der Firma Vetropack
(Kremsmünster)
- > Feb.-April 2006 : Adventure Catering
- > Seit Mai 2006 : Persönliche Assistenz von Mag. Robert
Karl (Rollstuhlfahrer)
- > Feb.-Oktober 2007 : Nanny-Agentur (Babysitting)
- > Juli/ August 2008 : Praktikum im psychosozialen
Gesundheitszentrum Mödling
- > 02.12.08 –13.01.09 : Praktikum bei OPUS
(Therapiewerkstätte)
- > 21.04.09 –10.02.10 : Ausbildung zum Body-Vitaltrainer an der
Body & Health Academy Wien

> 26.03.10 – 05.08.10 : Ausbildung zum Vital-Ernährungstrainer an
der Body & Health Academy Wien