



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Psychologische Aspekte des Gesundheitsverhaltens bei Jugendlichen

Resultate einer Längsschnittstudie

Verfasserin

Elisabeth Wachter

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: o. Univ. Prof. em. Dr. Brigitte Rollett

Mein besonderer Dank gilt vor allem meinen Eltern, *Ilse und Helmut Wachter*, für Ihre tatkräftige emotionale und materielle Unterstützung, meinem Bruder, *Dr. Helmut Wachter*, welcher mir mit Rat und Tat zur Seite stand, sowie meinen lieben Freunden und Freundinnen, die mich stets ermutigt haben.

Herzlichen Dank gilt Frau *Univ. Prof. Dr. Rollett* für die Möglichkeit, im Rahmen des FIL- Projektes meine Diplomarbeit durchzuführen, sowie für Ihre fachkundige Unterstützung und intensive Betreuung.

Großer Dank gilt natürlich auch jenen Familien, welche ein weiteres Mal an der Studie teilgenommen haben und somit meine Diplomarbeit im Rahmen des FIL- Projektes überhaupt ermöglicht haben.

Inhaltsverzeichnis

I. THEORETISCHER TEIL	1
1. Einleitung.....	1
2. Gesundheitsverhalten	3
2.1 Herkunft und Definition von Gesundheitsverhalten	3
2.2 Faktoren des Gesundheitsverhaltens	5
2.3 Problematik des Begriffes „Gesundheitsverhalten“	7
2.4 Modelle zum Gesundheitsverhalten	8
2.4.1 Biopsychosoziale Modell	8
2.4.2 Modell gesundheitlicher Überzeugungen	10
2.4.3 Theorie der Schutzmotivation	10
2.4.4 Theorie des geplanten Verhaltens.....	10
2.4.5 Sozial-kognitive Theorie	11
2.4.6 Rubikonmodell	11
2.4.7 Transtheoretisches Modell	11
2.4.8 Sozialkognitive Prozessmodell.....	12
2.4.9 Sozialisationsmodell	12
3. Jugendalter	14
3.1 Definition von Jugendalter-Übergang ins Erwachsenenalter.....	14
3.1.1 Identitätsstadien nach Marcia	16
3.2 Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	17
4. Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen	22
4.1 Überblick über das Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen.....	22
4.1.1 Geschlechterunterschiede bezüglich der Gesundheit bei Jugendlichen.....	24
4.2 Zigarettenkonsum bei Jugendlichen.....	26
4.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen	30
4.4 Drogenkonsum bei Jugendlichen	34
4.5 Ernährungsverhalten bei Jugendlichen	36
4.6 Sportverhalten bei Jugendlichen	43
4.7 Querverbindungen.....	45

5. Ableitung der Forschungsfragen der geplanten Untersuchung.....	49
II. EMPIRISCHER TEIL	51
6. Untersuchungsziele	51
7. Methodik.....	52
7.1 Darstellung des Untersuchungsplans: Das Projekt „Familienentwicklung im Lebenslauf“	52
7.2 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe	53
7.2.1 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe	53
7.2.1.1 Alter	53
7.2.1.2 Ausbildung	54
7.2.1.3 Haushaltseinkommen	55
7.2.1.4 Familiensituation der Jugendlichen	56
7.3 Messinstrumente.....	57
7.3.1 Fragebogen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten.....	57
7.3.2 Inventory of Parent and Peer Attachment	59
7.3.3 NEO- Fünf- Faktoren Inventar.....	61
7.3.4 Fragebogen zum Freizeitverhalten	61
7.3.5 Anstrengungsvermeidungstest für Schüler (AVT-Sch)	62
7.3.6 Identitätsstatusdiagnoseinventar	63
7.4 Durchführung der Untersuchung.....	65
7.5 Fragestellungen und Hypothesen	66
8. Untersuchungsergebnisse	76
8.1 Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Jugendlichen	76
8.2 Rauchverhalten der Jugendlichen.....	89
8.3 Alkoholkonsum der Jugendlichen	96
8.4 Drogenkonsum der Jugendlichen	103
8.5 Ernährungsgewohnheiten der Jugendlichen	109
8.6 Sportverhalten der Jugendlichen	124
8.7 Identitätsstadien der Jugendlichen.....	128
8.8 Zusammenhang vom Freizeitverhalten und dem Gesundheitszustand der Jugendlichen.....	136

8.9	Zusammenhang von Anstrengungsvermeidung und dem Gesundheitszustand, dem Zigaretten-, Alkohol-, Drogenkonsum und dem Sportverhalten	140
8.10	Zusammenhang von Persönlichkeitsdimensionen und dem Gesundheitszustand, sowie dem Zigaretten-, Alkohol-, Drogenkonsum und dem Sportverhalten	141
8.11	Zusammenhang von der Beziehung zu Freunden und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen, dem Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum, sowie dem Sportverhalten.	146
8.12	Zusammenhang von der Beziehung zu den Eltern und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen, dem Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum, sowie dem Sportverhalten	150
8.13	Longitudinale Betrachtung bezüglich des Gewichtsstatus, Sportverhalten, Drogenkonsum, Rauchverhalten, Alkoholkonsum	157
9.	Diskussion der Ergebnisse.....	161
10.	Zusammenfassung.....	172
11.	Abstract.....	174
III.	LITERATUR.....	176
IV.	ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	191
1.	Abbildungsverzeichnis	191
2.	Tabellenverzeichnis.....	191
	CURRICULUM VITAE	195

I. Theoretischer Teil

1. Einleitung

Das Gesundheitsverhalten hat eine zentrale Bedeutung für den einzelnen Menschen, da dieser seine Gesundheit fördern beziehungsweise erhalten kann (Belz- Melker, 1995). Gerade während dem Übertritt vom Jugendalter in das Erwachsenenalter besteht die größte Gefahr für ein risikoreiches Verhalten, da die Jugendlichen einer Reihe von Veränderungen, Belastungen und stressreichen Situationen ausgesetzt sind. Belastungen im Jugendalter sind unter anderem die körperliche Entwicklung und Reifung, die Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln, der erste Kontakt mit psychoaktiven Substanzen und die Rolle eines jungen Erwachsener einzunehmen.

Dem Gesundheitsverhalten in der Adoleszenz wird deshalb so viel Bedeutung beigemessen, da in der Literatur davon ausgegangen wird, dass das erlernte gesundheitliche Risikoverhalten in der Jugend nachhaltig das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter beeinflusst. Riskante Verhaltensweisen nehmen im Jugendalter zu und dann im Erwachsenenalter allmählich wieder ab. Bei einigen Jugendlichen nehmen die riskanten Verhaltensweisen allerdings nach der Zunahme nicht wieder ab, sondern werden auch im Erwachsenenalter fortgeführt (Plinquant & Silbereisen, 2002).

Die vorliegende Arbeit gibt einen Einblick in die Risikofaktoren und Schutzfaktoren, welche im Jugendalter von großer Bedeutung sind und somit den zukünftigen Gesundheitszustand schädigen, beziehungsweise fördern können. Ein gesundheitsschädigendes Verhalten wird von Jugendlichen nur dann ausgeführt, wenn ein Ungleichgewicht zwischen den Risikofaktoren und den Schutzfaktoren herrscht (Hurrelmann, 2002). Gesundheitsschädigendes Verhalten soll aufgedeckt werden und welche Umweltbedingungen und Umgebungsfaktoren, beziehungsweise welche Beziehung der Jugendlichen zu den Eltern, sowie der Jugendlichen zu den Freunden, ausschlaggebend dafür sind.

Besondere Schwerpunkte des Gesundheitsverhaltens stellen dabei das Rauchen, der Alkohol- und Drogenkonsum, die Ernährungsgewohnheiten und das Sportverhalten dar.

Es stellen sich Fragen nach den Einflussfaktoren beziehungsweise nach den sozialen Bedingungen unter welchen ein Jugendlicher gesund bleibt oder eben nicht. Warum konsumieren manche Jugendliche mehr gesundheitsschädliche Stoffe als andere derselben Altersgruppe und warum achten manche Jugendliche mehr auf ihre Gesundheit und manche weniger? Welche Bedingungen und soziale Faktoren sind ausschlaggebend für förderndes oder riskantes Gesundheitsverhalten? Welche Faktoren bedingen die Resilienz von einigen Jugendlichen, welche sich trotz negativer Einflüsse in ihrer Verhaltensweise bezüglich ihrer Gesundheit positiv entwickeln?

Die Studie wird im Rahmen des FIL- Projektes, „Familienentwicklung im Lebenslauf“ an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie, unter der Leitung von Frau Univ.-Prof. Dr. Brigitte Rollett und Herrn Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck durchgeführt. Das Ziel des Projektes ist es, „die individuelle Entwicklung von Kindern und ihren Familien vor dem Hintergrund der umfassenden gesellschaftlichen Veränderungen heute zu untersuchen und von der Geburt bis zum Erwachsenenalter des Untersuchungskindes zu begleiten, um auf diese Weise Einblick in günstige und riskante individuelle und familienbezogene Entwicklungen und ihre Bedingungen zu gewinnen.“ (Rollett & Werneck, 2008, S.6).¹

¹ Zur weiteren Darstellung siehe: Rollett, Brandl, Pucher & Werneck (2008); Rollett, Werneck & Hanfstingl (2006); Rollett & Werneck (2008); Rollett & Werneck (2009)

2. Gesundheitsverhalten

2.1 Herkunft und Definition von Gesundheitsverhalten

Der Begriff des Gesundheitsverhaltens stammt ursprünglich von dem Amerikaner Koos aus dem Jahr 1945. Er definiert das Gesundheitsverhalten, „Health Behavior“, als jene Verhaltensweisen beziehungsweise Reaktionen, welche nicht nur mit der Gesundheit, sondern auch mit der Krankheit in Zusammenhang stehen (Belz-Merk, 1995).

Auf dieser Grundlage ergibt sich die von Lippke und Rennberg (2006) formulierte Definition: „Gesundheitsverhalten ist jegliches Verhalten, das die Gesundheit fördert und längerfristig erhält, Schäden und Einschränkungen fernhält und die Lebenserwartung verlängert. Gesundheitsverhalten kann auch die Unterlassung eines Risikoverhaltens sein, also wenn Verhaltensweisen, die die Gesundheit gefährden, aufgegeben oder reduziert werden.“ (S.35). Schwarzer (2004) gibt bei seiner Definition Beispiele für günstiges und weniger günstiges Gesundheitsverhalten an. Diese Beispiele stellen eine gute Ergänzung zu der bereits angeführten Definition von Lippke und Rennberg (2006) dar.

„Unter Gesundheitsverhalten versteht man eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann. Körperliche Aktivität, präventive Ernährung, Kondombenutzung bei neuen Sexualpartnern, Anlegen von Sicherheitsgurten und Zahnpflege sind Beispiele dafür. Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder rücksichtsloses Autofahren sind das Gegenteil davon.“ (Schwarzer, 2004, S.3). Das Risiko setzt sich zusammen aus der Vulnerabilität, darunter wird die Eintrittswahrscheinlichkeit für negative Aspekte der Gesundheit verstanden, und dem Schweregrad dessen. Das Risikoverhalten kann als eine Art Stressbewältigung verstanden werden, da die Jugendlichen einer Vielzahl von neuen Situationen, Anforderungen und Veränderungen ausgesetzt sind. Bedeutsam ist vor allem, dass nicht nur die individuelle Entwicklung des Jugendlichen, sondern auch die familienbezogenen Entwicklungen und Bedingungen, sowie das soziale Umfeld hinsichtlich günstiger und riskanter Faktoren betrachtet werden.

Hurrelmann (2006) bezieht genau jene Aspekte in seiner Definition von Gesundheit mit ein, „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren

(körperlichen und psychischen) also auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (S. 146). Hurrelmann geht von jenem Konzept aus, dass sich jeder Mensch auf einem Gesundheits- und Krankheitskontinuum einordnen lässt. Diese Idee stammt ursprünglich von Antonovsky (Hurrelmann, 2006). Das bedeutet, dass ein Mensch mehr oder weniger krank, beziehungsweise mehr oder weniger gesund ist. Sowohl die Gesundheit, als auch die Krankheit bilden einen Pol auf diesem Kontinuum. Ob sich ein Mensch in diesem Spektrum eher in Richtung Gesundheit oder Krankheit befindet hängt von den zuvor erwähnten Risiko- und Schutzfaktoren ab.

Die Gemeinsamkeit von diesen Definitionen ist, dass sie zuerst den negativen Aspekt ansprechen, indem Schäden und Risiken unterlassen werden sollen und danach den positiven Aspekt anführen, nämlich dass die Lebenserwartung verlängert werden soll. Die psychosozialen und kulturellen Faktoren stellen in der Forschung einen immer bedeutsameren Prädiktor für erfolgreiches Gesundheitsverhalten und Sozialverhalten dar (Berry et al., 2007).

Die Definitionen von Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsverhalten sind dem Wandel der Zeit und der Epoche ausgeliefert und haben sich von den anfänglichen negativen Formulierungen, wie der Bewältigung von Gesundheitsproblemen, hin zur Betonung der positiven Elemente, wie die Gesundheit zu fördern sei, entwickelt (Berry et al., 2007). Die Definitionen des Gesundheitsverhaltens orientieren sich hauptsächlich an medizinischen Risikofaktoren. Ein einheitliches Verständnis von Gesundheitsverhalten existiert derzeit nicht und wird es auch wahrscheinlich in Zukunft nicht geben, da sich sehr unterschiedliche Berufsgruppen mit dem Thema beschäftigen und jede Berufsgruppe ihre eigene Definition von Gesundheit und Gesundheitsverhalten verwendet (Belz-Merk, 1995).

2.2 Faktoren des Gesundheitsverhaltens

Für das Gesundheitsverhalten spielen einige Faktoren eine zentrale Rolle, wie zum Beispiel der optimistische Interpretationsstil, der dispositionale Optimismus, die Selbstwirksamkeitserwartung, die Risikowahrnehmung, der defensive, sowie der funktionale Optimismus, das Kohärenzgefühl und die Bedingungsfaktoren.

Der *optimistische Interpretationsstil* ist für die Entwicklung von besonderer Bedeutung, da dieser angibt, wie kritische Ereignisse eingeschätzt und interpretiert werden. Während der *dispositionale Optimismus* zeigt, ob die Jugendlichen ihre Zukunft positiv und vielversprechend wahrnehmen.

Die *Selbstwirksamkeitserwartung* wird definiert als „die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.“ (Schwarzer, 2004, S.12). Wie mit den Anforderungen umgegangen wird, stellt eine wichtige Voraussetzung für die Motivation, das Leistungsniveau, das psychische, sowie das körperliche Wohlbefinden, sowie die Zufriedenheit mit dem Beruf und dem Leben dar. Einige Gesundheitsverhaltensweisen, wie beispielsweise körperliche Betätigung, Gewichtsregulation, Vermeidung von ungesunden Nahrungsmitteln und die Erfüllung von Sicherheitsnormen, etc. sind leichter zu erfüllen, wenn eine Person über psychische Ressourcen verfügt (Schwarzer, 2004).

Die *Risikowahrnehmung* besteht darin, Risikoinformationen als solche wahrzunehmen und darauf in angemessener Weise zu reagieren. Die meisten Menschen erliegen jedoch dem optimistischen Fehlschluss. Dieser stellt eine verzerrte Risikowahrnehmung dar, indem die Menschen annehmen weniger gefährdet zu sein als andere. Der optimistische Fehlschluss kann kognitive, motivationale Ursachen haben oder einfach auf falschen Informationen beruhen. Das bedeutet, dass die Jugendlichen gegenüber den Risiken optimistischer eingestellt sind und glauben, weniger verletzlich zu sein (Sales & Irwin, 2009). Der *defensive Optimismus* bezeichnet die Verzerrung von Informationen bezüglich der Risikofaktoren. Der *funktionale Optimismus* beschreibt im Vergleich dazu das Vertrauen in das eigene Handeln, dass es erfolgreich ist (Schwarzer, 2004). Das *Kohärenzgefühl*, im Englischen „Sense of Coherence“ genannt, ist das Maß des Vertrauens, welches ein Jugendlicher hat, dass sich die eigene Zukunft so entwickelt wie erwartet (Hurrelmann, 2006; Reimann & Hammelstein, 2006). Beim Kohärenzgefühl müssen sehr günstige

Widerstandsressourcen vorhanden sein, denn diese sind ausschlaggebend für das erfolgreiche Umgehen mit einer belastenden Situation. Es handelt sich dabei um ein Zusammenspiel von 3 Arten von Gefühlen, nämlich dem Gefühl der Verstehbarkeit, dem Gefühl der Bewältigbarkeit und jenem von Sinnhaftigkeit (Hurrelmann, 2006). Für Antonovsky (1997) ist das Kohärenzgefühl dafür ausschlaggebend, wo sich eine Person, in dem bereits zuvor erwähnten, Gesundheits- und Krankheitskontinuum einordnen lässt. Er definiert das Kohärenzgefühl als jenes Gefühl des Vertrauens, welches dynamisch, andauernd und durchdringend ist und sich aus dem Verlauf des Lebens, den Ressourcen und Anforderungen, sowie den Anstrengungen und dem Engagement zusammensetzt (Antonovsky, 1997).

Hurrelmann (2006) gibt drei *Bedingungsfaktoren* von Gesundheit und Krankheit an. Zum einen zählen dazu die personalen Faktoren, welche in die genetische, körperliche und physische Ausstattung unterteilt werden, sowie eine Behinderung oder auch die Herkunft. Zum anderen unterscheidet er Verhaltensfaktoren, wie Essgewohnheiten, körperliche Aktivität, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, etc. von den Verhältnisfaktoren. Zu den Verhältnisfaktoren zählt er vor allem äußere Bedingungen, wie den sozioökonomischen Status, die Bildung, die Wirtschaft, die Arbeitsbedingungen, die Wohnbedingungen, etc. Diese und ähnliche Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten hat Jessor et al. (2002) in seinem Modell in Risiko- und Schutzfaktoren unterteilt und diesen jeweils zugeordnet. Unter Risikofaktoren versteht er zum Beispiel den Zigarettenkonsum oder das Trinkverhalten sowie die Verwendung illegaler Drogen, Kriminalität und frühe sexuelle Erfahrungen. Zu den Schutzfaktoren zählt er das Modellverhalten der Eltern und das Verhalten der Bezugspersonen, die Kontrolle, welche diese dem Jugendlichen bieten sowie den Rückhalt.

Jugendliche reagieren auf Konflikte oder auch Widersprüche sowie Spannungen im sozialen Umfeld mit gesundheitsschädigendem Verhalten. Die Situationen und Belastungen verursachen Stress und sie versuchen, diesen mit spannungsreduzierenden Hilfen abzubauen. Diese Hilfen können das Ernährungsverhalten, der Tabakkonsum, der Alkoholkonsum sowie der Drogenkonsum sein (Hurrelmann, 2002).

2.3 Problematik des Begriffes „Gesundheitsverhalten“

Die Gesundheitspsychologie ist eine relativ junge Disziplin der Psychologie. Sie wurde 1978 von der American Psychological Association, APA unter dem Namen „Health Psychology“ begründet und erst 1992 von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, DGP, im deutschsprachigen Raum eingeführt (Lippke & Renneberg, 2006).

Die Definition der Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation, WHO (1964) lautet: „völliges körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ (zitiert nach Belz-Merk, 1995, S.18). Allerdings kann dies nur Utopie bleiben, da es nicht möglich sein wird ein völliges Wohlbefinden herzustellen. Die Definition ist heute nicht mehr aktuell, da sie zu ungenau und zu unspezifisch ist. Jede Definition von Gesundheit hat auch Folgen, für die Sicht der Experten auf die Gesundheit, sowie Folgen für die Wissenschaft und die Forschung.

„Die Erhaltung und Förderung von Gesundheit“ (Belz-Merk 1995, S.22) sollte Ziel von Gesundheitsverhalten sein. Damit werden die Schwierigkeiten wie die Machbarkeit, die Umsetzbarkeit und die Finanzierbarkeit angesprochen, welche unabdingbar für den Erhalt der Gesundheit sind. Die Gesundheit wird aber auch von den gesellschaftlichen und kulturellen Werten und Normen beeinflusst und von dem derzeit vorherrschendem Gesundheitssystem (Belz-Merk, 1995; Berry et al., 2007).

Großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten hat auch die subjektive Vorstellung von der Ursache, also dem Grund für das Verhalten. Ebenfalls ist die Vorstellung der Kontrolle entscheidend. Die Kontrolle wird definiert als das, was vom dem einzelnen Menschen getan werden kann, um wieder gesund zu werden oder gesund zu bleiben. Von weiterer entscheidender Bedeutung ist ebenfalls das Ergebnis, welches von der Person erwartet wird (Berry et al., 2007).

Problematisch ist, dass es noch kein einheitliches Verständnis davon gibt, wie Gesundheit definiert wird. Das bedeutet, dass auch keine Aussagen darüber getroffen werden können, wie Gesundheit zu erreichen, zu fördern, zu erhalten ist und welche Verhaltensweisen dafür geeignet sind (Belz-Merk, 1995). Es gibt zwar so genannte gesellschaftliche Richtlinien, allerdings liegt das Gesundheitsverhalten in der Verantwortung jedes einzelnen Menschen.

Lippke und Renneberg (2006) verstehen unter der Gesundheitspsychologie, „die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Dabei stehen vor allem riskante und präventive Verhaltensweisen, psychische und soziale Einflussgrößen, sowie deren Wechselwirkungen auf körperliche Erkrankungen und Behinderungen im Mittelpunkt.“ (S.3). Die Gesundheitspsychologie beschäftigt sich dadurch nicht nur mit der Epidemiologie, sondern auch mit den Verhaltensweisen, welche einen Einfluss auf das Auftreten einer Krankheit haben.

Schwarzer (2004) weist darauf hin, dass Stress „als ein potentiell krankmachender Prozess“, gesehen wird. Deshalb wird auch in dieser Studie Distress mit einbezogen, da die Theorie besagt, dass nicht nur von der stressmachenden Situation abhängt, ob jemand erkrankt oder nicht, sondern auch von den sozialen und persönlichen Ressourcen, von den kognitiven Einschätzungen, der Situationsgefahr, welche es zu bewältigen gilt, von den Copingstrategien und von deren Erfolg. Stress kann somit definiert werden als eine Form der individuellen Verarbeitung von Herausforderungen einer jeden Person (Hurrelmann, 2006).

2.4 Modelle zum Gesundheitsverhalten

Ziel der Modelle und Theorien ist, die Gesundheitsverhaltensweisen zu erklären und vorherzusagen. Es soll das Verhalten bezüglich der Gesundheit genau beschrieben werden.

2.4.1 Biopsychosoziale Modell

Das Gesundheitsverhalten orientiert sich am *biopsychosozialen Modell*, welches von einer psychischen, biologischen, sowie sozialen Dimension ausgeht und davon, dass sich diese Faktoren wechselseitig beeinflussen. Zu der psychischen Dimension zählen das Verhalten, die Kognitionen, die Emotionen sowie die Bewältigung. Die biologische Dimension besteht aus Viren, Bakterien, Verletzungen und genetischen Dispositionen. Die soziale Dimension setzt sich zusammen aus dem sozioökonomischen Status, der ethnischen Zugehörigkeit und den sozialen Netzwerken.

Das Modell kann als salutogenetisch bezeichnet werden, da es sowohl von Schutzfaktoren als auch von Ressourcen ausgeht. Des Weiteren werden Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum betrachtet (Lippke und Renneberg, 2006). Der Begriff Salutogenese wurde von Antonovsky (1983) begründet, mit der Frage „Was erhält einen Menschen trotz vieler Widrigkeiten, negativer Umstände und ungünstigen Bedingungen gesund?“ (zitiert nach Reimann & Hammelstein, 2006, S.14).

Es gibt vielfältige Theorien und Modelle zum Gesundheitsverhalten und keines der Modelle dominiert über andere. Modelle sind immer abhängig von dem Kontext und den Untersuchungsdesign des jeweiligen Wissenschaftlers, welcher das Modell entwickelt (Sales & Irwin, 2009). Hier sollen nur einige exemplarisch aufgezählt und dargestellt werden, wobei auf das sozial- kognitive Prozessmodell des gesundheitlichen Handelns der größte Schwerpunkt gelegt wird, da dieses als Hybridmodell sowohl die kontinuierlichen als auch die dynamischen Modelle vereint. In dieser Arbeit werden allerdings auch alternative Modelle berücksichtigt, um sich bivariat mit dem umfangreichen Thema zu beschäftigen. Es werden nur lerntheoretische Modelle aufgezeigt; Modelle wie die Public Health Theorie, Gesellschaftstheorien und Bewältigungstheorien finden in dieser Arbeit keinen Eingang.

Die möglichen Sichtweisen werden in kontinuierliche Modelle, welche von bestimmten Variablen ausgehen, die ein Gesundheitsverhalten determinieren und in dynamische Stadienmodelle oder sogenannte Stufenmodelle, welche von unterschiedlichen Phasen ausgehen, die eine Person im Zuge der Gesundheitsverhaltensänderung durchläuft, eingeteilt (Schwarzer, 2004).

Zu den kontinuierlichen Modellen zählen die Theorie der Schutzmotivation, die Theorie des geplanten Verhaltens, das Health Belief Modell und die sozial- kognitive Theorie von Bandura, während zu den dynamischen Modellen das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, das sozial- kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns und das Rubikonmodell zählen (Lippke & Renneberg, 2006; Schwarzer, 2004).

2.4.2 Modell gesundheitlicher Überzeugungen

Das *Health Belief Model* ist ein Modell gesundheitlicher Überzeugung und wurde von Rosenstock (1966) und Becker (1974) entwickelt. Sie sind davon ausgegangen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung durch zwei Dinge erhöht werden sollte, nämlich durch die wahrgenommene gesundheitliche Bedrohung, welche sich aus dem Schweregrad und der wahrgenommenen Verwundbarkeit zusammensetzt, und aus der Kosten- Nutzen Bilanz. Die Kosten sind immer mit Anstrengungen und Mühen verbunden, während der Nutzen das Unterlassen eines Risikos wäre. Ebenfalls wirken demografische Variablen, wie das Alter und das Geschlecht, psychologische Charakteristika, wie die Persönlichkeit und der Gruppendruck, sowie die Gesundheitsmotivation und der Handlungsreiz auf das Modell ein. Das Problem dieses Ansatzes ist, dass einige Komponenten trotz zahlreicher Anwendungen nicht überprüft werden konnten (Hurrelmann, 2006; Lippke & Renneberg, 2006).

2.4.3 Theorie der Schutzmotivation

Die *Theorie der Schutzmotivation* von Rogers (1975), besser bekannt unter dem originalen Titel, „Protection Motivation Theory“, ist ein Modell, welches davon ausgeht, dass die Verhaltensänderung auf einer Bedrohungseinschätzung basiert. Diese Bedrohungseinschätzung setzt sich aus der extrinsischen Belohnung zusammen. Die extrinsische Belohnung setzt sich weiters aus der Verwundbarkeit und dem Schweregrad zusammen. Die Schutzmotivation setzt sich aus der Handlungswirksamkeit, der Selbstwirksamkeit im Sinne „was traue ich mir zu“, sowie den Handlungskosten zusammen. Diese Faktoren sollen eine Veränderung des Verhaltens bewirken (Lippke & Renneberg, 2006).

2.4.4 Theorie des geplanten Verhaltens

Die *Theorie des geplanten Verhaltens* von Ajzen (1999) postuliert, dass eine Verhaltensänderung durch die Einstellung, das bedeutet die positive oder negative Bewertung des Zielverhaltens, sowie der subjektiven Norm, darunter wird der soziale

Druck verstanden, beeinflusst und vorangetrieben wird. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ist dabei eine bedeutende Determinante (Lippke & Renneberg, 2006).

2.4.5 Sozial-kognitive Theorie

Die „*social cognitive theory*“ von Bandura (1994) geht davon aus, dass der Mensch ein Ziel und auch eine Intention finden muss, wodurch das Verhalten dann geändert oder weiter aufrecht erhalten bleibt. Die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtigster Prädiktor hat in dieser Theorie einen direkten Einfluss auf das Verhalten. Die Selbstwirksamkeit setzt sich nach Bandura zusammen aus der eigenen Erfolgserfahrung, der stellvertretenden Erfahrung, dem Modelllernen, der verbalen Verstärkung und der physiologischen und affektiven Zustände. Ebenfalls haben die Ziele, welche kurzfristig oder langfristig definiert sein können, Einfluss auf die Verhaltensänderung, sowie die Ergebniserwartung und soziokulturelle hindernde oder unterstützende Faktoren (Lippke & Renneberg, 2006).

2.4.6 Rubikonmodell

Das *Rubikonmodell* von Heckhausen (1989) ist in vier Phasen eingeteilt. Bei der prädeziSIONalen oder motivationalen Phase werden die konkurrierenden Ziele gegeneinander abgewogen. Die nächste Phase ist die postdeziSIONale oder volitionale Phase, bei welcher eine Entscheidung für ein Ziel getroffen wird, danach folgt die aktional oder volitionale Phase, bei welcher eine Handlung initiiert wird. Bei der letzten Phase, der postaktionalen Phase, wird dann diese Handlung bewertet (Lippke & Renneberg, 2006).

2.4.7 Transtheoretisches Modell

Das „*transtheoretical model*“ geht davon aus, dass der Mensch jeweils immer nur einer Stufe beziehungsweise einem Stadium zugeordnet werden kann. Auf jeder Stufe wirken unterschiedliche Einflüsse. Das erste Stadium wäre das Präkontemplationsstadium, bei welchem es ein Zielverhalten gibt, welches für die Gesundheit wichtig ist. Im Kontemplationsstadium geht es darum, eine Entscheidung zu treffen und diese zu stützen,

während es bei dem nächsten Schritt, dem Präparationsstadium, um die konkrete Planung und Vorbereitung geht. Im Aufnahmestadium oder Aufrechterhaltungsstadium sind die Kontrollmechanismen wichtiger, welche bei Schwierigkeiten helfen und unterstützen sollen, die Handlung auszuführen. Beim Stabilisierungsstadium soll die Rückfallgefahr, welche nach erfolgreicher Handlungsbewältigung gegeben ist, minimiert werden (Lippke & Renneberg, 2006).

2.4.8 Sozialkognitive Prozessmodell

Ein Ansatz, der sich mit der Erklärung und Vorhersage von Gesundheitsverhaltensweisen beschäftigt, ist unter dieser Vielzahl an Modellen, das *Sozialkognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens* von Schwarzer (1992). Dieses Modell, „Health Action Process Approach (HAPA)“ beschreibt, wie und unter welchen Bedingungen bestimmte Einflussfaktoren zusammenwirken. Es wird als ein Hybridmodell bezeichnet, da es lineare Annahmen und Stadienannahmen kombiniert. Es wird postuliert, dass eine Person einen konflikthaften Entscheidungs- und Motivationsprozess durchläuft. Zum Schluss dieses Prozesses erfolgt daraus die endgültige Zielsetzung. Diese wird von der Selbstwirksamkeit, der Risikowahrnehmung und der Handlungs-Ergebnis-Erwartung beeinflusst. Die Risikowahrnehmung wird definiert als die subjektive Einschätzung des Schweregrades von einer Erkrankung oder der eigenen Verwundbarkeit. Ist ein Ziel formuliert, dann wird das neue Verhalten, welches notwendig ist um das neue Ziel zu erreichen, geplant und in den Alltag integriert. Als nächstes muss die Person das neue Verhalten aufrechterhalten. Dazu sind Ressourcen, die personeller und sozialer Art sein können, unbedingt erforderlich (Lippke & Renneberg, 2006; Schwarzer, 2008).

2.4.9 Sozialisationsmodell

Ein weiteres Modell ist das *Sozialisationsmodell*, welches sich mit der Gesundheit und Krankheit und dem Verlauf beschäftigt. Diese Theorie orientiert sich stark am salutogenetischen Modell von Antonovsky und betont die sozialen und auch lebenslaufbezogenen Faktoren. Sie geht davon aus, dass der Mensch in einem ständigen

Austausch zwischen der inneren und äußeren Realität steht. Weiters geht sie von einem soma-psycho-sozio-dynamischen Ansatz aus. Diese vier Variablen müssen ein Gleichgewicht halten. Ebenso sind die sozialen und personalen Bedingungen von Bedeutung, welche auf die jeweiligen Ressourcen einen Einfluss haben und somit die Entwicklungsaufgaben mitbestimmen und zum Gelingen beziehungsweise nicht Gelingen der Verarbeitung der Realität beitragen. Aus dieser mehr oder weniger erfolgreichen Verarbeitung lässt sich dann die Person auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum verorten (Hurrelmann, 2006).

„Grundsätzlich wird in den Modellen überprüft davon ausgegangen, dass Gesundheit für das Individuum per se einen hohen Stellenwert besitzt, ohne andere motivationale Konstellationen in Betracht zu ziehen. So kann gesundheitsrelevantes Verhalten (z.B. Sport oder gesunde Ernährung) aus körperbezogenen, leistungsorientierten oder sozialen Motiven ausgeübt werden. Andererseits können genau diese Motivbereiche gesundheitsbewusstes Verhalten verhindern (z.B. Rauchen oder Alkoholismus). Ebenso kann gesundheitsschädigendes Verhalten Bewältigungscharakter haben.“ (Belz-Merk, 1995, S.37).

Die Theorie besagt, dass soziodemografische Daten, wie zum Beispiel Familiengröße, Geschwisterzahl, Familienstatus (Einkommen), Ausbildung der Eltern, etc. einen Einfluss darauf haben. Aber nicht nur der Kontext der Lebensgewohnheiten, sondern auch der emotionalen Komponente sollte Beachtung zukommen. Kritisch anzumerken ist, dass bei den Modellen angenommen wird, dass die Art und Weise wie die einzelnen Variablen miteinander interagieren weitgehend konstant bleibt, allerdings verändern sich diese im Laufe des Lebens ständig.

Es ist wichtig, die Modelle zu berücksichtigen sowie die Entwicklung zu kennen, damit es möglich ist, Schlüsse auf die derzeitige Praxis zu ziehen. Ebenfalls sollen die Probleme, Grenzen und Einschränkungen der Modelle erforscht, sowie die Qualität geprüft werden (Lippke & Renneberg, 2006).

3. Jugendalter

Die Definition des Jugendalters, sowie der Beginn und das Ende dieser Phase, wird in der Literatur durchaus unterschiedlich angegeben. Zuerst wird auf die in dieser Studie verwendete Definition von „Jugend“ eingegangen, danach erfolgt eine Darstellung der markanten Entwicklungsaufgaben und schließlich werden die wichtigsten Geschlechterunterschiede aufgezeigt.

3.1 Definition von Jugendalter-Übergang ins Erwachsenenalter

Die Jugend ist ein Abschnitt des Überganges von Kindheit in das Erwachsenenalter (Berk, 2005; Flammer & Alsaker, 2002; Oerter & Dreher, 2002; Richter, 2005). In der Literatur finden sich verschiedene Angaben zur Periodisierung des Jugendalters. Der Beginn der Adoleszenz ist durch die Pubertät gekennzeichnet, welche übereinstimmend von allen Autoren mit dem Beginn der Regelblutung und dem ersten Samenerguss festgesetzt wird. Das biologische Kriterium und diesbezügliche Veränderungen, wie zum Beispiel die hormonellen Veränderungen, das Körperwachstum, die motorische Entwicklung und die sexuelle Reifung stehen im Fokus. Von entscheidender Bedeutung ist das Zusammenspiel von dem biologischen Kriterium und den sozialen Veränderungen. Zu den sozialen Veränderungen zählen Veränderung der Eltern-Kind Beziehung, sowie eine Neudefinition der Beziehung zu den Peers und die Übernahme der Verantwortung (Berk, 2005). Das Jugendalter endet mit einer autonomen Lebenssituation (Flammer & Alsaker, 2002). Bei Mädchen setzt die Pubertät ungefähr mit 11.5 Jahren und bei den Jungen ein Jahr später, also mit 12.5 Jahren ein (Hurrelmann, 2002). Die Kriterien verändern sich aber über den epochalen Wandel hinweg. Ebenso müssen die Geschlechterunterschiede und soziokulturelle Unterschiede beachtet werden (Berk, 2005).

„Adolescent is a period of rapid and transformative physical, psychological, sociocultural, and cognitive development“ (DiClemente, Santelli & Crosby, 2009, S.4). Das Jugendalter ist gekennzeichnet durch sehr schnelle Veränderungen bezüglich der vielfältigen Entwicklungsaufgaben, welche im Folgenden detailliert dargestellt werden. Die wichtigsten Entwicklungsziele sind die Rolle und den Status eines Erwachsenen

ezuzunehmen, sowie die biologischen, physikalischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Veränderungen zu bewältigen (Oerter & Dreher, 2002; Sales & Irwin, 2009).

Im Jugendalter entwickelt sich das soziale Urteilvermögen durch die Kombination der neu erworbenen kognitiven Fähigkeiten und den Lebenserfahrungen. Dieses soziale Urteilsvermögen beinhaltet ein Urteil über die Risiken beziehungsweise den Schutz (Flammer & Alsaker, 2002). Die Risiko- und Schutzfaktoren haben im Jugendalter eine besondere Bedeutung (Oerter & Dreher, 2002).

Im Jugendalter vollziehen sich kritische Veränderungen bezüglich der Beziehung einer jungen Person zur Welt, zum Sozialkreis und zur Arbeit der Eltern. Vergnügen und soziale Verantwortung werden wichtiger, als die engere Familie. Die Jugendlichen lernen mit einem größeren sozialen Netzwerk umzugehen und entwickeln soziale Fähigkeiten. Charakteristisch für die Übergangsphase vom Jugendalter in das Erwachsenenalter ist die Ablösung von den Eltern. Das bedeutet, dass den Eltern und der Familie insgesamt weniger Bedeutung beigemessen wird als anderen sozialen Kontexten wie den Peers, der Clique, der Schule etc. (Flammer & Alsaker, 2002; Oerter & Dreher, 2002; Richter, 2005). Die Ablösung von den Eltern ist einerseits kulturell bestimmt und andererseits durch die neue Rolle, welcher ein Jugendlicher in der Familie einnimmt, um Autonomie zu erlangen (Sales & Irwin, 2009). Die Eltern-Kind Beziehung wird somit neu definiert. Im Jugendalter vergrößert sich der Einfluss der Gleichaltrigen, vor allem bezüglich des Freizeitverhaltens und dem Konsum von Alkohol (Langness, Leven & Hurrelmann, 2006). Viele Verhaltensstile der Peer-Gruppe werden von dem Jugendlichen übernommen. Für sie ist es möglich in mehreren Gruppen gleichzeitig präsent zu sein und diesen anzugehören (Flammer & Alsaker, 2002). Der Jugendliche kann dabei für die jeweilige Gruppe spezielle Verhaltensweisen annehmen und zwischen diesen Verhaltensweisen variieren. Das Jugendalter ist gleichsam eine Phase, in welcher viele Verhaltensweisen zugunsten anderer aufgegeben werden und sich neue Beziehungen entwickeln (Berk, 2005; Williams, Holmbeck & Greenley, 2002).

Die Jugendlichen haben vermehrt Kontakt mit gesundheitlichem Risikoverhalten. Zum Risikoverhalten zählt das Rauchverhalten, der Alkoholkonsum, der Drogenkonsum oder riskantes sexuelles Verhalten (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002). Das Risikoverhalten Jugendlicher hängt ab vom Wissen, den Einstellungen, den Zielen, dem sozialen Status, den Möglichkeiten, der Kultur und der Tradition (Glanz, Rimer & Viswanath,

2008). Das Risikoverhalten im Jugendalter beeinflusst schließlich das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter nachhaltig (DiClemente et al., 2009).

Die Risikoverhaltensweisen der Jugendlichen bezüglich der Gesundheit werden nicht nur durch die Beziehung zu den Eltern und Gleichaltrigen beeinflusst, sondern auch von der Identitätsentwicklung des Jugendlichen.

3.1.1 Identitätsstadien nach Marcia

Marcia (1993) entwickelte ein Instrument, den „Identity Status Interview“, zur Erhebung der Identitätszustände. Zwei Modellvariablen sind für die Unterscheidung notwendig. Diese lassen sich in einer Vier-Felder-Tafel darstellen:

	Krise	<i>keine</i> Krise
innere Verpflichtung	erarbeitete Identität	übernommene Identität
<i>keine</i> innere Verpflichtung	Moratorium	diffuse Identität

Abbildung 1: Identitätsstadien nach Marcia (Haußer, 1995, S.81)

Es werden zwei Dimensionen postuliert, die Krise und die Verpflichtung. Unter der Krise wird die Identitätskrise verstanden, welche ein Jugendlicher überwinden muss, um zu wissen wie er sein Leben gestaltet. Die Krise beinhaltet daher die Unsicherheit, die Beunruhigung und Rebellion. Die empfundene innere Verpflichtung kennzeichnet den Umfang des Engagements, sowie die Bindung in dem bestimmten Lebensbereich.

Somit ergeben sich vier verschiedene Identitätszustände, die übernommene Identität, die diffuse Identität, das Moratorium und die erarbeitete Identität (Haußer, 1995).

Die übernommene Identität wird definiert als eine Orientierung an Autoritäten. Ein Jugendlicher übernimmt den Anspruch der Eltern so zu werden, wie sich diese es wünschen, unreflektiert und widerspruchslös. Es wird eine Ich-Identität entwickelt, allerdings nur sehr oberflächlich. Die erarbeitete Identität ist jene, welche ein Jugendlicher

nach einer explorativen und krisenhaften Periode gefunden hat. Diese Phase ist charakterisiert durch eine feste Lebensplanung und kritisches Hinterfragen. Im Stadium des Moratoriums befindet sich der Jugendliche in einem Kampf zwischen Alternativen und verschiedenen Entscheidungen. Er ist sich bewusst, dass er sich entscheiden muss, allerdings kann er sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht festlegen. Die diffuse Identität ist charakterisiert durch Desorientierung und Desinteresse. Der Jugendliche legt sich nicht bezüglich dem Beruf oder Werte fest (Marcia, 1966; Oerter & Montada, 2002).²

Die Identitätsentwicklung während der Phase des Jugendalters ist relevant, da die Jugendlichen selbstständige Verpflichtungen eingehen müssen, um die Zukunft zu planen.

Obwohl viele Jugendliche die turbulente Phase des Jugendalters, in welcher sie von der Kindheit in das Erwachsenenalter und zu einem gesunden Erwachsenen übertreten, gut meistern, verpassen manche diese Entwicklung.

3.2 Entwicklungsaufgaben im Jugendalter

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben stammt ursprünglich von Robert J. Havighurst (1981) und er definiert diese als „A development task is midway between an individual need and a societal demand. It assumes an active learner interacting with an active social environment“ (S.vi) und er beschreibt wie diese folgendermaßen entstehen, „Thus development tasks may arise from the physical maturation, from the pressure of cultural processes upon the individual, from the desires, aspirations, and values of the emerging personality, and they arise in most cases from the combinations of these factors acting together.“ (S.6). Die Entwicklungsaufgaben, welche an die Kinder und Jugendlichen gestellt werden und bewältigt werden müssen, setzen sich aus den individuellen Bedürfnissen und den Erwartungen der Gesellschaft zusammen. In der vorliegenden Arbeit wird besonderes Augenmerk auf den kulturellen Druck und den damit verbundenen sozialen Aspekten gelegt. Entwicklungsaufgaben sind Lernaufgaben, welche notwendig sind und bewältigt werden müssen, um ein zufriedenes Leben in der Gesellschaft zu führen. Oerter und Dreher (2002) haben versucht, die von Havighurst postulierten Entwicklungsaufgaben hinsichtlich der Stufen des Jugendalters einzuteilen. Zum frühen

² zur weiteren Darstellung siehe: Marcia (1966), Flammer & Alsaker (2002); Haußer (1995)

Erwachsenenalter zählen die Auswahl eines Partners, mit einem Partner leben zu lernen, eine Familie zu gründen, die Versorgung und Betreuung der Familie, ein Heim herzustellen, beziehungsweise einen Haushalt zu organisieren, den Einstieg in das Berufsleben zu meistern, eine Verantwortung als Staatsbürger auszuüben und eine angemessene soziale Gruppe zu finden. Diese Entwicklungsaufgaben wirken sich nachhaltig auf die Gesundheitsbalance aus und es stellt sich die Frage, ob eine ausgeglichene Balance gehalten werden kann. Die Gesundheitsbalance wird definiert als das Gleichgewicht zwischen den Anforderungen der Umwelt, den externen Faktoren und den Anforderungen, welche an sich selbst gestellt werden, den internen Stressoren. Diese Balance hängt ab von der Lebenssituation und den Widerstandsressourcen (Antonovsky, 1997). Ist die Gesundheitsbalance gestört, dann können Belastungen aufgrund von mangelnden Ressourcen nicht mehr bewältigt werden. Eine Entwicklungsaufgabe stellt der Ablösungsprozess von den Eltern, sowie der Familie dar. Die Eltern haben dennoch einen Einfluss auf das Risikoverhalten, da sie als Modelle fungieren und das Verhalten von der Familienstruktur beeinflusst wird (Sales & Irwin, 2009). Die Ablösung von den Eltern erfordert von den Jugendlichen große Anpassungsleistungen an andere soziale Kontexte, wie an Gleichaltrige, an Freunde und an die Schule. Die Schule darf als relevanter Einfluss nicht missachtet werden, da die Jugendlichen, welche eine Schule besuchen, den Großteil ihrer Zeit in dieser verbringen. Somit stellt diese eine wichtige Sozialisationsinstanz dar (Richter, 2005; Berk, 2005). Der Leistungsdruck in der Schule stellt oft eine große Belastung für den Jugendlichen dar, übt Stress aus und führt zu gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen um den Druck abzubauen.

Entwicklungsaufgaben im Jugendalter sind Unabhängigkeit von den Eltern zu erreichen, Beziehungen zu Freunden und Gleichaltrigen, aber auch Partnerbeziehungen sowie intime Beziehungen aufzubauen, die körperliche Entwicklung zu akzeptieren, eine Identität und eigene Persönlichkeit aufzubauen, einen eigenen Lebensstil und eigenes Wertesystem zu entwickeln und ein ethisches Verhalten aufzubauen, sowie sich auf das spätere Berufsleben vorzubereiten und eine Zukunftsperspektive zu entwickeln (Flammer & Alsaker, 2002; Oerter & Dreher, 2002; Plinquant & Silbereisen, 2002). Die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, werden von den biologischen Entwicklungsprozessen, den sozialen Anforderungen und den individuellen Zielen, welche ein Jugendlicher formuliert, bestimmt. Diese drei Bereiche wirken wechselseitig aufeinander ein (Plinquant &

Silbereisen, 2002). Aufgrund der Reifung finden bei den Jugendlichen somatoforme, wie hormonelle, physiologische und morphologische, Veränderungen statt. Somatoforme Veränderungen können für Jugendliche, bei welchen diese sehr früh einsetzen, enorm belastend sein (Flammer & Alsaker, 2002).

Um soziale Anforderungen zu erfüllen, geben viele Jugendliche an, dass es hilfreich ist, Zigaretten zu rauchen oder Alkohol zu konsumieren, um einerseits leichter neue Kontakte zu knüpfen und um andererseits ein gewisses Ansehen in der Gruppe zu erlangen. Die Zugehörigkeit von Jugendlichen zu einer Gruppe, welche Drogen einnimmt, kann diesen das Gefühl geben, im Vergleich zu anderen Jugendgruppen etwas Besonderes zu sein. Es gibt eine Vielzahl von Gründen warum ein Jugendlicher durch sein Verhalten die Gesundheit schädigt. Ebenso ist Stress ein wichtiger und häufiger Faktor, da Entwicklungsaufgaben und -anforderungen nicht bewältigt werden können. Auch Persönlichkeitsdimensionen können einen Risikofaktor darstellen, wie Probleme bei der Selbststeuerung in der Kindheit (Plinquant & Silbereisen, 2002). Weitere Persönlichkeitsfaktoren sind zum Beispiel die Aufmerksamkeitsstörung, die mangelnde Impulskontrolle und schwieriges Temperament, ein großes Maß an Kontrolliertheit, sowie Ängstlichkeit und soziale Gehemmtheit. Die Peer-Gruppe beeinflusst vor allem den Konsum von Substanzen, die Schlafgewohnheiten, sowie das Sport- und Ernährungsverhalten und die Zugänglichkeit und Möglichkeiten von Substanzen. Es herrscht in jeder Gruppe ein Konformitätsdruck.

Die Jugendlichen müssen zunehmend selbst ihr Gesundheitsverhalten bestimmen und unterschätzen meist das Risiko krank zu werden. Als Beispiel dazu dient das Rauchverhalten, da beim Rauchen die Folgeschäden erst später eintreten und keine unmittelbaren Konsequenzen bemerkt werden.

Pinquart und Silbereisen (2002) gehen davon aus, dass Jugendlichen in zwei Gruppen eingeteilt werden können, nämlich zum einen in jene Jugendliche, bei welchen es zu einem Anstieg von den risikoreichen Gesundheitsverhalten kommt und allmählich wieder im Erwachsenenalter abfällt und zum anderen in jene, bei welchen es nicht wieder zu einem Abfall im Erwachsenenalter kommt. Interessant in diesem Zusammenhang ist es, jene Faktoren zu erforschen, welche ausschlaggebend für das Weiterführen oder Abbrechen von Risikoverhaltensweisen bezüglich der Gesundheit sind.

Effekte bezüglich der sozioökonomischen Unterschiede bei den Jugendlichen kristallisieren sich erst im Laufe des Erwachsenenalters, etwa mit 20 Jahren, heraus. Als Erklärungsmodell dazu kann die Hypothese latenter Unterschiede dienen, welche davon ausgeht, dass die Jugendlichen über einen generell guten gesundheitlichen Zustand verfügen und verschiedene Belastungen, wie zum Beispiel Belastungen durch den Arbeitsplatz oder Belastungen durch die Familie, erst im späteren Erwachsenenalter zum Tragen kommen (Richter, 2005). Die Risikoverhaltensweisen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben langzeitliche Folgen und resultieren möglicherweise auch in einem frühzeitigen Tod. Die Hälfte der tödlichen Ursachen der Jugendlichen sind veränderbare Faktoren, wie das Rauchen, Diätverhalten, schlechte Ernährungsgewohnheiten, zu wenig körperliche Aktivität, zu großer Alkoholkonsum, Suchtverhalten, Autounfälle, Gebrauch von Waffen, delinquentes Verhalten, riskantes ungeschütztes Sexualverhalten und die Einnahme illegaler Drogen (DiClemente et al., 2009; Sales & Irwin, 2009).

Die Entwicklungsaufgaben betreffen pauschalisiert die Peer-Gruppe, die eigene Rolle in der Gesellschaft zu finden, die Ablösung von den Eltern, die Veränderungen des eigenen Körpers in das Selbstbild zu integrieren, eine Partnerschaft aufzubauen, eigene Werte zu entwickeln, eine Identität zu finden, einen Beruf beziehungsweise eine Ausbildung zu beginnen und eine Zukunftsperspektive zu entwickeln.

Ein Modell, welches die Entwicklung im Jugendalter, sowie deren direkten und indirekten Einflüsse darstellt, wird als „Biopsychosocial Model of Adolescent Development“ bezeichnet (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002). Es soll die relevanten Einflüsse im Jugendalter darstellen. Dazu zählen demografische, sowie zwischenmenschliche Variablen, welche einen direkten Einfluss auf das Ergebnis, also die Entwicklung der Jugendlichen als Outcome, und auf andere Variablen, wie der Veränderungen im Jugendalter und der interpersonalen Kontexte, haben. Der interpersonale Kontext besteht aus der Familie, Peer-Gruppe, Schule und Arbeit und steht zudem in einer Wechselwirkung zu den demografischen und zwischenmenschlichen Variablen, welche die Ethnizität, die Familienstruktur, das Geschlecht, die Nachbarn, den sozioökonomischen Status und die individuelle Möglichkeit der Veränderung mit ein beziehen. Unter der primären Veränderung der Jugendlichen fallen die biologischen Veränderungen, die kognitiven und psychologischen

Veränderungen und die neue soziale Rollendefinition (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002).

Die vorliegende Arbeit versucht alle möglichen relevanten Faktoren bezüglich der Schwerpunkte zu erfassen. Dazu zählen die Persönlichkeit des Jugendlichen, die Beziehung zu den Freunden und den Eltern um Faktoren aufzudecken und zu erforschen, welche nachhaltig die Gesundheit, sowohl negativ als auch positiv, beeinflussen.

4. Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen

Dem Gesundheitsverhalten der Jugendlichen wird ein eigenes Kapitel gewidmet. Das Zitat von Hurrelmann & Albert (2006) beschreiben sehr anschaulich, warum den Jugendlichen so viel Aufmerksamkeit geschenkt werden soll, nämlich die „Jugend ist die Zukunft unserer Gesellschaft“ (S. 11). Im folgenden Kapitel wird nun näher auf das Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen eingegangen. Es finden sich hierzu sowohl Definitionen als auch Erklärungen sowie eine Darstellung der einzelnen Schwerpunkte.

4.1 Überblick über das Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen

„Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen ist in erster Linie primär präventiv orientiert. Es wird nach Maßnahmen gesucht, um z.B. den Konsum von Tabakwaren, Alkohol und Drogen von vornherein zu verhindern.“ (Schwarzer, 2004, S. 347). Unterschieden wird zwischen illegalen und legalen Drogen. Zu den erlaubten Substanzen zählen Alkohol und Zigaretten. Die illegalen Substanzen beinhalten Drogenkonsum und abweichendes oder kriminelles Verhalten der Jugendlichen (Flammer & Alsaker, 2002). Ebenfalls wird zwischen Verhaltensweisen, welche die Gesundheit fördern oder schädigen, unterschieden. Schutz- und Risikofaktoren haben einen direkten Einfluss auf das gesundheitsförderliche Verhalten. Ebenfalls wird von einer Moderatorvariable ausgegangen, welche einen direkten Einfluss der Schutzfaktoren auf die Risikofaktoren beschreibt und die Risikofaktoren hemmt (Jessor, Turbin & Costa et. al. 2003; Turbin et. al., 2006). Präventives Gesundheitsverhalten wäre jenes Verhalten, welches eine Person ausführt um eine Krankheit zu vermeiden. Zu diesem Verhalten zählen all jene Aktivitäten, von denen eine Person annimmt, dass sie zur Gesundheitsprävention beizutragen (Glanz et al., 2008).

Bei Jugendlichen ist das Gesundheitsverhalten in Bezug auf den sozialen Kontext und den damit verbundenen Unterschieden noch wenig erforscht (Richter, 2005). Fraglich ist in diesem Zusammenhang, wie sich sozioökonomische Einflüsse wie zum Beispiel das Familieneinkommen, der Bildungsstand der Eltern und die berufliche Ausbildung des Jugendlichen, auf dessen schützendes oder riskantes Verhalten bezüglich der Gesundheit,

auswirken. Die WHO berichtet davon, dass vor allem Menschen, welche sich in einer sozioökonomischen benachteiligten Situation befinden und Menschen, welche sozial ausgegrenzt werden oder eine wenig zufriedenstellende Position in der Gesellschaft haben, sehr gefährdet sind, krank zu werden (WHO, 2004). Das Robert Koch-Institut (2005) berichtet in Bezug zum finanziellen Kontext, dass Armut erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und auf Gesundheitsschädigungen hat. Ergebnisse des Robert Koch-Instituts diesbezüglich waren, dass die Jugendlichen, welche sich in einer finanziell misslicheren Lage befinden, die Zahnpflege vernachlässigen, weniger Obst und Gemüse essen, sowie häufiger das Frühstück auslassen, eher keinen Sport betreiben und mehr fernsehen (Klocke & Lampert, 2005). Auch Langness, Leven und Hurrelmann (2006) zeigten auf, dass nicht alle Jugendlichen die materiellen Möglichkeiten haben, kostenintensive Freizeitaktivitäten auszuüben, und sich dies wiederum negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirkt. Die Gesundheitsverhaltensweisen von Jugendlichen werden hauptsächlich in der Freizeit, das bedeutet außerhalb der Schule beziehungsweise auch außerhalb der Familie ausgeübt. Die Peer Gruppe spielt dabei eine wesentliche Rolle. Der Alkoholkonsum, das Ernährungsverhalten und die Bewegung der Jugendlichen werden jedoch deutlich von den Eltern geprägt. Die Eltern dienen bei diesen Gesundheitsverhaltensweisen als Vorbilder und Modelle und haben großen Einfluss darauf (Hurrelmann, 2006; Richter, 2005). Viele Verhaltensweisen werden im Kleinkindalter von den Eltern übernommen und im Jugendalter fortgeführt.

Dem Jugendalter gilt beim Substanzkonsum deshalb besonderes Augenmerk, da die Jugendlichen das erste Mal mit psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Drogen und Alkohol in Berührung kommen. Diese Zeit ist für den weiteren Substanzkonsum im Erwachsenenalter von entscheidender Bedeutung, denn die überwiegende Anzahl der im Jugendalter angenommenen Verhaltensweisen, welche sich durchgesetzt haben, werden im Erwachsenenalter fortgeführt (Licence, 2004; Richter & Hurrelmann, 2004). Substanzkonsum ist dann problematisch, je früher er einsetzt oder je exzessiver der Substanzkonsum ausgeübt wird oder wenn er in Kombination mit anderen problematischen Verhaltensweisen auftritt (Richter & Hurrelmann, 2004). Weitere problematische Verhaltensweisen sind risikoreiches Sexualverhalten und schlechte Ernährungsgewohnheiten. Viele der Jugendlichen bedenken nicht die Langzeitfolgen, wie zum

Beispiel Substanzabhängigkeit, ungewollte Schwangerschaften, infektiöse Geschlechtskrankheiten, Übergewicht oder Essstörungen (Sales & Irwin, 2009). Zigaretten, Drogen und Alkoholmissbrauch haben nicht nur Langzeiteffekte, sondern auch unmittelbare Folgen (Licence, 2004). Bedingt werden diese Verhaltensweisen durch das „sensation seeking“, welches im Jugendalter große Bedeutung hat. Sensation Seeking wird von Zuckermann (1979) definiert als „trait defined by the need for varied, novel and complex sensation and experiences and willingness to take physical and social risks for the sake of such experiences.“ (zitiert nach Sales & Irwin, 2009, S. 37) und in Verbindung gebracht mit „risk-taking behaviors such as substance abuse, reckless motor vehicle use, delinquency, and risky sexual behavior.“ (Sales & Irwin, 2009, S.37).

Vor allem den Kombinationen von biologischen und sozialen Faktoren muss höchste Beachtung geschenkt werden, da diese mehr an Varianz beim Problemverhalten erklären als ein Faktor alleine (Sales & Irwin, 2009).

Hervorzuheben ist, dass dem Jugendalter eine Schlüsselrolle für das zukünftige Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter zukommt. Verhaltensweisen werden im Jugendalter erprobt, in weiterer Folge erlernt und verfestigen sich schlussendlich. Gesundheitsverhaltensweisen, wie z. B. schlechte Diätgewohnheiten oder das Rauchverhalten sind nur schwer zu ändern. Viele Personen haben zwar den Vorsatz etwas zu verändern, aber sie verhalten sich nicht danach (Schwarzer, 2008). Ihnen fehlt es an der nötigen Motivation, Volition und Durchhaltevermögen. Daher ist es von besonderem Stellenwert, bereits im Jugendalter gesundheitsförderliches Verhalten zu forcieren und Risikoverhaltensweisen zu reduzieren.

4.1.1 Geschlechterunterschiede bezüglich der Gesundheit bei Jugendlichen

Abgesehen von den individuellen und sozialen Faktoren, welche berücksichtigt werden müssen, um das problematische beziehungsweise förderliche Gesundheitsverhalten zu erklären, ist es ebenso von großer Bedeutung, den Geschlechterunterschied mit ein zu beziehen. Die Literatur beschreibt, dass erwachsene Frauen einen schlechteren Gesundheitszustand im täglichen Leben angeben. Diese Auffassung wurde in einer Studie

von Cavallo et al. (2006), „Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health“, bestätigt. Von Bedeutung ist, dass sich diese geschlechtsspezifische Tendenz, einer schlechteren Einschätzung des Gesundheitszustandes bei weiblichen Personen, bereits im Jugendalter abzeichnet. Die Jugendlichen sollen ihre Gesundheit bezüglich Symptome, wie zum Beispiel Kopfweg, Bauchschmerzen, schlechtere Laune und Schlafstörungen, selbst angeben. Mädchen berichten generell von einer höheren Frequenz und mehr Symptomen. Dieses Ergebnis wurde länderübergreifend und über alle Altersstufen hinweg, festgestellt. Die Wahrscheinlichkeit von schlechteren Gesundheitsangaben steigt mit dem Alter an.

Wird das Gesundheitsverhalten mit der Persönlichkeit korreliert, dann zeigt sich, dass männliche Jugendliche das Problemverhalten externalisieren, während die weiblichen Jugendlichen dieses internalisieren (Kolip, 2002). Die männlichen Jugendlichen sind eher bereit, eine Gefahr oder ein Risiko einzugehen (Hurrelmann, 2006). Jedoch lassen sich bei den Verhaltensweisen bezüglich der Gesundheit nicht nur qualitative, sondern auch quantitative Unterschiede im Geschlecht feststellen. Die männlichen Jugendlichen rauchen im Vergleich zu den weiblichen Jugendlichen mehr Zigaretten, vermehrt auch filterlose Zigaretten sowie mehr Zigaretten mit hohem Teergehalt. Dies deutet auf ein höheres externalisiertes Risikoverhalten von Seiten der männlichen Jugendlichen hin. Ebenfalls zeigt sich bezüglich des Alkoholkonsums, dass die männlichen Jugendlichen größere Mengen Alkohol zu sich nehmen und auch häufiger trinken, als die weiblichen Jugendlichen. Beim Ernährungsverhalten sind insofern Geschlechterunterschiede zu verzeichnen, dass Mädchen häufiger und gesünder essen, jedoch öfter Mahlzeiten auslassen und ihr Gewicht häufiger mittels Diäten regulieren (Kolip, 2002). Geschlechterunterschiede finden sich nicht nur im Jugendalter, sondern setzen sich auch im Erwachsenenalter fort und zwar dahingehend, dass sich die Männer ungesünder ernähren und einen höheren Suchtmittelkonsum aufweisen (Hurrelmann, 2006).

4.2 Zigarettenkonsum bei Jugendlichen

Ein Nikotinabusus wird definiert als der schädliche Konsum von Produkten, welche Nikotin enthalten, zur Befriedigung der Sucht. Das Wort „abusus“ hat seinen Ursprung im Lateinischen und bedeutet Missbrauch. Ein wiederholter oder anhaltender Konsum führt dabei zu einer Abhängigkeit. Nikotin verursacht ein hohes Suchtpotenzial. Bei chronischem Konsum von Zigaretten, welche Nikotin beinhalten, kommt es zwangsläufig zu Gesundheitsschädigungen (Breslau, 1995).

Vor allem jüngere Menschen sind von dem Risiko des Rauchens betroffen. In der Literatur finden sich Angaben, dass 8 von 10 Rauchern bereits im Jugendalter damit begonnen haben (DiClemente et al., 2009; Clayton, Caudill & Segress, 2009). Zu beachten ist, dass der Zigarettenkonsum bei Jugendlichen zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr mit 57% am häufigsten genannt wird (Goodman & Huang, 2002).

Die Motive, warum jemand raucht oder nicht, sind sehr vielfältig und verändern sich mit fortschreitender Zeit. Ein Erwachsener hat hierfür wahrscheinlich andere Motive als ein Jugendlicher. Erwachsene und Jugendliche haben jedoch dieselben Vorstellungen von den Langzeitrissen, welche Nikotin verursacht (Sales & Irwin, 2009).

Nach Schwarzer (2004) ist das Rauchen auch „die größte indirekte und vermeidbare Todesursache“ (S. 309). Schwere Erkrankungen sind zum Beispiel Krebserkrankungen, koronare Herzerkrankungen, aber auch chronische Bronchitis, Lungenentzündungen, Magengeschwüre, Infektionskrankheiten und vieles mehr (Richter, 2005; Schwarzer, 2004). Das Problem ist, dass zwar viele Jugendliche über die gesundheitsschädigende Wirkung des Zigarettenkonsums Bescheid wissen und dennoch damit beginnen (Schwarzer, 2004). Einige Faktoren, welche das Rauchen attraktiv machen sind die Gemütlichkeit, die Ablenkung, der Abbau von Nervosität und Stress, sowie der Geschmack. DiFranza et al. (2007b) haben in einer zweijährigen Studie herausgefunden, dass der stärkste Prädiktor für die Abhängigkeit von Nikotin die Erfahrung der Entspannung bei der ersten Inhalation ist. Tritt diese Entspannung auf, dann sind die Jugendlichen stark gefährdet, auch weiter zu rauchen. Die erste Inhalation ist daher ein Meilenstein im Tabakkonsum und die Jugendlichen verlieren ihre Willensfreiheit. Das Nikotin benötigt nur etwa sieben Sekunden, um in das Gehirn zu gelangen (Clayton, Caudill & Segress, 2009). Durch das unmittelbare Eintreten der Entspannung nach der

Inhalation, wird das Rauchverhalten fortgeführt. Die Begleiterscheinungen, der körperlichen und physischen Abhängigkeit, erfolgen sehr rasch nach dem Absetzen des Tabakkonsums (DiFranza et. al., 2007a; Schwarzer, 2004). Dies beschreibt nochmals die Gefahr, welche aufgrund des hohen Suchtpotenzials von Nikotin ausgeht.

90% der Konsumenten bezeichnen das Rauchen als Sucht und sind sich der Suchtproblematik bewusst. Drei von fünf Rauchern haben mindestens einmal versucht mit dem Rauchen aufzuhören (Günther, 2006). Ähnliche Ergebnisse zeigte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006c) auf, dass nämlich bereits 29% mindestens einmal versucht haben Abstinenz zu erlangen.

Im EU-Vergleich gibt es in Österreich um 20% weniger Raucher (WHO, 2004). Trotzdem sind die Zusammenhänge bezüglich des Rauchverhaltens im Jugendalter und dem aktuellen Zigarettenkonsum im Erwachsenenalter, sowie den fehlgeschlagenen Versuchen, Abstinenz zu erreichen, beachtlich. Insofern ist auf die Wichtigkeit von Interventionsprogrammen im Jugendalter hinzuweisen.

Das aktuelle Rauchverhalten der Jugendlichen wird beeinflusst vom Milieu, der Ausbildung des Jugendlichen, dem Stress, dem Vorbildverhalten der Eltern, dem Konsum von Zigaretten der Peer-Gruppe und dem Einstiegsalter. Das Rauchen ist vor allem in einem eingeschränkten sozialen Milieu und niedrigeren sozialen Schicht stärker verbreitet. Gleich dem Schichtunterschied gibt es einen Unterschied in der Bildung, da Personen mit höherer Ausbildung durchschnittlich weniger rauchen (Albers & Biener, 2003). Dies impliziert bereits den Gegensatz, dass es mehr Raucher gibt, welche über eine geringere, beziehungsweise keine Ausbildung verfügen. Dieses Ergebnis konnte durch einen Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2006c) bestätigt werden. Personen, welche über einen Lehrabschluss verfügen, beinhalten den höchsten Anteil an Rauchern, während Personen mit Matura den niedrigsten Anteil aufweisen. Jugendliche, welche den Zigarettenkonsum fortführen, haben meist kritische Lebensereignisse erfahren, erbringen schlechtere Schulleistungen, der Alltagsstress ist erhöht und geben ein geringes subjektives Wohlbefinden an (Schwarzer, 2004).

Eine weitere Studie zeigt auf, dass jene Jugendliche vermehrt Zigaretten konsumieren, welche ein antisoziales Verhalten zeigen, an einer jugendlichen Depression leiden

beziehungsweise an einem prosozialen Glauben festhalten (Kim, Flemming & Catalana, 2009).

Beim Rauchen spielt vor allem das Vorbildverhalten der Eltern eine große Rolle, denn Jessor et al. (2004) konnten belegen, dass dieses Modelllernen von der jeweiligen Kultur abhängt. In China zum Beispiel rauchen 75% der Väter und nur 6% der Mütter, während dieses Verhältnis in den USA mit 25% ausgeglichen ist. In der USA rauchen 27% der Jugendlichen, während in China nur 23% der Jugendlichen zur Zigarette greifen. Sowohl die Eltern, als auch die Gruppe der Gleichaltrigen stellen wichtige Verhaltensmodelle beim Rauchen dar. Dass Gruppenmitglieder rauchen wird meist als eine Symbolhandlung von Gruppenmitgliedschaft ausgewiesen. Gerade Jugendliche mit einem geringen Selbstwertgefühl, mit der Tendenz zur sozialen Abhängigkeit und mit einer geringen sozialen Kompetenzerwartung sind stärker gefährdet (Schwarzer, 2004). Bei Jugendlichen deren Eltern nicht rauchen, kann allerdings auch das häufige Ansehen von Filmen, in welchen geraucht wird, einen Einfluss auf das Ausprobieren und somit auf das Rauchverhalten haben. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen Variablen wurde von Hanewinkel und Sargent (2008), sowie in der Langzeitstudie von Dalton et al. (2009) gefunden. Es sind aber auch die Regeln bezüglich der Filmauswahl der Eltern von entscheidender Bedeutung, mit welchen die Kinder aufwachsen (Dalton et al., 2006).

Aber nicht nur die Eltern als Modelle spielen eine große Rolle im Zigarettenkonsum, sondern auch das Vorbildverhalten der Freunde. Kinder und Jugendliche, die täglich rauchen, haben zu 81,5% einen besten Freund oder eine beste Freundin, der/die ebenfalls raucht (Bilz & Melzer, 2005).

Audrain-McGovern et al. (2006) weisen darauf hin, dass die Menge der Zigaretten davon beeinflusst wird ob und welche Raucherfahrungen Jugendliche haben, ob sie Alkohol konsumieren und ob sie Gebrauch von Marihuana machen. Es ist generell ein Rückgang der jugendlichen Raucher in Deutschland zu verzeichnen, und zwar von 39% im Jahr 2003 auf 32% im Jahr 2005 (Bilz & Melzer, 2005). Ebenfalls wurde dieses Ergebnis in einer weiteren Längsschnittstudie von Günther (2006) bestätigt. Diese Studie ergab 1973 einen Raucheranteil von 50% der Jugendlichen, während der Anteilswert 2005 mit 28% junger Raucher rückläufig ist.

Es ist ein kleiner Geschlechterunterschied zu erkennen, und zwar rauchen 16,3% der Mädchen und 13% der Jungen (Bilz & Melzer, 2005). Dieser Geschlechterunterschied

kann auch von Günther (2006) bestätigt werden, denn hier rauchen in verschiedenen Altersgruppen insgesamt mehr Mädchen als Jungen. Mädchen konsumieren insgesamt mehr Tabak als die Jungen (WHO, 2004).

Die jugendlichen Raucher beginnen jedoch früher zu rauchen und zwar ist dies von 1995 von 55% auf 69% im Jahr 2005 gestiegen. 26% der Kinder beginnen im 12. bzw. 13. Lebensjahr (Günther, 2006). Eine weitere Studie beschreibt, dass 52% eine Zigarette bereits mit 14 Jahren oder jünger geraucht haben. 27% der täglichen Raucher haben mit 14 Jahren oder früher zu rauchen begonnen. 65% berichten nur vom Testen, 35 % haben noch nie eine Zigarette probiert. 7% der Jugendlichen haben das erste Mal geraucht als sie über 18 Jahre alt waren und 21% der Studierenden rauchen täglich (Taylor et al., 2009). DiFranza et al. (2007b) beschreiben, dass durchschnittlich die erste Zigarette mit 11.7 Jahren ohne Lungenzug geraucht wird und mit 12.8 Jahren das erste Mal ein Zug inhaliert wird. 58,8% verlieren ihre Willensfreiheit gegenüber dem Rauchen und 38,2% werden gemäß ICD-10 abhängig. Diese Forschungsgruppe konnte keinen signifikanten Geschlechterunterschied feststellen. In der Literatur wird davon berichtet, dass 15% der Jungen und Mädchen im Alter von 11- 15 Jahren täglich rauchen und ein Drittel der Jugendlichen mindestens einmal wöchentlich zur Zigarette greift (Richter & Hurrelmann, 2004). 60% der 14- 19 Jährigen geben an, im letzten Jahr geraucht zu haben (bmgf, 2006c).

Das größte Problem am Tabakkonsum ist, dass Jugendliche glauben, dass sie mit dem Rauchen und dem Zigarettenkonsum experimentieren können, ohne davon abhängig zu werden oder gesundheitliche Folgeerscheinungen zu erleiden. Die Jugendlichen unterschätzen das Risiko für gesundheitliche Folgeerkrankungen, sowie die Abhängigkeit von Nikotin (Kropp & Halpern-Felsher, 2004). Das Jugendalter stellt damit die wichtigste Phase im Zigarettenkonsum dar. Zu beachten ist, dass das Rauchen mehr Todesopfer pro Jahr fordert, als dies aufgrund von Alkohol, Autounfällen, Selbstmord, Aids, Mord oder illegalen Drogen der Fall ist (Clayton, Caudill & Segress, 2009). Das entwicklungspsychologische Idealbild wäre ein Jugendlicher, welcher das Rauchen probiert und feststellt, dass es keinen Sinn macht weiter zu rauchen, die negativen gesundheitlichen Folgen erkennt und schlussendlich den Zigarettenkonsum aufgibt (Schwarzer, 2004).

4.3 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Ein Alkoholmissbrauch liegt dann vor, wenn bereits negative soziale und gesundheitliche Folgen für die Betroffenen eingetreten sind und das Trinkverhalten von den kulturell-üblichen Gewohnheiten abweicht (Klicpera, 2006). Eine neue Form des Alkoholmissbrauches wird als „binge-drinking“ bezeichnet. Dieser Begriff wird definiert als „das Trinken von fünf oder mehr Getränken pro Gelegenheit“ (Klicpera, 2006, S.171). Das „binge-drinking“ beinhaltet gesundheitliche Risikofaktoren, wie Autounfälle, Gewalt, ungewollte sexuelle Aktivität oder sexuelles Risikoverhalten. Diese Form des Alkoholmissbrauchs nimmt bei den Jugendlichen, vor allem mit dem Alter und dem Anstieg der Schulstufe, rasant zu (Roth & Petermann, 2006). Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des „binge-drinking“ und einem schlechteren Schulerfolg gefunden werden (Miller et al., 2006).

Die Periode zwischen dem 16. und dem 20. Lebensjahr ist für exzessives Trinken und Probleme aufgrund des Alkoholkonsums charakteristisch (Brown et al., 2008). Es ist deshalb so wichtig den Konsum von Alkohol im Jugendalter zu beachten, da dieser die drei häufigsten Todesursachen, Unfälle zu Hause, Selbstmord und ungewollte Unfälle, mit bedingt (Miller et al., 2006). Dies wird durch das Abfallen der Hemmschwelle bei Alkoholintoxikation erklärt. Die Hälfte der Todesursachen aufgrund von Alkoholkonsum sind auf eine Episode schwerem Trinkens, einer sogenannten „heavy-episodic-drinking“ und die andere Hälfte auf regelmäßigen Alkoholkonsum mit jeweils einer hohen Menge Alkohol, „high-levels-of-regular-drinking“, zurückzuführen. Menschen, welche regelmäßig hohe Mengen Alkohol konsumieren, leiden an den Folgen einer chronischen Erkrankung. Diese Folgen sind allerdings nicht typisch für das Jugendalter. Das Jugendalter und frühe Erwachsenenalter ist vor allem durch das episodische Trinken gekennzeichnet. Eine Alkoholintoxikation, also ein einfacher „Rausch“, ist deshalb so gefährlich, da dieser eine sedierende Wirkung auf das Zentralnervensystem des Menschen hat. In Folge kommt es zu Störungen der motorischen Koordination, zu Artikulationsstörungen und zur Verlangsamung der Reaktionsfähigkeit (Klicpera, 2006). Aufgrund des hohen Alkoholspiegels werden primär Autounfälle, riskantes Sexualverhalten und Probleme in der Schule, verursacht (DiClemente et al., 2009; McCarty et al., 2004). Um die dramatischen Auswirkungen von Alkoholkonsum zu verdeutlichen, wird hier ein

Studienergebnis dargestellt, dass bereits vier alkoholische Getränke oder mehr während der Schwangerschaft einen Einfluss auf psychische Störungen oder Lernschwierigkeiten des Fötus in der Kindheit haben (Sayal et al., 2010). Ein weiteres Beispiel, welches diese Problematik bezüglich des Alkoholkonsums veranschaulicht ist, dass bereits 9% der College-Studenten in der USA, welche 19 Jahre oder älter sind, nach gemäß DSM 4 als alkoholabhängig eingestuft werden (Hingson et al., 2003). Alkoholkonsum im Jugendalter hat sowohl Kurz- als auch Langzeitfolgen.

Die Probleme, welche aufgrund des Alkoholkonsums entstehen können, werden eingeteilt in soziale, juristische, motivationale und emotionale, sowie medizinische Probleme. Unter den sozialen Problemen werden körperliche und verbale Aggressionen und problematische Beziehungen verstanden. Zu den rechtlichen Problemen zählt der Entzug des Führerscheins aufgrund der Alkoholeinwirkung. Zu den motivationalen und emotionalen Problemen zählen Schwierigkeiten in der Schule und dass die angestrebten Ziele nicht mehr verfolgt werden können. Die Störung des zentralen Nervensystems oder körperliche Verletzungen zählen zu den medizinischen Problemen (Brown et al., 2008). Bedenklich ist, dass laut Angaben der Weltgesundheitsorganisation, Österreich unter den europäischen Ländern eine der höchsten Sterblichkeitsraten aufgrund von Leberkrankheiten beziehungsweise auch Leberzirrhose aufweist. Diese Daten sind vom Geschlecht unabhängig. Immerhin liegt Österreich hier um 15% über dem europäischen Durchschnitt (WHO, 2004).

Abgesehen von den negativen Folgen und Problematiken, welche der Alkoholkonsum verursacht, gibt es auch eine Vielzahl an Motiven, die den Konsum von Alkohol für Jugendliche attraktiv machen. Positive Folgen aufgrund des Konsums alkoholischer Getränke für die Jugendlichen bestehen in der Wirkung des Alkohols und zwar verursacht dieser eine Enthemmung, Antriebssteigerung und Euphorie. Viele Jugendliche beschreiben, dass es ihnen aufgrund dieser Faktoren leichter fällt, mit anderen Jugendlichen in Kontakt zu treten und andere Jugendliche kennen zu lernen. Übermäßiges Trinken von übermäßigem Alkohol in einer Gruppe erzeugt ein starkes Zugehörigkeitsgefühl.

Eine HBSC-Gesundheitsstudie (2005) erhebt Daten von Schülern der fünften, siebenten und neunten Klasse der allgemeinbildenden Schulen in Thüringen. Es handelt sich um eine Längsschnittstudie, welche seit 1984 im vierjährigen Turnus durchgeführt wird. Der theoretische Hintergrund der Studie besagt, dass Substanzkonsum ein Ausdruck von Versagens- und Stresssituationen ist und dazu dient, die elterliche Norm zu verletzen und den Zugang zur Peer-Gruppe zu erleichtern.

Bei einer Umfrage zu bevorzugten Art der alkoholischen Getränke werden am meisten Mixgetränke, so genannte Alkopops angegeben (Bilz & Melzer, 2005). Alkopops werden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, bmgf, (2006) definiert als „im Allgemeinen süße, meist in poppig designten Flaschen oder Dosen trinkfertig abgefüllte, alkoholische Mischgetränke (Ready-to-drink, Premixgetränke) mit einem Alkoholgehalt, der etwa einem Bier entspricht.“ (S.6). Bei einer weiteren Studie von Jugendlichen, welche zwischen 11-15 Jahre alt sind, liegen die Alkopops an zweiter Stelle. An erster Stelle und somit als das beliebteste alkoholische Getränk wird Bier angegeben (Richter & Hurrelmann, 2004). 9,5% der 15-jährigen Schüler geben an, 3-5 Mal pro Woche Wein und Bier zu trinken, während es im Vergleich dazu 47% ablehnen, Alkohol zu trinken. 7,1% geben an 3-5 Mal pro Woche Alkopops und andere Mixgetränke zu konsumieren und 3,8% geben an 3-5 Mal pro Woche hochprozentige Getränke zu trinken (Ranetbauer & Hackl, 2007). Auch hier zeigt sich, dass Alkopops an zweiter Stelle gereiht werden und Bier beziehungsweise Wein den größten Stellenwert haben.

Nicht nur die Peer-Gruppe, sondern auch die Eltern haben in ihrer Vorbildfunktion eine große Wirkung auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen. Die Vorstellungen der Eltern über den Alkoholkonsum, sowie der Gebrauch von Alkohol im familiären Kreis wirkt sich auf das Verhalten der Jugendlichen im Umgang mit diesem aus (Klicpera, 2006; Richter, 2005). Die Einstellung der Eltern und die Regeln der Eltern haben ebenfalls großen Einfluss auf den Alkoholkonsum (Highet, 2005; Klicpera, 2006). Das Trinken von Alkohol ist zur gegenwärtigen Situation in den Alltag integriert und wird von den Eltern akzeptiert. Eltern sind eher besorgt über die Verfügbarkeit von Drogen als über die Verfügbarkeit von Alkohol (Highet, 2005).

Beim Alkoholkonsum ist jedoch ein deutlicher Geschlechtsunterschied zu verzeichnen, welcher im nächsten Abschnitt diskutiert wird. Der Anteil der Jungen, die schon öfter als

dreimal betrunken waren ist höher, als der Anteil der Mädchen. Bei dieser Aussage gibt es jedoch eine Einschränkung bezüglich der Schüler, welche ein Gymnasium besuchen. In einem Gymnasium haben die Mädchen mehr Rauscherfahrungen, als die Jungen (Bilz & Melzer, 2005). Schulstufenspezifisch ist zu erkennen, dass die Anteilswerte bei 15-jährigen Schüler/Innen in der HTL 17,7% betragen, im Vergleich dazu in der HLA 4,5% und im Polytechnischen Lehrgang 6,5% (Ranetbauer & Hackl, 2007). Dieses Ergebnis lässt ebenfalls auf den geschlechtsspezifischen Unterschied schließen, da die HTL vorwiegend männliche Jugendliche schult, während die HLA hauptsächlich von weiblichen Jugendlichen besucht wird. Der polytechnische Lehrgang ist von beiden Geschlechtergruppen ungefähr gleichermaßen frequentiert. Das Ergebnis, dass Junge signifikant häufiger wiederholte Rauscherfahrungen machen als gleichaltrige Mädchen, kann, wie zuvor von Bilz und Melzer (2005), auch von Richter und Hurrelmann (2004) bestätigt werden. Die genauen Anteilswerte betragen bei Jungen 15,4 % und 5,9% bei Mädchen (Richter & Hurrelmann, 2004). Ein weiteres Ergebnis, welches diesen Geschlechterunterschied bestätigt, stammt von Ranetbauer und Hackl (2007). Sie berichten davon, dass 16% der Jungen und 5% der Mädchen Alkohol konsumieren. 30% der männlichen Jugendlichen trinken regelmäßig Alkohol, während der Anteil der Frauen nur 7% beträgt. Bei den jungen Frauen hingegen werden mehr Gelegenheitstrinker gezählt, nämlich 41% der Frauen im Vergleich zu 33% der Männer. Mädchen zwischen dem 18. und 20. Lebensjahr konsumieren am intensivsten Alkohol (22%).

Bilz & Melzer (2005) berichten davon, dass sich lediglich 2,2% der Jugendlichen als Nichttrinker bezeichnen. Im Vergleich dazu waren es im Jahr 2003, immerhin noch 4,6% der Jugendlichen die angeben, Nichttrinker zu sein. Das bedeutet, dass immer mehr Jugendliche Alkohol konsumieren. 62% der Jugendlichen einer kanadischen Universität geben an, mehr als fünf Getränke oder noch mehr in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben. Bei dieser Stichprobe haben bereits 93% Alkohol konsumiert. 8% gaben an, ihr erstes alkoholisches Getränk mit 12 Jahren oder jünger getrunken zu haben (Taylor et al., 2009). Bei einer Längsschnittstudie aus Bayern zum Erhebungszeitpunkt 2005 hat sich bei der Befragung von 12- bis 24- jährigen Jugendlichen über einen Zeitraum von ungefähr 30 Jahren gezeigt, dass der Anteil an Alkoholkonsumenten konstant (18%) bleibt. 61% der Jugendlichen haben im Durchschnitt von 14.9 Jahren ihren ersten Vollrausch. 10% erleben ihren ersten Alkoholrausch mit bereits 12 oder 13 Jahren. Auffallend ist, dass diejenigen,

die heute an sechs oder mehr Tagen pro Monat exzessiv trinken, bereits mit 13.3 Jahren ihren ersten Alkoholrausch hatten. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass je jünger ein Jungendlicher mit dem Trinken von Alkohol beginnt, desto eher setzt sich dieses Verhalten fort und desto höher ist der weitere Alkoholkonsum. Allerdings fehlen weitere Hinweise und Überprüfungen in dieser Studie zu diesem Bereich. 46% der Jugendlichen haben an mindestens einem Tag innerhalb der letzten 30 Tage fünf oder mehr alkoholische Getränke zu sich genommen.

Die soziale Akzeptanz des Alkoholtrinkens ist von 27% im Jahr 1990 auf 42% im Jahr 2005 gestiegen. 61% der Jugendlichen geben an, dass ihre Freunde trinken (Günther, 2006).

Generell ist ein Rückgang des Alkoholkonsums bei Jugendlichen zu verzeichnen. Es gibt eine Angleichung der Geschlechter im Konsum von alkoholischen Getränken und es wird ein früherer Beginn des Alkoholkonsums beschrieben (bmgf, 2006a). Es herrscht eine Kontinuität zwischen dem problematischen Trinkverhalten während dem Jugendalter in Verbindung mit problematischen Trinkverhalten im Erwachsenenalter (McCarty, 2004).

4.4 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Unter Drogenmissbrauch wird die „gelegentliche oder andauernde Drogeneinnahme, die nichts mit einer akzeptierten ärztlichen Praxis zu tun hat oder ihr zuwiderläuft“ bezeichnet (Klicpera, 2006, S. 185). Der Drogenmissbrauch wird von einer Drogenabhängigkeit abgegrenzt. Bei der Drogenabhängigkeit kommt es beim Absetzen der Drogeneinnahme zu Entzugerscheinungen. Es gibt verschiedene Drogenarten, wie z. B. Amphetamine, Kokain, Hypnotika, Marihuana, Opiate und Halluzinogene. Die Drogen verursachen einen euphorischen und berauschenden Zustand, eine Antriebssteigerung, Enthemmung beziehungsweise einen Erregungsschub. Die unterschiedlichen Drogenstoffe können auf verschiedene Arten eingenommen werden, von der Tabletteneinnahme über das Rauchen, der nasalen Einnahme bis hin zur intravenösen und intramuskulären Einnahme.

Drogen werden am häufigsten von Jugendlichen konsumiert, während im Erwachsenenalter deutlich weniger Drogen eingenommen werden (Roth & Petermann, 2006).

Das Hauptalter für die Einnahme illegaler Drogen wird auf das 18. bis 20. Lebensjahr begrenzt (DiClemente et al., 2009). Als vorwiegende Gründe für Drogenkonsum geben die Jugendliche Neugier, den Wunsch etwas Neues und Aufregendes zu erleben, Glücksgefühle zu erleben, den Alltag zu vergessen, sowie Musik anders wahrzunehmen und ein gutes körperliches Gefühl zu haben, an (Roth & Petermann, 2006). Mit dem Drogenkonsum sind aber nicht nur die positiven Folgen, sondern auch negative Begleiterscheinungen und Gefahren verbunden. Lässt die Wirkung einer Droge nach, kommt es zu unangenehmen Entzugserscheinungen. Die gesundheitlichen Risikofaktoren sind für jede Droge unterschiedlich. Folgeschäden sind Hepatitis, AIDS, Gewichtsverlust, Ernährungsstörungen, chronische Hirnschädigung, etc. und damit gehen Persönlichkeitsveränderungen, körperliche und psychische Abhängigkeiten einher (Flammer & Alsaker, 2002; Klicpera, 2006).

Bei der Drogeneinnahme ist vor allem die Beziehung zu den Eltern und zur Peer-Gruppe, welcher der Jugendliche angehört, von entscheidender Bedeutung. Bei der Familienkonstellation findet sich häufig eine schlechte Beziehung zu den Eltern beziehungsweise eine Scheidung oder Trennung der Eltern. Jugendliche, welche mit nur einem Elternteil zusammenleben sind stärker gefährdet illegale Drogen zu nehmen (Sales & Irwin, 2009). Auch die Peergruppe hat einen wesentlichen Einfluss, da Jugendliche, welche Drogen einnehmen, vermehrt andere Jugendliche kennen, welche Drogen konsumieren. Drogenkonsum findet daher hauptsächlich unter den Peers beziehungsweise in der Clique statt. Der Gruppendruck ist höher, wenn Jugendliche derselben Gruppe Drogen konsumieren. Der Einfluss der Gleichaltrigen nimmt jedoch mit dem Alter wieder ab (Hurrelmann, 2002). Folgende Prädiktoren sind für die künftige Drogeneinnahme ausschlaggebend: Störungen im Sozialverhalten, verringertes psychisches Wohlbefinden und eine schlechte Eingliederung in der Schule.

Bilz und Melzer (2005) beobachteten, dass Cannabis und Cannabisprodukte von 8,4% der Kinder und Jugendlichen in den letzten 12 Monaten konsumiert wurden. Dies waren vorrangig Schüler der 9. Klasse und Schüler an Regelschulen. Es waren keine Differenzen bezüglich des Geschlechtes und des Wohlstandes der Familie zu verzeichnen, jedoch konnten extreme Unterschiede zwischen den Bundesländern in Deutschland erkannt werden und zwar dahingehend, dass der Drogenkonsum in den urbanen Bundesländern

geringer war. Der Geschlechterunterschied ist relativ klein, von 13% der Jugendlichen, welche im Jahr 2005 Drogen konsumierten, waren 14% männliche Jugendliche und 11% weibliche Jugendliche (Günther, 2006). In einer weiteren Studie von Richter und Hurrelmann (2004) zu Jugend und Drogen- eine Untersuchung zum wachsenden Bedarf an jugendspezifischen Suchtprogrammen- wird berichtet, dass 9% der männlichen Jugendlichen 10 mal oder häufiger in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert haben, während nur 3% der weiblichen Jugendlichen diese angaben.

Eine Medikamenteneinnahme wird von jungen Frauen mit 4,8% häufiger angegeben als von jungen Männern, 3,9% (Günther, 2006). Bereits 15 % haben Marihuana mit 14 Jahren geraucht (Taylor, 2009). Cannabis wurde bereits von 22% der männlichen Jugendlichen und 14,9% der weiblichen Jugendlichen zumindest einmal versucht (Richter & Hurrelmann, 2004). Im Jahr 2005 hat ungefähr jeder vierte Jugendliche Drogen probiert. Knapp 7% sind intensive Drogenkonsumenten (Günther, 2006).

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006b) weist darauf hin, dass Personen zwischen 20 und 30 Jahren die höchste Erfahrungsrate bei illegalen Drogen aufweisen. Es zeigt sich, dass die meisten Jugendlichen nicht über das Probierstadium hinausgingen und zu keinem dauerhaften Drogenkonsum neigten. Es ist allerdings einzig bei den jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 24 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg des Drogenkonsums von 1995 mit 13% auf 2005 mit 17% zu verzeichnen. Hier kann auch ein Geschlechterunterschied beobachtet werden, da der Anteil der männlichen Jugendlichen am Drogenkonsum größer ist. Der Drogenkonsum bei den Mädchen und jungen Frauen blieb ungefähr gleich, während er bei den Männern im Alter von 18- 24 Jahren, anstieg.

4.5 Ernährungsverhalten bei Jugendlichen

Zu den Essstörungen zählen Übergewicht, Adipositas, Anorexie nervosa, Bulimia nervosa und „binge eating“. Essstörungen beginnen meist während der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter (Chavez & Insel, 2007). Nur 50,6% der Jugendlichen weisen ein Normalgewicht auf (Ranetbauer & Hackl, 2007). Speziell in Österreich sind 28% der Jungen und 25% der Mädchen übergewichtig beziehungsweise adipös (Bilz & Melzer,

2005). Um festzustellen, ob jemand nicht nur rein äußerlich an Über- oder Untergewicht leidet, wurde der Body Mass Index (BMI), zur Berechnung der Körpermasse erstellt. Dieses Körpermaß lässt sich dadurch berechnen, dass das Körpergewicht in Kilogramm, durch das Quadrat der Körpergröße in Meter dividiert wird. In einer mathematischen Formulierung: kg/ m^2 (Krebs, 2007; Schwarzer, 2004). In der Wissenschaft wird dieses Maß bevorzugt, da es hoch mit dem totalen Körperfettanteil korreliert.

Untergewicht wird eingeteilt in Bulimia nervosa, die Ess-Brech Sucht und in die Anorexia nervosa, welche als Magersucht definiert wird. Diesen beiden Formen der Essstörungen geht ein gezügeltes Essen voraus und die Störung entwickelt sich langsam (Berk, 2005; Pietrowsky, 2006). Diese Störungen hängen mit einer Identitäts- bzw. Persönlichkeitsentwicklungsstörung eng zusammen und sind ebenfalls bedingt durch das kulturelle Leitbild und dem Schönheitsideal unserer Gesellschaft. Frauen sind, im Vergleich zu Männern, deutlicher vom vorherrschenden Schönheitsideal und dem Bestreben, die Körperform entsprechend anzupassen, betroffen (Backer, 2009)

Einige charakteristische Merkmale von Personen, welche an Anorexie nervosa leiden, sind Ehrgeiz, Perfektionismus, gute Schulleistungen, viel Sport und das Einschränken der Nahrungsmenge. Bei Personen, welche an Bulimia nervosa leiden, geht durch das gezügelte Essen das natürliche Essverhalten verloren und sie verzehren in Stresssituationen eine zu große Menge an Nahrungsmitteln, welche in Folge erbrochen werden. Während bei Personen mit Anorexie nervosa das äußere Erscheinungsbild dünn und abgemagert erscheint, ist das Erscheinungsbild bei Personen, welche an Bulimia nervosa erkrankt sind, unauffällig (Berk, 2005; Flammer & Alsaker, 2002; Schwarzer, 2004). Generell kann zusammengefasst werden, dass jene Personen mit einer Essstörung eher einen perfektionistischen Stil haben und die Eltern meist hohe Erwartungen an die Kinder stellen (Klicpera, 2006).

Im Vergleich zur Anorexie beziehungsweise Bulimia nervosa wird das Übergewicht dargestellt. „Overweight represents a mismatch between energy intake and energy expenditure, and is due to both poor diet and physical inactivity.“ (DiClemente et al., 2009, S.17). Übergewicht ist das Resultat eines Ungleichgewichtes zwischen der Energiezufuhr und dem Energieverbrauch. Das bedeutet, dass wesentlich mehr Energie aufgenommen als

verbraucht wird (Schwarzer, 2004). Dies ist die Folge von schlechten Ernährungsgewohnheiten, indem ein Überschuss an Kalorien aufgenommen wird und zu wenig körperlicher Aktivität ausgeführt wird (Hurrelmann, 2002; Pentz, 2009). Übergewicht resultiert daraus, „wenn mehr Körperfett angesetzt ist, als aufgrund von Statur, Größe und Geschlecht zu erwarten ist.“ (Schwarzer, 2004, S.276). Sobald der BMI einen Wert von 25 übersteigt, wird Übergewicht diagnostiziert (Pietrowsky, 2006). Unter Verwendung des BMI-Klassifikationssystems müssen ungefähr 40% der Bevölkerung in den Industriestaaten als übergewichtig klassifiziert werden (Schwarzer, 2004).

Gesundheitliche Konsequenzen aufgrund von Übergewicht sind Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, ein hoher Cholesterinspiegel, chronische Erkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Asthma, Hyperlipidämie, Arthritis, frühzeitige Arteriosklerose und Krebserkrankungen (Cole et al., 2000; Krebs et al., 2007; Pietrowsky, 2006; Schwarzer, 2004). Fast alle übergewichtigen Jugendlichen führen im Erwachsenenalter ihr Gewicht fort (Schwarzer, 2004). Eine Studie von Freedman (2005) zeigt, dass Übergewicht in der frühen Kindheit bereits mit Übergewicht im Erwachsenenalter zusammenhängt. Adipositas im Alter von fünf Jahren hängt signifikant mit dem Gewicht fünf Jahre später, d.h. im 10. Lebensjahr zusammen (Salbe, 2002).

Die Zahl der jungen Erwachsenen, welche an Übergewicht leiden, hat sich von 1980-2005 in der USA verdoppelt und bei Kindern und Jugendlichen sogar verdreifacht (Ogden et al., 2006; Wang, Monteiro & Popkin, 2002; Wang & Zhang, 2006). 2003- 2004 waren 17,1% der Kinder und Jugendlichen, sowie 32,2% der Erwachsenen übergewichtig. 4,8% der Erwachsenen leiden an einem extremen Übergewicht. Insgesamt ist bei den Kindern, Jugendlichen und Männern das Übergewicht in den letzten sechs Jahren dramatisch gestiegen. Bei Frauen ist der Anteil an Übergewichtigen annähernd gleich geblieben (Ogden et al., 2006).

Der Konsum von „Fast Food“ ist eine der Ursachen für steigende Anteilswerte an übergewichtigen Personen in der Bevölkerung. 75% der Jugendlichen in den USA geben an, zumindest ein- oder mehrmals pro Woche „Fast Food“ zu essen (Ebbeling, 2004; Taveras, 2005). Fast Food verursacht eine positive Energiebalance, d.h. es wird mehr Energie aufgenommen als abgebaut werden kann. Im Vergleich zu einer normalen Speise werden durch den Konsum von Fast Food mehr Kalorien zu sich genommen (Ebbeling, 2004).

Bowmen et al. (2004) weisen ebenfalls darauf hin, dass Fast Food ein Risiko für Übergewicht ist.

Eine weitere Ursache für Übergewicht ist möglicherweise die steigende Zahl an Restaurantbesuchen. Die Portionen im Restaurant sind größer als zu Hause und es werden mehr „Soft Drinks“ konsumiert (Brownelt, 2004; Krebs, 2007). Beim Konsum von verschiedenen Getränken konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem BMI und dem Trinken von Milch, 100%igen Fruchtgetränken und Fruchtsaft oder Soda entdeckt werden (O’Conner, Yang & Nicklas, 2006). Durch die Konsumation in Restaurants werden mehr Kalorien eingenommen und mehr Energie zugeführt (Krebs, 2007; Taveras, 2005). Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Energiezufuhr durch die Anzahl der Restaurantbesuche erhöht wird, sowie der Anzahl der Softdrinks, den immer größer werdenden Portionen, dem geringeren Konsum von Obst und Gemüse, der vermehrte Zucker- und Fettzufuhr und dem impulsiven Essen, erhöht wird (Bowmen, 2004; Krebs et al. 2007; Pentz, 2009).

Nicht nur Essstörungen, sondern auch weitere Probleme mit der Ernährung bedingen eine Vielzahl an öffentlichen Gesundheitsgefährdungen. Darunter werden Probleme mit dem Gewicht, ungesundes Gewichtskontrollverhalten, Gewichtsregulation und die „Binge-eating“ Störung verstanden (Flammer & Alsaker, 2002; Neumark-Sztainer et al., 2007). „Binge-eating“ wird definiert als Heißhungerattacken, d.h. Episoden bei welchen so viel an Essen und Nahrungsmittel wie nur möglich, in kürzester Zeit zu sich genommen werden. Das bedeutet, dass bei der Ernährung nicht nur der qualitativen Aspekt des Essens, wie die Bestandteile der Nahrung, gesunde Lebensmittel und Vermeidung von einseitiger Kost, wichtig sind, sondern auch der quantitative Aspekt, das bedeutet die Menge der Nahrung (Pietrowsky, 2006; Schwarzer, 2004).

Aber nicht nur die biologischen und physiologischen Aspekte spielen bei ungesundem Essverhalten eine Rolle, sondern auch der sozioökonomische Status, die Beziehung zu den Eltern und die Beziehung zu den Freunden, sowie das Geschlecht. Im nächsten Abschnitt werden einige empirische Ergebnisse und mögliche Einflussfaktoren bezüglich des Essverhaltens der Jugendlichen dargestellt.

Frauen mit niedrigerem sozioökonomischem Status, der sich aus der Ausbildung und dem Einkommen erklärt, sowie Menschen, welche an der Armutsgrenze leben und wo es

unsicher ist, ob sie zu Hause etwas zu essen bekommen, leiden vermehrt an Übergewicht. Minoritäten der Gesellschaft sind ebenfalls vermehrt von Übergewicht betroffen (Casey, 2006; Fitzgibbon, 2009; Schwarzer, 2004; Wang & Zhang, 2006). Allerdings gibt es widersprüchliche Ergebnisse zum Einfluss, ob Essen zu Hause zur Verfügung steht oder nicht. So konnte dieser Zusammenhang in der Studie von Gundersen et al. (2008) nicht gefunden werden. Die Studie von Faith et al. (2006) zeigt, dass das Ernährungsverhalten auch mit dem erlernten Essverhalten von den Eltern in der Kindheit und den Einschränkungen, welche von den Eltern bei den Nahrungsmitteln gemacht wurde, zusammenhängen. Die Forschungsgruppe um Neumark-Sztainer (2007) hält bei weiblichen Jugendlichen folgende Prädiktoren für Essstörungen fest: das Ausspotten der eigenen Familie aufgrund des Gewichtes, die Bedenken der Familie wegen dem Gewicht, sowie das Diätverhalten. Bei den männlichen Jugendlichen waren mütterliche Bedenken aufgrund des Gewichtes, Diätverhalten der Freunde und das Gewichtskontrollverhalten die stärksten Einflussfaktoren. 44% der Mädchen und 29% der Jungen hatten Probleme mit dem Gewicht. Die Frequenz und die Atmosphäre der Familienmahlzeiten boten den größten Schutz. Das bedeutet, dass die Familie als soziales Umfeld den größten Einfluss auf Probleme mit dem Essverhalten hat. Die Familienmahlzeiten haben positive Effekte auf den Gesundheitszustand eines Jugendlichen, da nicht nur der Familienzusammenhang gestärkt wird, sondern auch das problemfokussierte Coping. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass für Mädchen zwischen 9 und 12 Jahren ein gemeinsames Essen mit der Familie gewöhnlicher war als für die Jungen und dass 10% der 9-12 jährigen nicht oder fast nie mit ihren Eltern gemeinsam essen (Franko et al., 2008). Auch genetische Faktoren sind ebenfalls relevante Prädiktoren, da bei Kindern mit Übergewicht z.B. die Größe der Fettzellen deutlich erhöht ist (Fitzgibbon, 2009).

Die Studie von Neimark-Sztainer und Hannan (2000) zeigt, dass auch Persönlichkeitsfaktoren deutliche Korrelationen mit Essstörungen aufweisen. Die Jugendlichen zeigen weniger Selbstbewusstsein, Depressionen, suizidale Absichten und Substanzgebrauch. Es konnten weitere Zusammenhänge mit der Persönlichkeit aufgedeckt werden, nach welchen Personen mit Essstörungen meist psychiatrische Auffälligkeiten, wie eine Depression, übermäßige Ängste, Substanzabhängigkeit oder auch weniger soziale Fähigkeiten, aufweisen (Chavez & Insel, 2007).

Durch die körperlichen Veränderungen während der Pubertät kommt es zu Veränderungen im BMI, in der Skelettmuskulatur und im Fettanteil (Rolls, 1991). Daraus resultiert der Geschlechterunterschied beim Gewichtsstatus, da bei Frauen generell das Verhältnis von Fett zu Muskeln größer ist als bei Männern. Bei Frauen wurden drei Stadien festgestellt, bei welchen es zu einem höheren Fettanteil kommt, nämlich in der Pubertät, in der Schwangerschaft und in der Menopause. Bei Frauen ist der gesellschaftliche und psychische Druck, einem Schönheitsideal zu entsprechen höher als bei Männern (Schwarzer, 2004). Zwei Drittel der Mädchen und die Hälfte der männlichen Jugendlichen zwischen 10 und 17 Jahren geben an, dass es ihnen sehr wichtig ist, nicht übergewichtig zu sein (Neumark-Sztainer, 2000). Frauen und Männer essen nicht nur unterschiedlich viel, sondern wählen auch andere Nahrungsmittel. Dieses Phänomen wird erstmals im Jugendalter festgestellt. Junge männliche Erwachsene und Männer essen mehr Fett, Salz und Zucker und nehmen somit mehr Kalorien zu sich, während die Mädchen und Frauen mehr Gemüse essen (Rolls, Federoff & Guthrie, 1991; Schwarzer, 2004). Es wurde auch festgestellt, dass Männer ein unterschiedliches Essverhalten haben, zum Beispiel nehmen sie größere Bissen, essen schneller und mehr (Rolls et al., 1991). Es wird vermutet, dass bereits im Jugendalter das Schlankheitsideal gesellschaftlich den Mädchen vermittelt wird und sie daher zu mehr Gemüse tendieren. Geschlechterunterschiede gibt es auch bezüglich dem Körpergewicht und der Körperform. Frauen neigen eher dazu, dass sie mit sich unzufrieden sind und sich öfter als Männer für übergewichtig halten. In der höheren sozialen Schicht ist dieses Phänomen stärker ausgeprägt (Schwarzer, 2004).

Bei einer Umfrage bezüglich des Konsums von Nahrungsmitteln, von Studierenden der Prince Edward Island Universität in Kanada, wurden folgende Nahrungsmittel am häufigsten genannt, Obst und Gemüse (41%) und fettiges Essen, welches zwei Mal oder öfter an einem Tag eingenommen wird (57%). Es konnten jedoch keine Unterschiede im Geschlecht, Alter oder Studienjahr beobachtet werden. Beim Diätverhalten zeichnet sich allerdings ein deutlicher Geschlechtsunterschied ab. 34% weiblicher und 12% männlicher Studenten machen Gebrauch von einer Diät um damit Gewicht zu verlieren. 72% der weiblichen Studenten betreiben Sport um Gewicht zu verlieren und im Vergleich dazu 55% der männlichen Studierenden (Taylor, 2009). 45% der weiblichen Jugendlichen und 20,2% der männlichen Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren haben bereits schon Diäterfahrungen und diese nehmen mit dem Alter zu (Neumark-Sztainer & Hannan, 2000).

Zu den riskanten Ernährungsgewohnheiten zählt auch das Auslassen des Frühstücks. Dieses Verhalten ist vor allem bei Mädchen, besonders bei jenen der neunten Klasse und die Jungen unteren Wohlstandes zu finden. Ob Kinder am Schulessen teilnehmen hängt vom Alter, Schulform und Wohlstand ab. Tendenziell essen eher jüngere Schüler, Schüler an Gymnasien und Schüler aus Familien mit höherem Wohlstand täglich in der Schule (Bilz & Melzer, 2005).

Wichtig ist es, das suizidale Verhalten im Jugendalter zu beachten. Von allen psychiatrischen Auffälligkeiten stellen Essstörungen das möglicherweise höchste Risiko für Suizid dar. Vor allem das mit einer Essstörung verbundene ungesunde Kontrollieren des Gewichtes und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, spielen eine große Rolle. Ob allerdings Übergewicht und Fettleibigkeit mit Suizid einhergehen ist unklar (Crow et al., 2008). Als einflussreichster Prädiktor für spätere Essstörungen konnte in der Studie von Espinoza et al. (2010) das extreme Gewichtskontrollverhalten identifiziert werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Essverhalten von der familiären Situation, der Vorbildfunktion der Eltern, den genetischen Faktoren und dem gesellschaftlichen Schönheitsideal, sowie den Persönlichkeitsmerkmalen der Jugendlichen beeinflusst wird (Fitzgibbon, 2009; Schwarzer, 2004). Egal, ob eine Person normal- oder übergewichtig ist, bedeutsam ist, dass die Ernährung immer einer bewussten Steuerung bedarf. Diese wird von motivationalen und volitionalen Prozessen beeinflusst. Weder Fasten noch Diäten oder Appetitzügler sind längerfristig geeignet, um Gewicht abzunehmen. Geeigneter ist ein Kontingenzmanagement, bei welchen Problemverhaltensweisen abgebaut werden und ein kompetentes Verhalten aufgebaut wird (Schwarzer, 2004).

Positiv wäre, wenn die Menschen auf eine ausgewogene Ernährung achten und so ihr Körpergewicht regulieren, um weder an Übergewicht noch an Magersucht zu erkranken.

4.6 Sportverhalten bei Jugendlichen

Schwarzer (2004) weist darauf hin, dass es für den englischen Begriff „exercise“ kein exaktes deutsches Pendant gibt und die Übersetzung der körperlichen Aktivität fehlerhaft ist. Zu der körperlichen Aktivität zählen Arbeitstätigkeiten, wie jene eines Gärtners. Ebenfalls wäre der Begriff „Sport“ unpassend, da es Sportarten gibt, bei welcher keine Energie verbraucht wird. Der Begriff „Exercise“ bezieht sich jedoch nur auf die körperliche Freizeitaktivität. In dieser Arbeit wird der Begriff Sport mit der körperlichen Aktivität gleichgesetzt und die Bedeutung der körperlichen Freizeitaktivität zugeschrieben. Der Begriff der Aktivität bedarf einer genaueren Definition, denn bei diesem können nach Cooper (1985), verschiedene Arten der Aktivität, die isometrische, isotonische, isokinetische, anaerobe und aerobe Aktivität, unterschieden werden. Unter der isometrischen Aktivität werden jene Übungen, welche der Stärkung der Muskulatur dienen verstanden. Durch isotonische Übungen soll nicht nur die Muskulatur gestärkt, sondern auch die Ausdauer trainiert werden. Bei der isokinetischen Aktivität wird zusätzlich zur Ausdauer Muskelkraft für eine Bewegung eingesetzt. Bei der anaeroben Aktivität wird kurzfristig und schnell Energie aufgewendet, während bei der aeroben Aktivität über einen längeren Zeitraum Energie verbraucht wird (zitiert nach Schwarzer, 2004).

Motive um körperliche Aktivität zu betreiben sind das Körpergewicht zu verringern beziehungsweise die Körperform zu verbessern. Die Aktivität dient also der Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit. Auswirkungen von körperlicher Aktivität sind die Verringerung der Angst, mehr Selbstvertrauen und höheres Selbstwertgefühl. Eine Person, welche sich aktiv sportlich betätigt gewinnt gegenüber einem inaktiven Menschen ungefähr 1.25 Lebensjahre. Durch das Sportverhalten wird die Vitalität gesteigert und mehr Lebensqualität gewonnen.

Weitere positive Aspekte, warum Menschen Sport betreiben sind die interne Kontrollüberzeugung, die Willensstärke, die Selbstregulationsfähigkeit, sowie die Kompetenzerwartung als wichtige Determinante für die Motivation. Ebenfalls sind Umweltmerkmale relevant, wie die Zugänglichkeit von Sportstätten oder die verfügbare Zeit. Diese Personen- und Umweltfaktoren stehen in einem transaktionalen Verhältnis und daraus ergibt sich das Ausmaß der körperlichen Aktivität.

Die Aktivitäten, welche von Personen ausgeübt werden unterliegen saisonalen Schwankungen. Im Sommer und im Frühjahr werden vermehrt körperliche Aktivitäten ausgeführt (Schwarzer, 2004). Schwarzer (2004) beschreibt, aber nicht nur Gründe für das Aufnehmen einer körperlichen Aktivität, sondern auch Gründe für das Aufgeben, und zwar „Je intensiver ein Training ist, desto höher liegt die Aussteigerquote [...]. Wer sich zu hohe Trainingsziele setzt, ist mehr gefährdet, ganz aufzugeben.“ (S.222).

Neben den Personen- und Umweltfaktoren ist auch von Bedeutung, wie intensiv und auf welche Art und Weise Sport ausgeübt wird. Es profitieren jene Personen mehr, welche mehrmals pro Woche ein intensiveres Training absolvieren. Personen, welche aktiver sind, ernähren sich zudem gesünder und ausgewogener, rauchen meist weniger und fühlen sich kräftiger, besser gelaunt und selbstbewusster (Schwarzer, 2004). 54% der Studenten machen lebhaften, anstrengenden Sport für 20 Minuten an drei oder mehr Tagen pro Woche und 14 % geben an, dass sie für 30 Minuten an mindestens fünf oder mehr Tagen gehen oder mit dem Rad fahren. Jene Studenten welche mehr körperliche Aktivität ausführen, ernähren sich gesünder, das bedeutet, sie geben an mehr Obst und Gemüse zu essen (Taylor et al., 2009). Eine amerikanische Studie zeigt ebenfalls, dass männliche Jugendliche, welche an mindestens einem Sportteam in der Schule teilnehmen, mehr Obst und Gemüse essen, weniger rauchen, weniger illegale Drogen zu sich nehmen und nicht versuchen ihr Gewicht zu reduzieren (Russell et al., 2000). Ebenso berichten Elliot et al. (2004) davon, dass die Teilnahme an Sportteams eher einen gesunden Lebensstil forciert und mehr von Essstörungen und anderen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen abhält. Daraus ist ersichtlich, dass Sport mit einem positiveren Gesundheitsverhalten einhergeht.

Merkmale von Personen, welche weniger Sport betreiben, sind Personen, welche einen Beruf der sozialen Unterschicht ausüben und die Trainingsmöglichkeiten am Arbeitsplatz weniger nutzen. Es wird nur bei einem kleinen Teil der Bevölkerung eine wirklich gesunde Lebensweise gefunden. Die Ausübung von körperlicher Aktivität lässt sich im Erwachsenenalter nur sehr gering durch die Vorbilder der Familie vorhersagen. Ein guter Prädiktor für späteres körperliches Freizeitverhalten ist die frühe Aktivität in der Kindheit und in der Jugend (Schwarzer, 2004).

Es ist ein Geschlechterunterschied in der körperlichen Aktivität zu verzeichnen und zwar sind die männlichen Jugendlichen im Vergleich zu den weiblichen Jugendlichen um drei Stunden aktiver. Generell berichten männliche Jugendliche von häufigeren sportlichen Aktivitäten als die Mädchen (Bilz & Melzer, 2005).

Laut Schwarzer (2004) sind bei den Jugendlichen drei Variablen für das Sportverhalten ausschlaggebend, das auf Sport bezogene Vorbildverhalten der Freunde, die sozialen, emotionalen und körperlichen Erwartungen welche mit dem Sport in Verbindung gebracht werden, sowie das Körperselbstwertgefühl.

Es zeigt sich, dass Jugendliche welche in Sportteams sind oder einen Zugang zu Sportstätten haben, mehr körperliche Aktivität ausüben. Das Sportverhalten hängt allerdings auch von einigen Persönlichkeitsfaktoren ab. Je mehr Sport ausgeübt wird, desto gesünder ernähren sich die Jugendlichen, desto weniger rauchen sie oder nehmen illegale Drogen ein. Das bedeutet, dass das Ausmaß an körperlicher Aktivität indirekt das Gesundheitsverhalten beeinflusst.

4.7 Querverbindungen

Nachdem mögliche Risikofaktoren, Rauchen, Drogen und Alkohol, sowie die Ernährung und der Sport beschrieben worden sind, wird auf mögliche Querverbindungen dieser Faktoren und deren Auswirken auf das Gesundheitsverhalten eingegangen.

Als Risikofaktoren im Jugendalter beschreiben Jessor et al. (2008) den Alkohol- und Zigarettenkonsum, die generelle Kriminalität, die Einnahme illegaler Drogen und frühe sexuelle Erfahrungen. Weitere Risikofaktoren von Adelman (2005) sind Gewalt in der Familie, die Suchtanhängigkeit eines Familienmitgliedes, illegale Schulaktivitäten, sowie Mobbing in der Schule und Betrugereien. Diese korrelieren positiv mit der Substanzabhängigkeit von Jugendlichen, mit delinquenten Verhalten und suizidalen Verhalten sowie mit einer größeren Kalorienzufuhr. Als ein möglicher Schutzfaktor gilt der tägliche soziale Kontext, welcher sich aus der Familie, Freunde, Schule und Nachbarn zusammensetzt (Jessor, 2008). Weitere Schutzfaktoren sind die Sorgen der Familie, die Höflichkeit der Lehrer und Schüler, die Schulsicherheit sowie das Mitgefühl der Anderen (Adelman, 2005). Je niedriger der Schutz und je höher das Risiko ist, desto größer ist der

negative Einfluss auf das Risikoverhalten des Jugendlichen. Je höher der Schutz der protektiven Faktoren ist, desto geringer ist das Problemverhalten. Protektive Faktoren können bereits im Vorfeld, als Moderatorvariable, indirekt die Risikofaktoren vermindern. Die Schutzfaktoren werden definiert als der Schutz durch das Modellverhalten, der Schutz durch die Kontrolle und der Schutz durch den Rückhalt der Familie. Zum Schutz durch das Modell zählen die elterliche Beteiligung in der Gesellschaft, ehrenamtliche Tätigkeiten und Freude an gesundheitsförderlichem Verhalten. Unter dem Kontrollschutz wird die Intoleranz gegenüber Fehlverhalten, die sozialen Maßnahmen der Kontrolle wie elterliche Sanktionen, verstanden. Der Rückhalt setzt sich zusammen aus den Familienmitgliedern und den Lehrern, welche unterstützend eingreifen (Jessor, 2008; Jessor et al., 2002). Veränderungen in den individuellen Risiko- und Schutzfaktoren und den sozialen Risiko- und Schutzfaktoren führen zu signifikanten Veränderungen im gesundheitsförderlichen Verhalten der Jugendlichen. Das gesundheitsförderliche Verhalten der Jugendlichen und die schützenden und riskanten Faktoren im täglichen sozialen Kontext spielen eine wichtige Rolle. Die protektiven Faktoren haben eine Doppelrolle, nämlich sie einerseits in die Förderung des Gesundheitsverhaltens einzubinden und sie andererseits zum Abschwächen des Einflusses der Risikofaktoren einzusetzen (Turbin et al., 2006). Ein in diesem Zusammenhang interessantes Ergebnis stammt von Adelman (2005), und zwar weisen Jugendliche, welche ein hohes Risiko und einen hohen Schutz angeben, sogar noch mehr Verhaltensauffälligkeiten auf als jene, welche sowohl im Risiko als auch im Schutz niedrigere Ausprägungen haben.

Die Studie zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern bestimmt Mehrfachgefährdungen. Diese Gefahren werden eingeteilt in risikolos, darunter wird der Verzicht auf Suchtmittel verstanden (58%), dem geringen Risiko, welches durch die Verwendung eines Suchtmittel definiert wird (25%), das mittlere Risiko, welches die Verwendung von zwei Suchtmitteln enthält (13%) und zu dem hochriskanten Risiko zählt die Verwendung von drei oder mehr Suchtmitteln (4%). 98% der Jugendlichen konsumieren gleichzeitig Zigaretten und illegale Drogen sowie fast alle von ihnen (90%) konsumieren Alkohol. Ein Viertel von diesen „hochriskanten“ Jugendlichen nimmt regelmäßig und missbräuchlich Medikamente ein (Günther, 2006).

Diese Einteilung der Risikogruppen wurde auch in der Studie von Studenten einer Universität in Kanada verwendet. Hier zeigt sich, dass nur 3% der Studenten von keinem Risikoverhalten betroffen sind. 88% der Studenten berichten von zwei oder mehr Risiken und 5% berichten von fünf oder mehr Risikofaktoren. Diese hohen Zahlen sind alarmierend, wenn man bedenkt, dass sich das Gesundheitsverhalten vom Jugendalter im späteren Leben fortsetzt (Taylor, 2009).

Nicht nur die Kombination der Risikofaktoren, sondern auch der soziale Kontext ist zu beachten, denn dieser erklärt mehr Anteil an Varianz als der individuelle Faktor. Der soziale Kontext ist charakterisiert durch das Vorbild der Eltern, die Ermutigung zur körperlichen Aktivität, die enge Beziehung zur Familie, der Rückhalt und der Wärme der Eltern. Diese Faktoren sind für das Sportverhalten der Jugendlichen mitverantwortlich. Eltern und Freunde beeinflussen als soziale Normen das gesundheitsförderliche Verhalten des Jugendlichen. Wichtig ist zu beachten, dass der elterliche Rückhalt ein Schutzfaktor gegen risikoreiches Gesundheitsverhalten ist und dass vor allem das regelmäßige Rauchen und Trinken zumeist mit familiärer Gewalt, depressiven Symptomen und stressreichen Lebensereignissen zusammenhängen (Simantov, Schoen & Klein, 2000). Es zeigt sich, dass sich vor allem in den letzten Jahren einiges verändert und gewandelt hat. Zum Beispiel stieg die soziale Akzeptanz von Alkohol stark an (Günther 2006). Gilbert (2001) betont den sozialen Druck, den Jugendliche haben, dem Alkohol, dem Rauchen, sowie anderen Drogen stand zu halten.

Ebenfalls muss der geschlechterspezifische Unterschied beachtet werden, da 80% der Jugendlichen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut angeben, allerdings weit weniger Mädchen. Mädchen berichten von einem schlechteren Gesundheitszustand als die Jungen. Mehr als 50% der Mädchen der 15-jährigen berichten von zwei oder mehr Symptomen. Häufigste Symptome sind, dass sie sich schlecht fühlen, nervös sind und somatischen Symptomen leiden. Mädchen berichten generell von einer höheren Frequenz und mehr Symptomen. Zu beachten ist, dass im Jugendalter generell von einer weniger guten Gesundheit und von einer höheren Anzahl an Symptomen berichtet wird (Cavallo, 2006). Es sind aber nicht nur die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Symptome, sondern auch die Unterschiede im Substanzkonsum relevant. Substanzkonsum wird vorwiegend bei jungen Männern beobachtet, während Mädchen häufiger ein

internalisiertes Risikoverhalten, wie zum Beispiel die Entwicklung von Essstörungen oder psychosomatischen Beschwerden aufweisen. Männliche Jugendliche dagegen neigen eher zu externalisierendem Risikoverhalten, wie zum Beispiel Substanzkonsum oder riskantem Verhalten im Sport (Simantov, Schoen & Klein, 2000).

Es werden einige empirische Ergebnisse dargestellt, welche die möglichen Risikofaktoren auf vielfältige Weise miteinander in Verbindung bringen. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einnahme von Marihuana und Zigaretten mit problematischen schädigendem Trinkverhalten im Erwachsenenalter gefunden (McCarty 2004). Ebenfalls wurde ein Zusammenhang bezüglich des Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsums gefunden, denn je häufiger Zigaretten und Alkohol gemeinsam konsumiert werden, desto eher werden auch Drogen konsumiert (Highet, 2005). Das bedeutet, dass sich der Zigaretten-, Drogen- und Alkoholkonsum gegenseitig beeinflussen. Es hat sich jedoch bezüglich des Substanzkonsums vor allem in den letzten Jahren einiges verändert und gewandelt. Zum Beispiel stieg die soziale Akzeptanz von Alkohol stark an und es gab einen Rückgang an jugendlichen Rauchern (Bilz & Melzer, 2005; Günther, 2006).

Bei 60% der Menschen, welche frühzeitig sterben, kann die Ursache mit den Risikoverhaltensweisen im Jugendalter in Zusammenhang gebracht werden. Zigarettenkonsum, Alkoholabhängigkeit, schlechte Ernährungsgewohnheiten und sexuelle riskante Verhaltensweisen werden als Prädiktoren genannt (Clayton, Caudill & Segress, 2009). Es ist ein Zusammenhang mit dem Alter zu beobachten und zwar, je früher mit dem Substanzkonsum begonnen wird, desto höher schlägt das Risiko einer Verfestigung der Konsumgewohnheiten und einer körperlichen Folgeschädigung zu Buche (Richter & Hurrelmann, 2004).

Die Ausführungen in diesem Kapitel haben gezeigt, dass themenübergreifende Untersuchungsansätze in der Gesundheitspsychologie und im Speziellen in der Präventionsforschung zu weiterführenden Ergebnissen führen können. Dieser Zugang bildet auch den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit.

5. Ableitung der Forschungsfragen der geplanten Untersuchung

Wie aus den bisherigen Darstellungen hervorgeht, gibt es eine große Anzahl an Untersuchungen, welche sich dem Gesundheitsverhalten der Jugendlichen beschäftigen. Viele Studien zeigen einzelne Beziehungen zwischen der Einnahme psychoaktiver Substanzen, der Ernährung und Bewegung auf. Allerdings wurden in der einschlägigen Literatur die umfassenden Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten meist vernachlässigt und nur einzelne Teilbereiche, wie zum Beispiel der Geschlechterunterschied, oder nur die Beziehung zu den Eltern, etc. beachtet.

Es beachten nur wenige Studien zahlreiche Risiko- und Schutzfaktoren gleichzeitig, welche einen Einfluss auf den subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand haben. In der Literatur wurden einige widersprüchliche Befunde bezüglich des Einflusses des Vorbildverhaltens, Einstiegsalters, Gesundheitsbewusstseins, etc. gefunden. Die Ergebnisse sind nicht immer konsistent (siehe Abschn. 4.). Risiko- und Schutzfaktoren sollen sowohl auf individueller, als auch familiärer und umweltbezogener Ebene erforscht werden.

Die Hauptforschungsfrage der vorliegenden Untersuchung leitet sich aus diesen offenen Fragen ab:

Welche Einflussfaktoren fungieren als Determinanten für gesundheitsbewusstes Verhalten Jugendlicher?

Da allerdings nicht ganz klar ist, welche Einflussfaktoren wie auf das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen wirken, kann die Forschungsfrage erweitert werden mittels der folgenden Frage:

Wie wirken sich unterschiedliche individuelle, familienbezogene und umweltbezogene Risiko- und Schutzfaktoren auf das Verhalten bezüglich der Gesundheit Jugendlicher aus?

Es stehen aber nicht nur die einzelnen Faktoren in Bezug auf das Gesundheitsverhalten im Mittelpunkt des Interesses, sondern vor allem auch die Interaktionen und Querverbindungen, sowie das Zusammenwirken der verschiedenen Einflussfaktoren. Nach

dem Modell der Risiko- und Schutzfaktoren von Jessor, Turbin & Costa (2003) müssten diese gemeinsam das weitere Gesundheitsverhalten der Jugendlichen im Übergang zum Erwachsenenalter gut vorhersagen können.

Der Vorteil der Untersuchung im Rahmen des FIL- Projektes ist, dass sowohl Einflussfaktoren der aktuellen Situation, als auch eine longitudinale Betrachtung der vermuteten Einflussfaktoren möglich ist.

II. Empirischer Teil

6. Untersuchungsziele

Die vorliegende Arbeit behandelt eine Teilfrage aus dem vom Jubiläumsfond der Nationalbank finanzierten Forschungsprojekt „Familienentwicklung im Lebenslauf“ (FIL) (siehe unten).

Es wurde begonnen, als die Mütter der 175 Untersuchungsfamilien sich im 6. Schwangerschaftsmonat befanden. Zur aktuellen siebenten Erhebungswelle, die die Grundlage der vorliegenden Analysen bildet, waren die Jugendlichen im Mittel 18 Jahre alt. Es geht darum, einen Einblick in die gesundheitsbezogene Situation von Jugendlichen zu geben und wesentliche Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten aufzudecken. In diesem Zusammenhang werden auch die relevanten Risiko- und Schutzfaktoren untersucht.

7. Methodik

7.1 Darstellung des Untersuchungsplans: Das Projekt „Familienentwicklung im Lebenslauf“

Das Projekt Familienentwicklung im Lebenslauf wurde von Univ. Prof. Dr. B. Rollett initiiert. Sein Ziel ist es, „die individuelle Entwicklung von Kindern und ihren Familien vor dem Hintergrund der umfassenden gesellschaftlichen Veränderungen heute zu untersuchen und von der Geburt bis zum Erwachsenenalter des Untersuchungskindes zu begleiten, um auf diese Weise Einblick in günstige und riskante individuelle und familienbezogene Entwicklungen und ihre Bedingungen zu gewinnen.“ (Rollett & Werneck, 2008, S. 6).

Im Folgenden werden die einzelnen Erhebungswellen des Projektes und der jeweiligen Schwerpunkt dargestellt. Wie oben erwähnt, befanden sich die Mütter der Untersuchungsfamilie zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_1) im 6. Schwangerschaftsmonat. Um den Einfluss der Kinderanzahl auf die Familienentwicklung zu erheben wurden sowohl Ersteltern, als auch Eltern, die ihr zweites oder drittes Kind erwarten, in die Untersuchung mit einbezogen. Hauptziel dieser Erhebungswelle war die Untersuchung der Phase der Familiengründung bzw. Familienerweiterung. Beim zweiten Erhebungszeitpunkt (t_2), welcher ungefähr im dritten Monat nach der Geburt des Kindes stattgefunden hat, stand der Einfluss der kindlichen Individualität auf die Gestaltung des Familienalltages im Brennpunkt des Interesses. Als die Kinder im Mittel 3 Jahre alt waren, fand die nächste Testung statt (t_3), in welcher die familiären Veränderungen im Zuge des Selbstständiger-Werdens des Kindes von Bedeutung sind. Bei der vierten Erhebungswelle (t_4) waren die Kinder acht Jahre alt und der Fokus lag auf der familiären und kindlichen Entwicklung nach dem Übergang in das Schulalter. Die nächste Erhebung (t_5) wurde durchgeführt als die Kinder 11 Jahre alt waren, um die familiäre Entwicklung nach dem Übergang in die weiterführenden Schulen zu untersuchen. Zu t_6 waren die Jugendlichen 15 Jahre alt und hatten bereits die Pubertät beziehungsweise den Übergang ins Jugendalter bewältigt. Zum aktuellen und siebten Erhebungszeitpunkt (t_7) waren die Jugendlichen 18. Jahre alt. Im

Fokus der Aufmerksamkeit stand nun der Übergang ins Erwachsenenalter.³ In der vorliegenden Arbeit wird insbesondere auf das Gesundheitsverhalten vor dem Hintergrund der individuellen und Familienentwicklung eingegangen. Es geht darum, „die Entwicklung der Adoleszenten und ihrer Familien bei diesem Übergang differenziert zu erfassen, die dabei lösenden Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung zu untersuchen, günstige bzw. problematische individuelle und familienbezogene Entwicklungen und ihre Lebenslaufspezifischen Bedingungen zu erforschen und auf dieser Grundlage Richtlinien für Förder- bzw. Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.“ (Rollett & Werneck, 2009, S.2).

7.2 Beschreibung der Untersuchungstichprobe

7.2.1 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Zum 7. Erhebungszeitpunkt nahmen 142 Jugendliche, 141 Mütter und 116 Väter an der Untersuchung teil. 72 (50,7%) der Jugendlichen waren weiblich und 70 (49,3%) männlich. Tabelle 1 veranschaulicht die Teilnehmerquote über alle Erhebungszeitpunkte.

Tabelle 1: Teilnehmerquoten

	3 Monate vor der Geburt	3 Monate nach der Geburt	3 Jahre nach der Geburt	8 Jahre nach der Geburt	11 Jahre nach der Geburt	15 Jahre nach der Geburt	18 Jahre nach der Geburt
Väter	175 (100%)	167 (95%)	147 (84%)	124 (71%)	120 (69%)	119 (68%)	116 (66%)
Mütter	175 (100%)	168 (96%)	154 (87%)	137 (78%)	135 (77%)	131 (75%)	141 (81%)
Kinder	---	164 (94%)	117 (67%)	143 (82%)	144 (82%)	137 (78%)	142 (82%)

7.2.1.1 Alter

Im Durchschnitt waren die Jugendlichen zum Erhebungszeitpunkt t_7 18.23 Jahre ($SD = 0.46$) alt. Die jüngste Testperson war 17.08 und die älteste Testperson 19.42 Jahre alt. Die Spannweite zwischen dem jüngsten und dem ältesten Jugendlichen betrug 2.33 Jahre. Die

³ Zur weiteren Darstellung siehe: Rollett, Brandl, Pucher & Werneck (2008); Rollett, Werneck & Hanfstingl (2006); Rollett & Werneck (2008); Rollett & Werneck (2009)

weiblichen Jugendlichen sind im Durchschnitt 18.25 ($SD = 0.42$) und die männlichen Jugendlichen 18.19 ($SD = 0.50$) Jahre alt.

Das durchschnittliche Alter der Mütter beträgt 48.08 Jahre ($SD = 4.30$) bei 141 gültigen Fällen. Bei den 113 ausgefüllten Fragebögen der Väter ergibt sich ein Altersdurchschnitt von $M = 50.02$ ($SD = 0.50$). Bei 112 Jugendlichen haben beide Elternteile das Lebensalter angegeben.

7.2.1.2 Ausbildung

Insgesamt haben 141 Jugendliche ihre derzeitige Ausbildung angegeben. Der Großteil der Jugendlichen befindet sich noch in Schulausbildung (siehe Abb. 2).

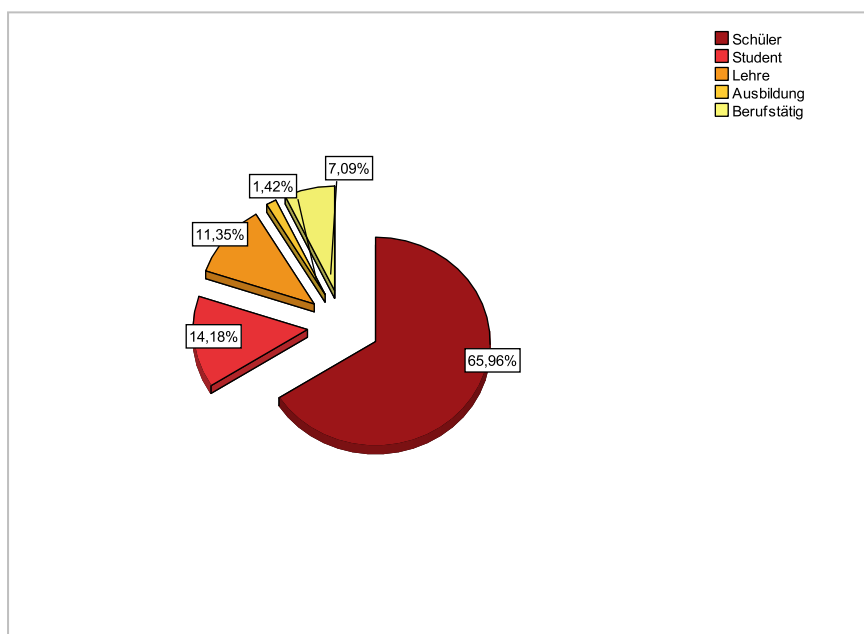


Abbildung 2: Derzeitige Ausbildungssituation der Jugendlichen

Wie aus der Abbildung hervorgeht, befindet sich die Mehrheit der Jugendlichen noch in der Schulausbildung. Getrennt nach Geschlecht sind 46 (64,8%) der weiblichen Jugendlichen und 47 (67,1%) der männlichen Jugendlichen noch Schüler.

Der Anteil an weiblichen und männlichen Jugendlichen, welche noch die Schule besuchen ist relativ ausgewogen. Von den 20 Studenten sind allerdings 17 (23,9%) weiblich und

hingegen nur drei Jugendliche (4,3%) männlich. 10 (14,3%) männliche Jugendliche sind in Lehrausbildung, während der Anteil der weiblichen Jugendlichen mit sechs (8,5%) niedriger ausfällt. Nur zwei (2,8%) der weiblichen Jugendlichen sind bereits berufstätig. Von den männlichen Jugendlichen trifft dies auf acht (11,4%) zu.

7.2.1.3 Haushaltseinkommen

Bei den Müttern geben 135 (95,1%) das monatliche Haushaltseinkommen an (siehe Tab. 2).

Tabelle 2: Haushaltseinkommen der Mütter

	Häufigkeit	Prozent
bis 730	3	2,2
730- 1090	2	1,5
1090- 1450	3	2,2
1450- 1820	14	10,4
1820- 2180	6	4,4
2180- 2540	9	6,7
2540- 2910	1	0,8
2910- 3270	10	7,4
3270- 3630	9	6,7
3630- 4000	13	9,6
4000- 4360	15	11,3
4360- 4720	6	4,4
4720- 5090	10	7,4
5090- 5450	6	4,4
5450- 5810	3	2,2
5810- 6170	3	2,2
Über 6170	12	8,9
Gesamt	135	100,0

Der größte Anteil der Mütter, 11,1% weist einen Betrag zwischen 4000 und 4360 auf. 10,4% geben an, dass das monatliche Haushaltseinkommen zwischen 1450 und 1820 beträgt, 9,6% geben an, dass es zwischen 3630 und 4000 beträgt und 8,9% geben ein Haushaltseinkommen von über 6170 an.

Das monatliche Haushaltseinkommen der Väter ist wegen der reduzierten Stichprobe und aufgrund der Väter, welche geschieden sind, nicht vergleichbar und wird daher nicht in die Berechnungen mit einbezogen.

7.2.1.4 Familiensituation der Jugendlichen

Die Familienverhältnisse werden von den Müttern und Vätern getrennt angegeben (siehe Tab. 3 und Tab. 4).

Tabelle 3: Familienstand der Mütter

	Häufigkeit	gültige Prozent
ledig	1	0,7
verheiratet	105	73,4
geschieden	23	16,1
getrennt	6	4,2
in Lebensgemeinschaft	7	4,9
verwitwet	1	0,7
Gesamt	143	100,0

105 (73,4%) der teilnehmenden Mütter sind verheiratet, 23 (16,1%) sind geschieden, sechs (4,2%) leben getrennt, sieben (4,9%) Mütter leben in einer Lebensgemeinschaft und jeweils eine (0,7%) der Mütter ist ledig beziehungsweise verwitwet.

Die teilnehmenden Mütter geben im Vergleich zu den teilnehmenden Vätern ungefähr ähnliche Familienverhältnisse an. Bei den Vätern wurden um 28 Fragebögen weniger gezählt, als bei den Müttern. Seitens der Väter sind 117 ausgefüllte Fragebögen zu verzeichnen (siehe Tab.4).

Tabelle 4: Familienstand der Väter

	Häufigkeit	gültige Prozent
ledig	1	0,9
verheiratet	98	83,8
geschieden	9	7,7
getrennt	4	3,4
in Lebensgemeinschaft	4	3,4
verwitwet	1	0,9
Gesamt	117	100,0

Es ist zu erkennen, dass 98 (83,8%) der Väter verheiratet sind, neun (7,7%) geben an, dass sie geschieden sind, jeweils vier (3,4%) leben getrennt oder in einer Lebensgemeinschaft und jeweils ein (0,9%) Vater gibt an, ledig beziehungsweise verwitwet zu sein.

37 (26,1%) der Jugendlichen gaben an, dass ihre Eltern getrennt leben. Im Durchschnitt waren sie bei der Trennung ihrer Eltern $M = 9.45$ ($SD = 4.82$) Jahre alt.

7.3 Messinstrumente

Zu jedem Untersuchungszeitpunkt wurde eine umfangreiche Batterie von Messinstrumenten für Mütter, Väter und Kinder eingesetzt (Rollett & Werneck, 2009). Hier werden nur jene Verfahren dargestellt, die in die folgenden Auswertungen einbezogen wurden.

7.3.1 Fragebogen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten

Die Fragen zur Entwicklung des Gesundheitsverhaltens wurden mit Hilfe einer Adaption des Fragebogens „Adolescent Health and Development Questionnaire“ (AHDQ) von Jessor, Costa und Turbin (2002) erstellt. Dieser Fragebogen wurde zum Teil ins Deutsche übersetzt, Fragen modifiziert und überarbeitet. Einige Fragen wurden weggelassen und andere relevanten Themen eingefügt.

Der Gesundheitszustand im Allgemeinen wurde mit einer fünfstufigen Ratingskala, *schlecht* bis *ausgezeichnet*, abgefragt. Insgesamt gibt es 77 Fragen bezüglich der Gesundheit. Weitere Fragen sind jene zum Gewicht, zum Schlafverhalten und zu chronischen Krankheiten.

Itembeispiel zum Gesundheitsverhalten. „Wie ist dein Gesundheitszustand im Allgemeinen?“

Das Sportverhalten der Jugendlichen wird mit einer offenen Frage abgefragt:

Itembeispiel zum Sportverhalten: „Wie viel Zeit verbringst du üblicherweise mit Sport od. Fitnesstraining? ____ Stunden pro Woche“

Der nächste Schwerpunkt bildet das Rauchen mit Fragen über die Häufigkeit des Rauchens, das Alter, als zum ersten Mal eine Zigarette probiert wurde, dem regelmäßigen Rauchen und dem Ärger, der Eltern, wenn diese von dem Konsum wüssten, dem Gruppenzwang, dem Vorbildverhalten der Erwachsenen und der Freunde und dem Wissen um die Auswirkungen auf die Gesundheit.

Itembeispiel zum Zigarettenkonsum: „Hast du schon irgendwann einmal richtig geraucht? (nicht bloß an einer Zigarette gezogen?)“

Zu beantworten war dieses Item mit der Auswahl von vier möglichen Antwortkategorien.

Das Instrument beinhaltet Fragen zum Stress, welchem ein Jugendlicher ausgesetzt ist, zu Hause, in der Schule bzw. Arbeit und im übrigen Leben. Die Jugendlichen schätzen auf einer vierstufigen Ratingskala, von *keinen* bis *sehr viel* ein, wie viel Druck oder Stress sie in den letzten sechs Monaten verspürten.

Weitere Fragen beziehen sich auf das Ernährungsverhalten und das Vorbildverhalten enger Bezugspersonen, wie Mutter, Vater oder andere Personen; die Mahlzeiten, welche für gewöhnlich gegessen werden, das Auslassen des Frühstücks, das Zwischendurch-Essen und die üblichen Essgewohnheiten.

Itembeispiel zu den üblichen Essgewohnheiten: „Achtest du darauf die Menge an Salz, die du konsumierst, niedrig zu halten?“

Ähnliche Fragen, wie jene bezüglich des Rauchverhaltens können auch bei der Abfrage des Alkoholkonsums der Jugendlichen gefunden werden, wie Fragen nach der Häufigkeit, dem ersten Mal des Alkoholkonsums, der Einstellung der Eltern, dem Gruppenzwang, der Einstellung der Freunde, dem Vorbildverhalten und Fragen nach der ersten Rauscherfahrung.

Itembeispiel zum Alkoholkonsum: „Wie häufig hast du in den letzten sechs Monaten Alkohol getrunken?“

Ein weiterer Schwerpunkt dieses Fragebogens stellt der Drogenkonsum dar. Es wird detailliert nach dem Marihuanakonsum gefragt, nach der Häufigkeit der Drogeneinnahme, der Schwierigkeiten, welche ein Jugendlicher mit den Eltern bekommen würde, würde diese von dem Drogenkonsum wissen, der Verfügbarkeit, dem Gesundheitsbewusstsein und dem Vorbildverhalten der Umgebung. Es folgt eine Auflistung der bekanntesten Drogenarten, wie Speed, Beruhigungsmittel, Crack, Zauberpilze, LSD, Ecstasy, Lack, Opiate, etc. und die Jugendlichen sollten beantworten, ob sie diese Droge in den letzten sechs Monaten konsumiert haben oder nicht.

Itembeispiel zum Drogenkonsum: „Warst du in den letzten sechs Monaten jemals „high“ in der Schule/bei der Arbeit, weil du Marihuana geraucht hast?“

7.3.2 Inventory of Parent and Peer Attachment

Der Fragebogen IPPA (Inventory of Parent and Peer Attachment) von Armsden und Greenberg (1987) erfasst die Bindung an die Eltern und die Beziehung zu den Freunden. Die daraus folgenden Skalen werden mit Hilfe einer Übersetzung dieses Fragebogens erhoben.

Die Items werden in einer fünfstufigen Ratingskala, *immer - oft - manchmal - selten - nie*, vorgegeben. Ursprünglich werden von Armsden und Greenberg (1987) nur drei Skalen nämlich *Trust*, *Communication* und *Alientation* postuliert, jedoch aufgrund der faktorenanalytischen Auswertung wird, wie bereits zu t_5 , eine vierte Skala *Negative emotionale Beziehung* erstellt (Rollett, Werneck & Hanfstingl, 2006) (siehe Tab.5).

Tabelle 5: Skalen des adaptierten IPPA

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Beispielitem
Vertrauen	8	Meine Eltern akzeptieren mich, wie ich bin.
Kommunikation	8	Bei Dingen, die mich beschäftigen, höre ich mir gern die Meinung meiner Eltern an.
Negative emotionale Beziehung	5	Ich wünschte, ich hätte andere Eltern.
Entfremdung	5	Ich bin auf mich selbst gestellt, wenn ich ein Problem zu lösen habe.

Die Skala *Vertrauen* wird definiert als das vom Jugendlichen wahrgenommene Einfühlungsvermögen der Eltern und bezüglich der Freunde als die Akzeptanz und das Verständnis von Seiten der Freunde.

Die Skala *Kommunikation* beschreibt die Gesprächskultur zwischen den beiden Parteien und bei der Beziehung zu den Eltern wird über diese Skala nochmals die Akzeptanz zum Ausdruck gebracht.

Die Skala *Negative emotionale Beziehung* beschreibt die Beziehung zu den Eltern beziehungsweise Freunden, mit welcher sich der junge Erwachsene noch auseinandersetzt, aber diese durchwegs negative betrachtet.

Die Skala *Entfremdung* erfasst die Ablösung von den Eltern und, damit verbunden, das fehlende Verständnis der Eltern bei Problemen sowie das fehlende Verständnis der Freunde und von diesen isoliert zu sein (Rollett, Werneck & Hanfstingl, 2006).

7.3.3 NEO- Fünf- Faktoren Inventar

Ein weiterer Fragebogen, welcher zum Einsatz kam, war das NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) von Borkenau und Ostendorf (1998) und kurz NEO- FFI genannt. Dieser erfasst die Persönlichkeitsdimensionen *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit*.

Die Items des NEO- FFI werden mittels eines fünfkategoriellen Antwortformats abgefragt, von *starker Ablehnung* bis *starker Zustimmung*. Tabelle 6 gibt zu jeder Dimension exemplarisch eines der 30 Items an. Jeder Skala werden sechs Items zugeordnet.

Tabelle 6: Dimensionen des NEO- FFI

Dimension	Beispielitem
Neurotizismus	Ich fühle mich anderen oft unterlegen.
Extraversion	Ich habe gerne viele Leute um mich herum
Offenheit für Erfahrung	Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.
Verträglichkeit	Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein.
Gewissenhaftigkeit	Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.

7.3.4 Fragebogen zum Freizeitverhalten

Ein Fragebogen erhebt das Freizeitverhalten der Jugendlichen (Rollett et al., 2008).

Im Vergleich zum 6. Erhebungszeitpunkt müssen die Skalen, aufgrund faktorenanalytischer Berechnungen, um zwei weitere Freizeitaktivitäten ergänzt werden, nämlich um Gruppenaktivitäten und musikbezogene Freizeitaktivitäten. Die ursprünglichen Skalen zu t_6 lauten kulturelles Freizeitverhalten, jugendtypisches- gesellschaftliches Freizeitverhalten, praktisch- kreatives Freizeitverhalten, medienorientiertes Freizeitverhalten, sportbezogenes Freizeitverhalten und traditionelles Freizeitverhalten. Die Itemzusammensetzung hat sich wesentlich geändert. Im Ergebnisteil werden im Abschnitt 8.8 die Neukonstruktion der Skalen beschrieben.

Dieses Inventar misst das jugendtypische gesellschaftliche, das kulturelle, das medienorientierte, das praktisch- kreative, das traditionelle, das sportbezogene Freizeitverhalten und die Gruppenaktivitäten sowie das musikbezogene Freizeitverhalten. Die Items wurden in einer vierstufigen Likertskala, von *sehr häufig* bis *nie*, abgefragt (siehe Tab. 7).

Tabelle 7: Skalen des Freizeitverhaltensfragebogen

Skala	Itemzahl	Beispielitem
Kulturelles Freizeitverhalten	7	Theater, Museen, Galerien besuchen
Jugendtypisches gesellschaftliches Freizeitverhalten	10	In die Disco gehen
Praktisch kreatives Freizeitverhalten	5	Basteln, Heimwerken, o. ä.
Medienorientiertes Freizeitverhalten	5	Im Internet surfen
Sportbezogenes Freizeitverhalten	2	Sport/sportliche Betätigung, Fitness
Traditionelles Freizeitverhalten	3	Gesellschaftsspiele spielen
Gruppenaktivitäten	5	in den Jugendclub/ ins Jugendzentrum gehen
Musikbezogene Freizeitaktivität	4	Konzerte besuchen (alle Arten)

Anmerkung: Zu Beginn des Fragebogens steht: „Im Folgenden findest du eine Liste von Freizeitaktivitäten. Bitte kreuze an, ob du die jeweilige Aktivitäten sehr häufig, häufig, gelegentlich oder nie ausführst.“

7.3.5 Anstrengungsvermeidungstest für Schüler (AVT-Sch)

Der Anstrengungsvermeidungstest für Schüler (AVT- Sch) wurde von Rollett, W & Rollett, B. (In Vorbereitung) entwickelt.

Der Begriff Anstrengungsvermeidung wird nach Rollett (2006) folgendermaßen definiert, „ist die Neigung zu verstehen, sich den mit einer Leistung in einem bestimmten Tätigkeitsfeld verbundenen Anstrengungen durch den aktiven Einsatz geeigneter Strategien zu entziehen“ (S. 14).

Der AVT-Sch beinhaltet ursprünglich eine Skala (Rollett & Rollett, In Vorbereitung). Aufgrund der Berechnung einer Faktorenanalyse konnten jedoch zwei Skalen gefunden

werden, die Skala 1 umfasst 15 Items und die Skala 2 umfasst 13 Items (siehe Tab. 8)⁴. Die vorläufige Benennung der Skala 1 lautet „emotionell begründete Anstrengungsvermeidung“ und die Skala 2 wird mit „Anstrengungsvermeidungsstrategien“ benannt.

Tabelle 8: Skalen des Anstrengungsvermeidungstests für Schüler

Skala	Itemanzahl	Itemzuordnung	α	Beispielitem
Skala 1	15	4,7,10,11,12,13,15, 16,17,18,19,20,22, 23,24	.885	Dinge, die ich für die Schule machen muss, schiebe ich solange es geht vor mir her.
Skala 2	13	1,2,3,5,6,8,9,14,21, 25,26,27,28	.835	Bei Arbeiten, die ich nicht machen möchte, schaffe ich es, sie auch nicht machen zu müssen.

Legende: α = Cronbach's Alpha

7.3.6 Identitätsstatusdiagnoseinventar

Die Identität wird durch ein von Rollett (2005) entwickeltes Selbstdiagnoseinstrument zur Erfassung des Identitätsstatus nach Marcia, Identitätsstatusdiagnoseinventar (ISDI), vorgelegt. Marcia (1993) geht von vier möglichen Identitätsausprägungen im Jugendalter aus, nämlich von der übernommenen Identität, dem Moratorium, der diffusen Identität und der überarbeiteten Identität.

Unter der *übernommenen Identität* wird die individuelle Identität des Jugendlichen verstanden, welche von den Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen übernommen werden kann. Es kommt dazu, dass sich die Jugendlichen von ihrer Peer Gruppe entfernen und sich somit von deren Werte, Normen und Einstellungen distanzieren. Dies kann zur Isolation führen.

Der Status *Moratorium* beschreibt ein Durchgangsstadium von der Kindheit in das Erwachsenenalter und ist durch die verschiedenen Möglichkeiten der Konstruktion der

⁴ Genauere Darstellung der Faktorenanalyse siehe Marlene Maier (2011).

Identität, welche erprobt werden, gekennzeichnet. Es wird an der Entwicklung der eigenen Identität gearbeitet.

Jugendliche, welche sich im Stadium der *diffusen Identität* befinden neigen dazu, Entscheidungen und Probleme, welche in Verbindung mit der eigenen Identitätsfindung stehen, zu verdrängen. Sie konzentrieren sich nur auf die Gegenwart.

Die *erarbeitete Identität* wird definiert als jene Identität, welche im Erwachsenenalter weiterbesteht. Die Jugendlichen sind mit sich selbst im Reinen.⁵

Die Jugendlichen sollen dementsprechend aus vier Aussagen zu ihrer persönlichen Zukunft zunächst bei Itempaaren Präferenzen abgeben und sich schließlich für eine Variante entscheiden.

Es kann sein, dass zu einem späteren Erhebungszeitpunkt erneute Anpassungen notwendig sein werden (Rollett, Werneck & Hanfstingl, 2006).

⁵ detaillierte Darstellung siehe: Marcia (1966), Marcia (1993), Rollett (2005), Rollett, Werneck & Hanfstingl (2006)

7.4 Durchführung der Untersuchung

Sämtliche Familien wurden brieflich gebeten, an der siebten Erhebungswelle teilzunehmen. Aufgrund der Rückantworten konnten 142 Familien für die Teilnahme rekrutiert werden. Nachdem erfolgte eine weitere Kontaktaufnahme mit den Familien telefonisch im Oktober und November 2009, um einen Termin zu vereinbaren. Die Erhebung wurde von sechs Diplomandinnen, die als Projektmitarbeiterinnen fungierten, durchgeführt. Wenn irgendwie möglich, erfolgte die Erhebung in Form von Hausbesuchen, bei welchen die Jugendlichen, sowie jeweils die Eltern einen Fragebogen erhielten. Wichtig war es, die biologischen Eltern der Jugendlichen zu erreichen. War es allerdings nicht möglich, dass die Eltern anwesend waren, dann wurden die Fragebögen mit einem Retourkuvert den Jugendlichen ausgehändigt oder per Post den jeweiligen Elternteilen zugesendet. Die Datenerhebung erfolgte zwischen November 2009 und März 2010. Die Bearbeitung der Fragebögen nahm für die Jugendlichen ungefähr eine Stunde in Anspruch. Die Rücklaufquote belief sich auf 80%.

7.5 Fragestellungen und Hypothesen

Die Forschungshypothesen werden inhaltlich nach den Schwerpunkten des Gesundheitszustandes, des Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsums, sowie dem Sport- und Ernährungsverhalten der Jugendlichen gegliedert und jeweils Bereichshypothesen formuliert. In den Untersuchungen zum Thema Gesundheitszustand der Jugendlichen (Jessor, Turbin & Costa, 2003; Schwarzer, 2004; Turbin et al., 2006.) hat sich gezeigt, dass Jugendliche, die vermehrt Zigaretten, Alkohol oder Drogen konsumieren, gleichzeitig einen schlechteren Gesundheitszustand im Allgemeinen angeben. Auf Grund dieser Studien wird folgende Hypothese abgeleitet:

H_{1a}: Jugendliche weisen einen Zusammenhang hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes im Allgemeinen zum Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum auf.

In der Literatur wird von erheblichen Geschlechtsunterschieden, bezüglich des Konsums von Alkohol und Drogen, berichtet. So ist der Anteil der männlichen Jugendlichen bezüglich des Drogenkonsums größer als der Anteil der Mädchen (Günther, 2006; Richter & Hurrelmann, 2004; Roth & Petermann, 2006). Ebenfalls wird Alkohol signifikant häufiger von den männlichen Jugendlichen konsumiert (Bilz & Melzer, 2005; Ranetbauer & Hackl, 2007). Beim Zigarettenkonsum verhält sich der Geschlechtsunterschied allerdings zugunsten der männlichen Jugendlichen, da insgesamt mehr Mädchen angeben zu Rauchen (Bilz & Melzer, 2005; Günther, 2006; WHO, 2004). Diese Unterschiede bezüglich des Geschlechtes sollen mit Hilfe folgender Hypothese geprüft werden:

H_{1b}: Es gibt Geschlechterunterschiede hinsichtlich des Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsums.

Weitere Befunde aus der Forschung zeigen, dass es einen Unterschied im Geschlecht, zwischen den weiblichen und männlichen Jugendlichen, bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes gibt und zwar dahingehend, dass die weiblichen Jugendlichen ihre Gesundheit schlechter einschätzen (Cavallo et al., 2006; Richter & Hurrelmann, 2004).

Korrespondierend zu diesem empirischen Ergebnis wird folgende Hypothese formuliert:

H_{1c}: Im Vergleich zu männliche Jugendliche, geben weibliche Jugendliche einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand im Allgemeinen an.

Befunde zur Erforschung des Sportverhaltens bei Jugendlichen haben gezeigt, dass jene Jugendliche, welche vermehrt körperliche Aktivität betreiben, generell mehr gesundheitsförderliche Verhaltensweisen präferieren und weniger gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum, aufweisen (Russell et al., 2000; Schwarzer, 2004; Taylor et al., 2009). Es wird aufgrund dieser Ergebnisse folgende Hypothesen postuliert:

H_{1d}: Je mehr Sport ein Jugendlicher pro Woche angibt, desto besser ist sein Gesundheitszustand im Allgemeinen.

H_{1f}: Je höher der BMI desto schlechter ist der Gesundheitszustand im Allgemeinen.

H_{1g}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen BMI und dem Alter der ersten Menarche bzw. des ersten Samenerguss.

H_{1h}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen chronischen Krankheiten und Gesundheitszustand im Allgemeinen.

H_{1i}: Weibliche Jugendliche berichten vermehrt von körperlichen Beschwerden als männliche Jugendliche.

H_{1j}: Je höher die Ausbildung, desto besser ist der Gesundheitszustand im Allgemeinen.

H_{1k}: Für den Gesundheitszustand im Allgemeinen gibt es signifikante Prädiktoren mit einem Erklärungswert.

Stress zählt zu jenen Risikofaktoren, welcher das Gesundheitsverhalten nachhaltig negativ beeinflusst (Jessor et al., 2002; Simantov, Schoen & Klein, 2000). Deshalb wird

angenommen, dass durch den Stress, welchen die Jugendlichen erleben der Gesundheitszustand schlechter angegeben wird:

H_{1e}: Es gibt einen negativen Zusammenhang von Stress und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen.

Studien zum Zigarettenkonsum der Jugendlichen belegen, dass einhergehend mit höherer Ausbildung eines Jugendlichen und höherem sozialen Milieu weniger geraucht wird (Albers & Biener, 2003; bmgf, 2006c; Schwarzer, 2004). Im Rahmen der vorliegenden Studie wird das soziale Milieu am Familieneinkommen der Eltern festgemacht. Der mögliche Einfluss des Einstiegsalters, sowie der Einfluss der Freunde als mögliche Verhaltensmodelle und der mögliche Gruppenzwang sind von besonderem Interessen (Jessor et al., 2004; Schwarzer, 2004). 81,5% der Jugendlichen haben meist einen besten Freund der ebenfalls raucht (Bilz & Melzer, 2005). Um den Sachverhalt zu klären, dass zwar viele Jugendliche über die Auswirkungen des Rauchens auf ihre Gesundheit Bescheid wissen und dennoch damit beginnen, wird das Gesundheitsbewusstsein mit einbezogen (Schwarzer, 2004). Aus diesen Sachverhalten werden nun folgende Bereichshypothesen zum Schwerpunkt des Zigarettenkonsums abgeleitet:

H_{2a}: Je niedriger das Einstiegsalter, je niedriger die aktuelle Ausbildungssituation und je niedriger das Familieneinkommen, desto höher ist der Zigarettenkonsum.

H_{2b}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einerseits dem Gruppenzwang, dem und Vorbildverhalten der Freunde und andererseits dem Zigarettenkonsum des Jugendlichen gibt.

H_{2c}: Je höher das Gesundheitsbewusstsein, desto weniger wird geraucht.

H_{2d}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten im letzten Monat und ob der Jugendliche bereits schon probiert hat mit dem Rauchen aufzuhören.

H_{2e}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ärger mit Eltern, den die Jugendlichen hätten, würden die Eltern von ihrem Konsumverhalten Bescheid wissen und dem aktuellen Rauchverhalten.

H_{2f}: Es gibt einen Unterschied im Zigarettenkonsum von Kindern, deren Eltern verheiratet beziehungsweise getrennt lebend sind.

H_{2g}: Es gibt signifikante Prädiktoren, welche einen Erklärungswert für die Höhe des Zigarettenkonsums haben.

Zum Schwerpunkt Alkoholkonsum können Bereichshypothesen zu externen Faktoren, darunter zum Familieneinkommen, zur aktuellen Ausbildungssituation und zum Familienstand der Eltern formuliert werden. Bilz und Melzer (2005) beschreiben, dass in Regelschulen häufiger exzessives Trinken stattfinden, weshalb die aktuelle Ausbildungssituation von Bedeutung ist. Interessant ist, dass die soziale Akzeptanz von Alkohol gestiegen ist, sodass die Eltern weniger besorgt um die Verfügbarkeit von Alkohol sind (Highet, 2005). Es interessiert das Vorbildverhalten der Freunde, da die meisten Jugendlichen angeben, dass auch ihre Freunde Alkohol konsumieren (Günther, 2006). Obwohl die meisten Jugendlichen um die Gefahren einer Alkoholintoxikation Bescheid wissen, konsumieren viele Jugendliche alkoholische Getränke. Dieser Umstand soll in der vorliegenden Untersuchung mitberücksichtigt werden, indem folgende Hypothesen zum Alkoholkonsum der Jugendlichen im Übergang zum Erwachsenenalter, überprüft werden:

H_{3a}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einerseits dem Familieneinkommen und der aktuellen Ausbildungssituation und andererseits dem Alkoholkonsum der Jugendlichen.

H_{3b}: Es gibt einen Unterschied zwischen den Eltern von Jugendlichen welche verheiratet sind oder getrennt leben und dem aktuellen Alkoholkonsum der Jugendlichen.

H_{3c}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einerseits der Verfügbarkeit, dem Vorbildverhalten der Freunde bezüglich der Höhe des Alkoholkonsums und den

Schwierigkeiten, welche sie mit den Eltern hätten, würden diese vom Alkoholkonsum wissen und andererseits dem aktuellen Alkoholkonsum der Jugendlichen.

H_{3d}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einstellung der Freunde über den Konsum von Alkohol und dem Gruppenzwang hinsichtlich des Alkoholkonsums des Jugendlichen.

H_{3f}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Wissen um die Auswirkung auf die Gesundheit und die Höhe des Alkoholkonsums.

H_{3g}: Es gibt einen Zusammenhang von der Höhe des Alkoholkonsums des Jugendlichen und den auftretenden Problemen in der Schule bzw. in der Arbeit, mit den Eltern, mit der Polizei, mit Freunden, mit einer Person, mit dem der Jugendliche verabredet ist.

H_{3h}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Menge, wie oft ein Jugendlicher vier oder mehr alkoholische Getränke getrunken hat und die Menge an hohen Alkoholspiegeln, welche in den letzten sechs Monaten erreicht wurden.

H_{3i}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Binge-drinking und dem Alter des Jugendlichen, als dieser zum ersten Mal Alkohol konsumierte

Studien belegen, dass vor allem junge Erwachsene einen vermehrten Drogenkonsum aufweisen (Roth & Petermann, 2006), daher ist das Einstiegsalter von Interesse. In der Literatur kann kein Einfluss bezüglich der aktuellen Ausbildungssituation des Jugendlichen auf den Drogenkonsum gefunden werden (Bilz & Melzer, 2005). Allerdings postuliert die Literatur, dass Scheidung und Trennung der Eltern, die Peergruppe sowie der Gruppendruck einen vermehrten Drogenkonsum bedingen (Hurrelmann, 2002; Sales & Irwin, 2009). Die entsprechenden Hypothesen zu diesem Schwerpunkt lauten:

H_{4a}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Einstiegsalter und dem Gesundheitsbewusstsein bezüglich des aktuellen Drogenkonsums.

H_{4b}: Es gibt einen Zusammenhang hinsichtlich einerseits dem Familieneinkommen, der Verfügbarkeit, der aktuellen Ausbildungssituation, sowie einen Unterschied hinsichtlich des Familienstandes der Eltern und andererseits dem Drogenkonsum des Jugendlichen.

H_{4c}: Es gibt einen Zusammenhang vom Marihuanagebrauch der Freunde und der Einstellung der Freunde hinsichtlich der Höhe des Marihuanakonsums des Jugendlichen.

H_{4d}: Es gibt einen Zusammenhang vom Marihuanakonsum des Jugendlichen und der Schwierigkeiten, welche diese bekommen würden, wüssten die Eltern über den Konsum Bescheid.

H_{4e}: Es gibt signifikante Prädiktoren, welche einen Erklärungswert für den Drogenkonsum haben.

Der sozioökonomische Status, der sich aus dem Familieneinkommen und die Ausbildungssituation der Jugendlichen erklärt, beeinflusst das Ernährungsverhalten. So sind zum Beispiel Frauen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status, Menschen welche an der Armutsgrenze leben und Minoritäten vom Übergewicht betroffen (Casey, 2006; Fitzgebbon, 2009; Wang & Zhang, 2006). Ebenfalls hängt es von der Schulform und vom Wohlstand ab, ob Kinder am Schulessen teilnehmen (Bilz & Melzer, 2005). Die qualitativen Aspekte der Ernährung, wie die Speisen und Nahrungsmittel zur Vermeidung einseitiger Kost, beeinflussen ebenfalls das Körpergewicht (Bowmen, 2004; Pietrowsky, 2004). Zu diesen in der Literatur gefundenen Hinweisen werden folgende Hypothesen aufgestellt:

H_{5a}, Es gibt einen Zusammenhang zwischen BMI und dem Ernährungsverhalten.

H_{5b}: Je gesünder sich ein Jugendlicher ernährt, desto geringer ist sein Körpergewicht.

H_{5c}: Es gibt einerseits einen Unterschied im Familienstand, einen Zusammenhang mit dem Familieneinkommen und der aktuellen Ausbildungssituation des Jugendlichen und andererseits mit den Ernährungsgewohnheiten des Jugendlichen.

H_{5d}: Männliche Jugendliche haben einen höheren BMI als weibliche Jugendliche.

H_{5e}: Jugendliche, deren Eltern getrennt leben, weisen einen höheren BMI auf, als Jugendliche, deren Eltern verheiratet sind.

H_{5f}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ernährungsverhalten.

H_{5g}: Es gibt einen Zusammenhang von der Einnahme des Frühstücks und möglichen Konzentrationsproblemen.

H_{5h}: Es gibt einen Zusammenhang vom Vorbildverhalten bezüglich der Ernährung und dem Ernährungsverhalten des Jugendlichen.

H_{5i}: Je mehr Junk Food die Eltern und die Freunde zu sich nehmen, desto mehr Körpergewicht hat der Jugendliche.

H_{5j}: Es gibt signifikante Prädiktoren, welche einen Erklärungswert für den BMI besitzen.

Die hier durchgeführte Untersuchung soll klären, ob ein Zusammenhang bezüglich des Vorbildverhaltens der Eltern bezüglich des Sports und dem Sportverhalten der Jugendlichen existiert. Befunde zeigen, dass das Sportverhalten im Erwachsenenalter nur einen geringen Zusammenhang zum Vorbildverhalten der Familie gibt (Schwarzer, 2004). Sport wird von vielen Jugendlichen betrieben, um das Gewicht zu reduzieren und die Körperform zu verbessern (Russell et al., 2000; Schwarzer, 2004). Es werden dazu folgende Hypothesen formuliert:

H_{6a}: Je mehr Sport ein Jugendlicher betreibt, umso geringer ist sein Gewicht und umso geringer ist der BMI.

H_{6b}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Vorbildverhalten bezüglich des Sportverhaltens der Eltern und dem aktuellen Sportverhalten des Jugendlichen.

H_{6c}: Es gibt einen Unterschied im Ausmaß des Sportverhaltens der Jugendlichen zwischen jenen, deren Eltern getrennt leben bzw. verheiratet sind.

H_{6d}: Für das Sportausmaß pro Woche gibt es signifikante Prädiktoren mit einem Erklärungswert.

Ein weiterer Bereich, der analysiert wird, ist der Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum vor dem Hintergrund der Identität der Jugendlichen. Es gibt Hinweise darauf, dass Jugendliche, deren Eltern rauchen, auch meist selbst Zigaretten konsumieren (Jessor et al., 2004). Um den Einfluss einer übernommenen Identität zu prüfen, wird folgende Hypothese formuliert:

H_{7a}: Der Identitätsstatus der Jugendlichen beeinflusst deren Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum.

H_{7b}: Jugendliche unterscheiden sich hinsichtlich ihres Identitätsstatus im allgemeinen Gesundheitszustand.

H_{7c}: Es gibt Unterschiede bezüglich der Identitätsstadien und dem Ausmaß des Sportverhaltens der Jugendlichen.

H_{7d}: Es gibt einen Unterschied zwischen den Identitätsstadien zum 6. und 7. Erhebungszeitpunkt.

Das Freizeitverhalten der Jugendlichen gibt Auskunft über die Vorlieben und Beschäftigungen und kann den Gesundheitszustand beeinflussen. Es gibt Studien, die davon berichten, dass Jugendliche, welche nicht die finanziellen Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten, haben, ihren Gesundheitszustand negativ bewerten (Langness, Leven & Hurrelmann, 2006).

H_{8a}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Freizeitverhalten der Jugendlichen und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen.

Eine der Entwicklungsaufgaben während des Jugendalters im Übergang zum Erwachsenenalter ist es, eine eigene Persönlichkeit aufzubauen (Oerter & Dreher, 2002; Plinquant & Silbereisen, 2002). Je nachdem, wie gut oder weniger gut dies gelingt, desto eher ist ein Jugendlicher resistent gegenüber dem Konsum von Alkohol, Drogen, Zigaretten, ungesunder Ernährung oder zu wenig Bewegung und desto mehr wird er seine Gesundheit durch entsprechende Verhaltensweisen fördern. Zum Beispiel zeigt die Literatur auf, dass Persönlichkeitsstörungen eng mit Störungen im Essverhalten zusammenhängen (Schwarzer, 2004):

H_{9a}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit eines Jugendlichen und dem Konsum von Alkohol, Drogen oder Zigaretten, sowie des Sportverhaltens und der Ernährung.

H_{9b}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsdimensionen und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen.

Die Literatur postuliert, dass eine schlechte Beziehung der Jugendlichen zu den Eltern und zur Peer-Group vermehrten Drogenkonsum bedingt (Sales & Irwin, 2009). Folgende Hypothese soll diese Annahme nicht nur bezüglich des Drogenkonsums, sondern auch für Alkohol- und Zigarettenkonsum prüfen:

H_{10a}: Die Beziehung zu den Eltern und Freunden beeinflusst den Alkohol-, Drogen- und Zigarettenkonsum.

H_{10b}: Je besser die Beziehung zu Freunden ist, desto besser ist der Gesundheitszustand im Allgemeinen.

H_{10c}: Je besser die Beziehung zu den Freunden ist, desto mehr Sport wird absolviert.

H_{11a}: Je besser die Beziehung zu den Eltern, desto höhere Werte finden sich im Gesundheitszustand im Allgemeinen.

H_{11b}: Je besser die Beziehung zu den Eltern ist, desto höher ist das Ausmaß des Sportverhaltens.

Um den Einfluss des Leistungsverhaltens der Jugendlichen auf deren aktuelles Konsumverhalten zu überprüfen wird folgende Hypothese formuliert:

H_{12a}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen einerseits dem Gesundheitszustand im Allgemeinen, dem Sportverhalten, dem Rauchverhalten, dem Alkohol- sowie Marihuanakonsum und der Anstrengungsvermeidung der Jugendlichen.

In der Literatur finden sich verschiedene Angaben bezüglich der Einflüsse der Kindheit auf das aktuelle Gesundheitsverhalten der Jugendlichen. Das Gewicht des Kleinkindes steht mit jenem im Erwachsenenalter in deutlichem Zusammenhang (Freedmann, 2005; Salbe, 2002). Um longitudinale Veränderungen und Stabilitäten beurteilen zu können, werden folgende Hypothesen aufgestellt:

H_{13a}: Es gibt einen längsschnittlichen Einfluss des Geburtsgewichts auf den aktuellen Gesundheitszustand der Jugendlichen.

H_{13b}: Je mehr Gewicht die Jugendlichen als Säuglinge hatten, desto mehr Kilogramm haben diese mit 18. Jahren und desto höher ist der BMI.

H_{13c}: Je niedriger das Geburtsgewicht, desto gesundheitsbewusster ist die aktuelle Ernährung.

H_{13d}: Es gibt einen Unterschied zwischen dem 6. und 7. Erhebungszeitpunkt hinsichtlich des Ausmaßes der sportlichen Aktivität.

H_{13e}: Es gibt einen Unterschied zwischen Rauchverhalten zu t₆ und t₇.

H_{13f}: Es gibt einen Unterschied bezüglich des Alkoholkonsums zwischen den Erhebungszeitpunkten t₆ und t₇.

8. Untersuchungsergebnisse

8.1 Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Jugendlichen

Um einen ersten Überblick über den Gesundheitszustand der Jugendlichen zu erhalten, wurden diese gebeten, ihn global einzuschätzen, wobei ein fünfstufiges Antwortformat verwendet wurde. 69,5% der Jugendlichen geben ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder ausgezeichnet an. Ein (0,7%) Jugendlicher gibt seinen Gesundheitszustand als schlecht an, 10 (7,1%) als ausreichend, 32 (22,7%) als gut und schließlich 63 (44,7%) als sehr gut und 35 (24,8%) als ausgezeichnet (siehe Abb. 4). Es geben mehr als die Hälfte der Jugendlichen an, dass sie über einen guten Gesundheitszustand im Allgemeinen verfügen.

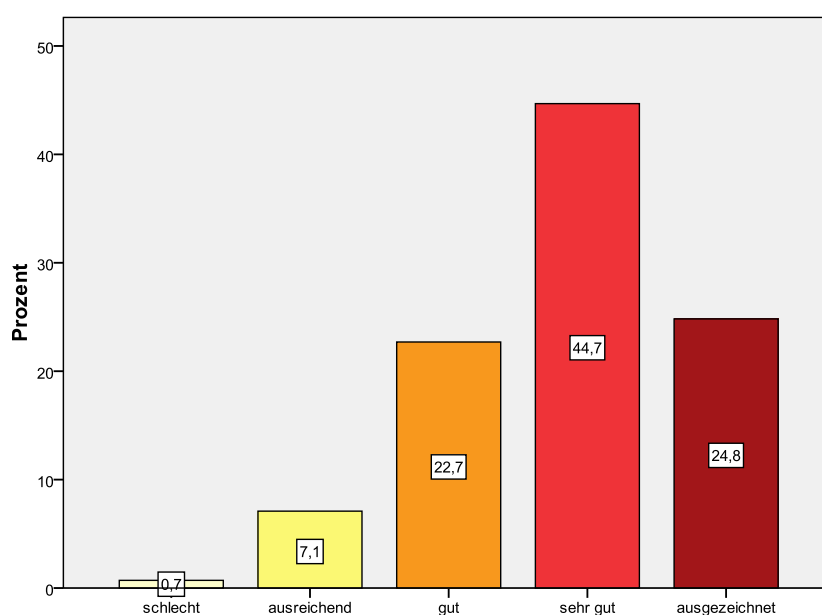


Abbildung 3: Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen (Anteilswerte in Prozent)

Im Weiteren soll untersucht werden, ob die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes durch den Gebrauch von Zigaretten-, Alkohol- oder Drogenkonsum beeinträchtigt wird.

Als unabhängige Variable wird der Raucherstatus festgelegt, die abhängige Variable ist die Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen. Die Korrelation von Raucherstatus und Gesundheitszustand im Allgemeinen ergibt mit $r = - .17$ ein

signifikantes Ergebnis ($p = .045$, $N = 137$) und zeigt einen schwachen negativen Zusammenhang. Je mehr Zigaretten konsumiert werden, desto schlechter wird der eigene Gesundheitszustand bewertet. Getrennt nach Geschlecht betrachtet, kann in beiden Gruppen ein ähnlicher Zusammenhang festgestellt werden. Für die männliche Jugendliche zeigt sich ein Ergebnis von $r = -.20$ ($p = .096$; $N = 69$), für weibliche Jugendliche ein $r = -.20$ ($p = .096$; $N = 68$). Da allerdings der Anteil an Raucher bei den männlichen und weiblichen Jugendlichen genau gleich ist, 23 (33,3%), ist kein Unterschied zwischen den Geschlechtern anzunehmen.

In Bezug auf den Alkoholkonsum wird dieser als unabhängige Variable festgelegt, die abhängige Variable stellt die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der Jugendlichen dar. Der Zusammenhang vom Alkoholkonsum und vom Gesundheitsstatus beträgt $r = -.17$ ($p = .72$; $N = 141$). Es handelt sich um keinen signifikanten Zusammenhang. Auch bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung gibt es keinen Zusammenhang ($r_w = -.05$; $p_w = .67$; $N_w = 71$; $r_m = -.01$; $p_m = .91$; $N_m = 70$). Das bedeutet dass der Alkoholkonsum nicht mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen korreliert. Um den Geschlechtsunterschied zu prüfen, wurde der U-Test nach Mann und Whitney auf Basis der Variable berechnet, die anzeigt, wie häufig ein Jugendlicher in den letzten sechs Monaten Alkohol konsumiert hat. Das Ergebnis ergibt die asymptotische Prüfgröße $z = -2.25$; $p = .024$ bei 137 gültigen Fällen. 69 weibliche Jugendliche haben die Frage beantwortet und 68 männliche Jugendliche. Die männlichen Jugendlichen weisen signifikant höhere mittlere Ränge auf als ihre weiblichen Kolleginnen. Das bedeutet, dass die männlichen Jugendlichen mehr Alkohol konsumieren. Die Effektgröße ergibt ein $r = -.19$ ergibt, womit ein kleiner bis mittlerer Effekt anzunehmen ist.

Der Drogenkonsum wird als unabhängige Variable angenommen, die abhängige Variable stellt die Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen dar. Der Drogenkonsum weist ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustandes der Jugendlichen auf ($r = -.09$; $p = .29$; $N = 140$). Werden die Jugendlichen nach Geschlecht getrennt betrachtet, können ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse beobachtet werden ($r_w = -.12$; $p_w = .33$; $N_w = 71$; $r_m = -.06$; $p_m = .62$; $N_m = 70$). Ob es einen Geschlechterunterschied der Jugendlichen bezüglich des Konsums von Marihuana

gibt, wird mittels Kontingenztafel und nachfolgender χ^2 -Testung berechnet (siehe Tab. 9).

Tabelle 9: Kontingenztafel zu Marihuana und Geschlecht

			Geschlecht des Untersuchungskindes		Gesamt
			weiblich	männlich	
Hast du jemals Mar probiert	Nein, nie	Anzahl	47	46	93
		Erwartete Anzahl	46.5	46.5	93.0
		% d. Gesamtzahl	33,6	32,9	66,4
		Standard. Res.	0.1	-0.1	
	Ja, ein Mal	Anzahl	5	9	14
		Erwartete Anzahl	7.0	7.0	14.0
		% d. Gesamtzahl	3,6	6,4	10,0
		Standard. Res.	-0.8	0.8	
	Ja, mehr als einmal	Anzahl	18	15	33
		Erwartete Anzahl	16.5	16.5	33.0
		% d. Gesamtzahl	12,9	10,7	23,6
		Standard. Res.			
Gesamt	Anzahl	70	70	140	
	Erwartete Anzahl	70.0	70.0	140.0	
	% d. Gesamtzahl	50,0	50,0	100,0	

Legende: Standard. Res.= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Das Ergebnis fällt mit $\chi^2_{(2)} = 1.43$; $p = .490$ nicht signifikant aus, es kann kein Verteilungsunterschied im Marihuanakonsum in Abhängigkeit vom Geschlecht angenommen werden.

Sowohl Cavallo et al. (2006) als auch Richter und Hurrelmann (2004) berichten davon, dass die weiblichen Jugendlichen ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als die männlichen Jugendlichen. Die Überprüfung dieser Annahme erfolgt mittels t- Test. Als unabhängige Variable wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angenommen und als abhängige Variable das Geschlecht festgelegt. Ein Unterschied in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen in Abhängigkeit vom Geschlecht kann nicht beobachtet werden ($t_{(139)} = -0.92$; $p = .358$; $N = 141$). Die Berechnung der entsprechenden standardisierten Effektstärke ergibt $\hat{\delta} = 0.03$. In Abhängigkeit vom Geschlecht wird kein Effekt auf die Gesundheitseinschätzung festgestellt. Das bedeutet, dass sich männliche und

weibliche Jugendliche nicht bezüglich ihrer Zufriedenheit mit ihrem Gesundheitszustand unterscheiden.

Im nächsten Schritt wird analysiert, inwieweit das Ausmaß an Stunden, welche Jugendliche mit Sport pro Woche verbringen, den eingeschätzten Gesundheitszustand im Allgemeinen beeinflusst. Da davon ausgegangen wird, dass die männlichen Jugendlichen mehr Sport betreiben als die weiblichen Jugendlichen, wird der Geschlechterunterschied hinsichtlich des Sportverhaltens betrachtet (vgl. Bilz & Melzer, 2005). Die Berechnung erfolgt mittels Pearson-Produkt-Moment Korrelation. Als abhängige Variable wird das Ausmaß an Zeit mit Sport pro Woche festgelegt und die unabhängige Variable stellt der Gesundheitszustand im Allgemeinen dar. Die Korrelation weist einen niedrigen, positiven Korrelationskoeffizienten $r = .21$ ($p = .013$; $N = 139$) auf. Das bedeutet, dass ein Jugendlicher welcher mehr Sport pro Woche ausübt, über einen allgemein besseren Gesundheitszustand verfügt. Wird dieser Zusammenhang nach Geschlecht getrennt betrachtet, so ergibt dies bei den männlichen Jugendlichen ein $r = .24$ ($p = .051$; $N = 68$) und bei den weiblichen Jugendlichen ein $r = .12$ ($p = .307$; $N = 71$). Es ist kein signifikantes Ergebnis zu verzeichnen.

Backer (2009) beschreibt, dass Frauen vermehrt von dem vorherrschenden Schönheitsideal in unserer Gesellschaft betroffen sind. Im Folgenden soll sowohl das Körpergewicht, als auch der BMI der Jugendlichen nach Geschlecht getrennt analysiert werden. Um den BMI der Jugendlichen zu berechnen, wird das Körpergewicht benötigt. Es folgt daher eine kurze Analyse des Körpergewichtes der Jugendlichen. Beim Körpergewicht kann ein Mittelwert von 66.94 kg ($SD = 13.89$) beobachtet werden. Getrennt nach Geschlecht betrachtet weisen die weiblichen Jugendlichen einen Mittelwert von 57.86 kg ($SD = 8.78$; $N = 71$) und die männlichen Jugendlichen einen Wert von 76.16 kg ($SD = 11.95$; $N = 70$). Da die Varianzen nicht homogen ($p = .030$) sind, erfolgt die Berechnung mittels T-Tests bei heterogene Varianzen. Für den Unterschied im Körpergewicht zeigt sich ein Ergebnis von $t_{(126.63)} = -10.35$; $p < .001$ ($N = 141$) und ist somit signifikant. Männliche Jugendliche weisen ein signifikant höheres Körpergewicht auf als weibliche Jugendliche. Die zugehörige Effektgröße kann mit $\hat{\delta} = 1.75$ als sehr deutlich bezeichnet werden.

Der BMI berücksichtigt nicht nur das Körpergewicht, sondern setzt diese in Verhältnis zur Körpergröße. Beim BMI weisen die Jugendlichen einen Mittelwert von 22.15 ($SD = 3.22$; $N = 136$) auf. Unter Berücksichtigung des Geschlechts der Jugendlichen, zeigen die weiblichen ein $M = 20.78$ ($SD = 2.36$) und die männlichen Untersuchungsteilnehmer einen Durchschnittswert von 23.48 ($SD = 3.44$). Laut WHO (2010) wird der Normalbereich mit 18.50 bis 24.99 angegeben. Personen, welche einen BMI unter 18.50 haben, werden als untergewichtig, Personen ≥ 25.00 werden als übergewichtig klassifiziert. Dieser Klassifikation zufolge sind 13 Jugendliche (9,2%) untergewichtig, der Großteil, nämlich 105 Jugendliche (74,5%) sind normalgewichtig und 23 (16,3%) befinden sich im Bereich des Übergewichts.

Einen Überblick über den BMI bei den Jugendlichen der Stichprobe, getrennt nach Geschlecht betrachtet, geben die folgenden beiden Balkendiagramme, Abbildung 5 und 6:

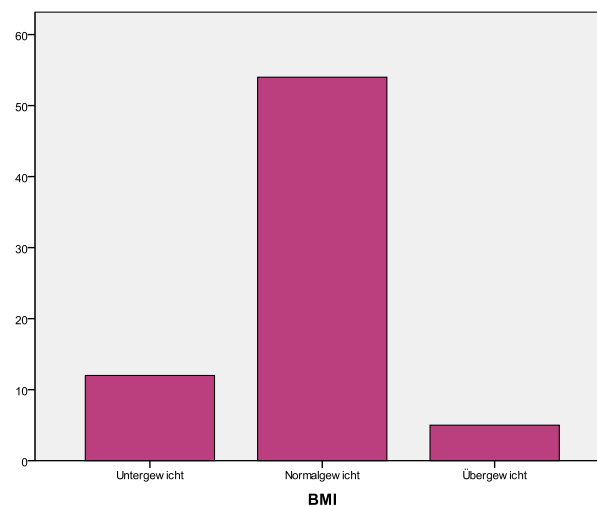


Abbildung 4: BMI der weiblichen Jugendlichen (N=71)

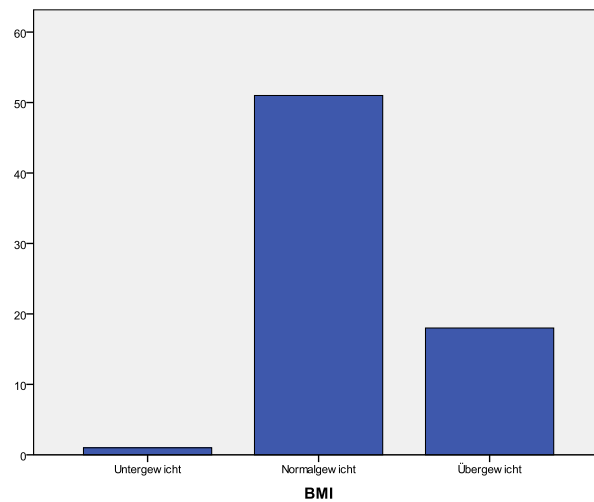


Abbildung 5: BMI der männlichen Jugendlichen (N=70)

12 (16,9%) der weiblichen Jugendlichen sind laut WHO Klassifikation untergewichtig, 54 (76,1%) werden der Kategorie des Normalgewichtes zugeteilt, 5 (7,0%) der weiblichen Jugendlichen sind übergewichtig. Bei den männlichen Jugendlichen ist lediglich einer (1,4%) untergewichtig, 51 (72,9%) sind normalgewichtig und 18 (25,7%) sind übergewichtig. Nach Prüfung der Voraussetzungen wird ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet, welcher bei der Prüfung des Unterschiedes von BMI und Geschlecht ein signifikantes Ergebnis ($t_{(122.23)} = -5.29$; $p < .001$; $N = 141$) ergibt. Das bedeutet, dass die Jungen einen höheren BMI aufweisen als die Mädchen. Die Effektgröße wird mittels Cohen's δ dargestellt und weist auf einen deutlichen Unterschied ($\hat{\delta} = 0.89$) hin.

Ob nun der BMI in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen steht wird mittels Produkt-Moment Korrelation geprüft. Als unabhängige Variable wird der BMI und als abhängige Variable der Gesundheitszustand im Allgemeinen zur Überprüfung der Hypothese festgelegt. Das Ergebnis zwischen dem BMI und dem Gesundheitszustand ergibt $r = -.17$ ($p = .049$, $N = 140$) und stellt einen schwachen, negativen Zusammenhang dar. Jugendliche, welche einen hohen BMI angeben, schätzen vermehrt ihren Gesundheitszustand schlechter ein. Wird der BMI und der Gesundheitszustand im Allgemeinen nach dem Geschlecht getrennt betrachtet, dann kann für die männlichen Jugendlichen ein signifikanter Zusammenhang ($r = -.30$; $p = .013$; $N = 70$) angegeben werden, während dies bei den Mädchen nicht der Fall ist ($r = -.11$; $p = .353$, $N = 70$).

Die Literatur postuliert einen Zusammenhang zwischen BMI und der ersten Menarche bzw. des ersten Samenergusses (Schwarzer, 2004; Berk, 2005). Als abhängige Variable wird das Alter zum Zeitpunkt, als das erste Mal die Menarche oder der erste Samenerguss eingetreten ist und als unabhängige Variable wird der BMI angenommen. 70 der weiblichen Jugendlichen haben diese Frage beantwortet und 46 männlichen Jugendlichen haben Angaben dazu gemacht. Der Mittelwert der weiblichen Jugendlichen liegt bei 12.87 ($SD = 1.48$) und bei den männlichen Jugendlichen liegt der Durchschnittswert bei $M = 13.00$ ($SD = 1.39$). Eine bivariate Korrelation zwischen dem Alter und dem BMI ergibt bei den Mädchen $r = .06$; $p = .614$ und somit keinen Zusammenhang. Bei den männlichen Jugendlichen ist ebenfalls kein Zusammenhang festzustellen: $r = -.17$; $p = .269$.

Nachfolgend wird analysiert, inwieweit sich das von den Jugendlichen erlebte Ausmaß von Stress in der Arbeit, in der Schule, der Stress zu Hause oder der Stress im übrigen Leben auf deren Gesundheitszustand auswirkt.⁶ Jessor et al. (2002) und Simantov, Schoen und Klein (2000) gehen davon aus, dass der Gesundheitszustand der Jugendlichen durch den erlebten Stress negativ beeinflusst wird.

Fünf Jugendliche (3,5%) geben an, keinen Stress in der Schule beziehungsweise in der Arbeit zu haben, während 48 (33,8%) angeben, keinen Stress zu Hause zu empfinden und 39 Jugendliche (27,5%) geben an, keinen Stress im Übrigen Leben zu haben. In der Schule bzw. Arbeit geben 44s (31,2%) unter wenig Stress zu leiden, 59 (41,5%) führen an, wenig Stress zu Hause zu haben und der Großteil 73 (51,4%) der Jugendlichen gibt wenig Stress im Übrigen Leben an. Von ziemlich viel Stress in der Schule und Arbeit berichten 60 (42,6%) der Jugendlichen und immerhin 32 (22,7%) geben in diesem Bereich sehr viel Stress an. Den Stress zu Hause beurteilen 30 Jugendliche (21,1%) mit ziemlich viel und nur mehr 5 (3,5%) mit sehr viel. Im Übrigen Leben geben 19 (13,4%) Jugendliche an, viel Stress zu haben und 11 (7,7%) geben sehr viel Stress an.

Bei den beiden Bereichen, Stress zu Hause und Stress im übrigen Leben, können 142 gültige Fälle beobachtet werden, während der Stress in der Schule beziehungsweise Arbeit 141 Jugendliche beurteilen. Als unabhängige Variable wird das Stressausmaß

⁶ *Einschub:* Es kann kein Stress-Index gebildet werden, da eine Reliabilitätsanalyse ein Cronbach Alpha von 0.505 ergeben hat.

angenommen, der Gesundheitszustand im Allgemeinen stellt die abhängige Variable dar. Die Korrelation zwischen dem eingeschätzten Gesundheitszustand und dem Stress in der Arbeit beziehungsweise Schule ist nicht signifikant ($r = -.15$; $p = .080$; $N = 140$). Die Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand im Allgemeinen und dem Stress zu Hause ergibt allerdings ein signifikantes Ergebnis, $r = -.20$; $p = .015$, bei 141 gültige Fällen. Die Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand der Jugendlichen und dem Stress im übrigen Leben ist ebenfalls signifikant mit einem $r = -.19$; $p = .022$ bei 141 gültigen Fällen. Aus beiden Korrelationen kann auf einen geringen Zusammenhang geschlossen werden. Je höher von den Jugendlichen der Stress zu Hause angegeben wird, desto schlechter wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen bewertet. Analog gibt es für den Stress, den Jugendliche im übrigen Leben wahrnehmen, einen negativen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen. Das Ausmaß des erlebten Stresses in der Arbeit und der Schule hat keinen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Jugendlichen.

Möglicherweise hat nicht nur das erlebte Stressausmaß einen Einfluss auf den subjektiv erlebten Gesundheitszustand, sondern auch chronische Krankheiten im Jugendalter. Die Berechnung des Zusammenhangs erfolgt mittels einer Punkt-biserialen Korrelation und ergibt ein signifikantes Ergebnis ($r = -.33$; $p < .001$; $N = 141$) mit mäßigem, negativen Zusammenhang. Das Auftreten von chronischen Krankheiten geht mit einem niedrigen Gesundheitszustand im Allgemeinen einher. Je mehr chronische Krankheiten eine Person angibt, desto schlechter ist der Gesundheitszustand. Getrennt nach Geschlecht betrachtet, ergibt die Berechnung für weibliche Jugendliche ein $r = -.39$ ($p = .001$; $N = 71$) und für männliche Jugendliche ein $r = -.27$ ($p = .026$, $N = 70$). Es ist ein mittlerer negativer Zusammenhang in beiden Gruppen zu beobachten.

Chronische Krankheiten beziehen sich auf viele Beschwerden, weshalb im Folgenden eine Analyse der körperlichen Beschwerden, welche Jugendliche aufweisen in Bezug zum erlebten Gesundheitszustand erfolgt. 142 Jugendliche haben Angaben zu den unterschiedlichen Beschwerden gemacht. Die Müdigkeit wurde von 38 (26,8%) Jugendlichen und damit am häufigsten genannt. Danach werden die Kopfschmerzen von 36 (25,4%) der Jugendlichen angeführt. 30 (21,1%) der Jugendlichen klagen über Rückenschmerzen und 26 (18,3%) über Erkältungskrankheiten. Immerhin beschreiben 24

(16,9%) Einschlafprobleme. Jeweils 15 (10,6%) geben einerseits Konzentrationsprobleme aber auch andererseits Bauchschmerzen an. 10 (7,1%) der Jugendlichen wachen nachts auf und 10 (7,0%) führen Gelenksschmerzen an. Am wenigstens wird Übelkeit angegeben und zwar lediglich von fünf (3,5%) der Jugendlichen.

Als unabhängige Variable die Müdigkeit und als abhängige Variable das Geschlecht fixiert (siehe Tab.10).

Tabelle 10: Kontingenztafel zu Müdigkeit und Geschlecht

			Müdigkeit		Gesamt
			nicht angekreuzt	angekreuzt	
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	49	23	72
		Erwartete Anzahl	52.7	19.3	72
		% d. Gesamtzahl	34,5	16,2	50,7
		Standard. Res.	- 0.5	0.9	
	männlich	Anzahl	55	15	70
		Erwartete Anzahl	51.3	18.7	70
		% d. Gesamtzahl	38,7	10,6	49,3
		Standard. Res.	0.5	- 0.9	
Gesamt	Anzahl	104	38	142	
	Erwartete Anzahl	104	38	142	
	% d. Gesamtzahl	73,2	26,8	100,0	

Legende: Standard. Res= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Für *Müdigkeit* ergibt die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße: $\chi^2_{(1)} = 2.00$; $p = .157$; $N = 142$. Es können keine Verteilungsunterschiede in der Müdigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht beobachtet werden.

Die Tabelle 11 stellt die Kontingenztafel zu Kopfschmerzen und Geschlecht dar, wobei als unabhängige Variable die Kopfschmerzen und als abhängige Variable das Geschlecht festgestellt wird.

Tabelle 11: Kontingenztafel zu Kopfschmerzen und Geschlecht

			Kopfschmerzen		Gesamt
			nicht angekreuzt	angekreuzt	
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	50	22	72
		Erwartete Anzahl	53.7	18.3	72.0
		% d. Gesamtzahl	35,2	15,5	50,7
		Standard. Res.	-0.5	0.9	
	männlich	Anzahl	56	14	70
		Erwartete Anzahl	52.3	17.7	70.0
		% d. Gesamtzahl	39,4	9,9	49,3
		Standard. Res.	0.5	- 0.9	
Gesamt	Anzahl		106	36	142
	Erwartete Anzahl		106.0	36.0	142.0
	% d. Gesamtzahl		74,6	25,4	100,0

Legende: Standard. Res= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Die Berechnung zu *Kopfschmerzen* ergibt: $\chi^2_{(1)} = 2.09$; $p = .148$. Es können keine Verteilungsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht angenommen werden.

Die folgende Tabelle 12 zeigt eine Kontingenztafel zu Rückenschmerzen und Geschlecht. Die unabhängige Variable stellt die Angabe, ob Rückenschmerzen vorhanden sind oder nicht, dar und als abhängige Variable wird das Geschlecht angenommen.

Tabelle 12: Kontingenztafel zu Rückenschmerzen und Geschlecht

			Rückenschmerzen		Gesamt
			nicht angekreuzt	angekreuzt	
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	59	13	72
		Erwartete Anzahl	56.8	15.2	72.0
		% d. Gesamtzahl	41,5	9,2	50,7
		Standard. Res.	0.3	- 0.6	
	männlich	Anzahl	53	17	70
		Erwartete Anzahl	55.2	14.8	70.0
		% d. Gesamtzahl	37,3	12,0	49,3
		Standard. Res.	-0.3	0.6	
Gesamt	Anzahl		112	30	142
	Erwartete Anzahl		112.0	30.0	142.0
	% d. Gesamtzahl		78,9	21,1	100,0

Legende: Standard. Res= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Die Berechnung der Prüfgröße der Chi-Quadrat-Testung zu *Rückenschmerzen* ergibt, $\chi^2_{(1)} = 0.83$; $p = .363$. Es ist kein Verteilungsunterschied zwischen den Geschlechtern anzunehmen.

Die nächste dargestellte Berechnung erfolgt zu Erkältungskrankheiten. Als unabhängige Variable wird, ob Jugendliche an Erkältungskrankheiten leiden oder nicht und als abhängige Variable das Geschlecht bestimmt (siehe Tab. 13).

Tabelle 13: Kontingenztafel zu Erkältungskrankheiten und Geschlecht

			Erkältungskrankheiten		
			nicht angekreuzt	angekreuzt	Gesamt
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	58	14	72
		Erwartete Anzahl	58.8	13.2	72.0
		% d. Gesamtzahl	40,8	9,9	50,7
		Standard. Res.	-0.1	0.2	
	männlich	Anzahl	58	12	70
		Erwartete Anzahl	57.2	12.8	70.0
		% d. Gesamtzahl	40,8	8,5	49,3
		Standard. Res.	0.1	- 0.2	
Gesamt	Anzahl	116	26	142	
	Erwartete Anzahl	116.0	26.0	142.0	
	% d. Gesamtzahl	81,7	18,3	100,0	

Legende: Standard. Res= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Das Ergebnis zu *Erkältungskrankheiten* ergibt ein $\chi^2_{(1)} = 0.13$; $p = .893$. Es gibt keinen signifikanten Verteilungsunterschied in Abhängigkeit vom Geschlecht.

Aufgrund der dargestellten Ergebnisse kann zusammengefasst werden, dass keine Geschlechterunterschiede in Bezug auf die körperlichen Beschwerden der Jugendlichen beobachtet werden können.

Die Literatur geht davon aus, dass die Ausbildung der Jugendlichen einen Einfluss auf deren Gesundheitszustand hat. Je höher die Ausbildung angegeben wird, desto mehr Wissen hat ein Jugendlicher über die schädlichen und fördernden Einflüsse auf den Gesundheitszustand und desto eher wird er riskante Verhaltensweisen meiden und fördernde Verhaltensweisen ausführen (Casy, 2006; Fitzgebbon, 2009). Folgende

Kategorien standen für die Auswahl der Ausbildung zur Verfügung: Schüler, Student, Lehre, in Ausbildung, berufstätig. Als unabhängige Variable wird die Ausbildung, als abhängige Variable, die Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen, fixiert. Die Ausbildung korreliert nicht mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen ($r = -.02$; $p = .85$; $N = 140$). Es handelt sich um kein signifikantes Ergebnis, die beiden Bereiche sind voneinander unabhängig.

Im nächsten Schritt werden Prädiktoren, welche einen Einfluss auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen ausüben könnten, untersucht.

Der Gesundheitszustand im Allgemeinen wird dabei als Zielvariable angenommen und mit den Prädiktoren der chronischen Krankheit, dem Stress in der Arbeit, Stress zu Hause, Stress im Leben, der Zeit mit Sport pro Woche, dem BMI, dem Raucherstatus, dem Alkoholkonsum und Geschlecht, eine Regressionsanalyse durchgeführt. Die Auswahl der Prädiktoren verläuft nach sachlogischen und mittels Literatur belegbaren Hinweisen.⁷ Es soll die Frage, wie viel an Varianz die zuvor beschriebenen Prädiktoren in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen erklären, beantwortet werden.

Die Voraussetzungen sind erfüllt, die Beurteilung der Normalverteilung der standardisierten Residuen mittels Histogramm geprüft worden und anzunehmen. Es gibt keine Hinweise auf Autokorrelationen, mittels (Durbin-Watson Test = 2.011) und es herrscht kein Verdacht auf Multikollinearität, da der Toleranzwert nahe bei 1 (.997) liegt. Insgesamt konnten 133 gültige Fälle identifiziert werden. Die globale Modellzusammenfassung zeigt, dass vier Variablen der postulierten Prädiktoren einen Erklärungswert ($F_{(4,128)} = 9.43$; $p < .001$) besitzen. Dazu zählen, der Stress zu Hause, der BMI, die Angabe von chronischen Krankheiten und dem Ausmaß an Sport pro Woche (siehe Tab. 14 und Tab. 15).

⁷ Zur weiteren Darstellung siehe: Jessor et al. (2008); Turbin et al. (2006); Günther (2006); Taylor (2009); Backer (2009); Berk (2005); Schwarzer (2004).

Tabelle 14: Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	5.57		10.53	< .001
Leidest du an chronischen Krankheiten	- 0.79	- .32	- 4.12	< .001
Stress zu Hause	- 0.22	- .21	- 2.64	.009
BMI	- 0.06	- .22	- 2.85	.005
Zeit pro Woche mit Sport	0.05	.22	2.75	.007

Legende: B = Nichtstandardisierte Beta β = beta t = t-Test

Tabelle 15: Ausgeschlossene Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen

	Beta In	t	Signifikanz
Geschlecht des Untersuchungskindes	.10	1.07	.289
Raucherstatus	- .01	- 0.17	.863
Wie viel Stress hattest du in den letzten 6 Mt. in der Schule/Arbeit	- .06	- 0.78	.438
... in deinem übrigen Leben	- .17	- 1.89	.062
Hast du ... alkoholische Getränke schon öfter ...	.07	0.95	.347

Legende: Beta In= Beta Koeffizient t= t-Test

Der erklärte Varianzanteil aller vier Variablen beträgt $R^2 = 22,8\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 20,4\%$). Das bedeutet, dass die Variablen *Leiden an chronischen Krankheiten*, *Stress zu Hause*, *BMI* und die *Zeit pro Woche mit Sport* die Variabilität des Gesundheitszustandes im Allgemeinen zu 22,8% erklären können.

8.2 Rauchverhalten der Jugendlichen

Um einen Einblick in das Rauchverhalten Jugendlicher zu erhalten, wurden diese gebeten anzugeben, ob sie rauchen oder nicht. Von 143 Jugendlichen geben nur 46 (33,8%) an, dass sie rauchen. 92 (66,7%) geben an, dass sie nicht oder nur selten Rauchen (siehe Abb. 7).

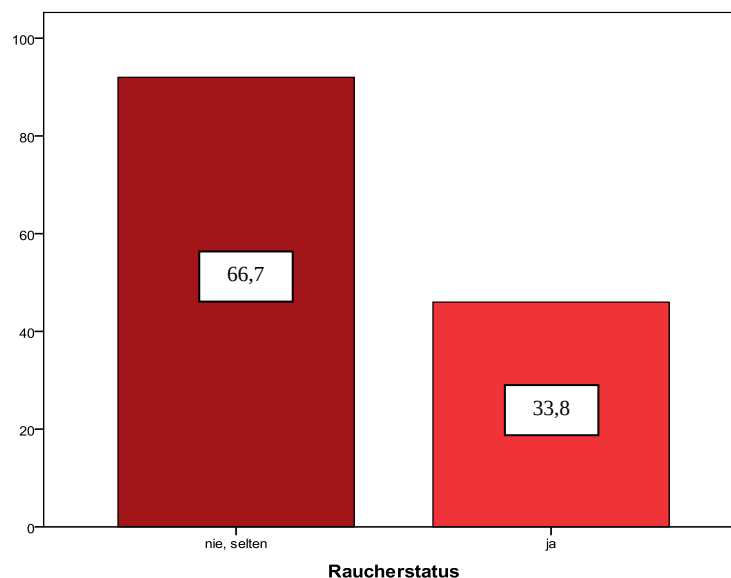


Abbildung 6: Raucherstatus der Jugendlichen (Anteilswerte in Prozent)

Von 143 Jugendlichen geben 23 (33,3%) weibliche Jugendliche und 23 (33,3%) männliche Jugendliche an zu rauchen. Da der Raucheranteil der weiblichen und männlichen Jugendlichen unter Berücksichtigung der Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe gleich ist, ist hier auch kein Unterschied zwischen den Geschlechtern anzunehmen.

Taylor (2009) beschreibt, dass das Einstiegsalter einen Einfluss auf den aktuellen Zigarettenkonsum hat. In dieser Studie wird das Einstiegsalter abgefragt nach dem Alter, als zum ersten Mal eine Zigarette geraucht wurde. Als unabhängige Variable wird das Einstiegsalter festgesetzt, während der aktuelle Zigarettenkonsum die abhängige Variable darstellt. Die Prüfung der Hypothese mittels Spearman-Rangkorrelation ergibt $R = - .44$ ($p = .004$; $N = 41$). Dies weist auf einen mäßigen, negativen Zusammenhang auf. Je jünger das Einstiegsalter, desto mehr wird geraucht. Die folgende Abbildung 8 gibt einen

Überblick über die Verteilung der untersuchten Jugendlichen. Auf der x-Achse wird das Alter zum Beginn des regelmäßigen Rauchens und auf der y-Achse die Häufigkeit, das bedeutet, wie viele Jugendlichen in welchem Alter zu Rauchen begonnen haben, aufgezeigt.

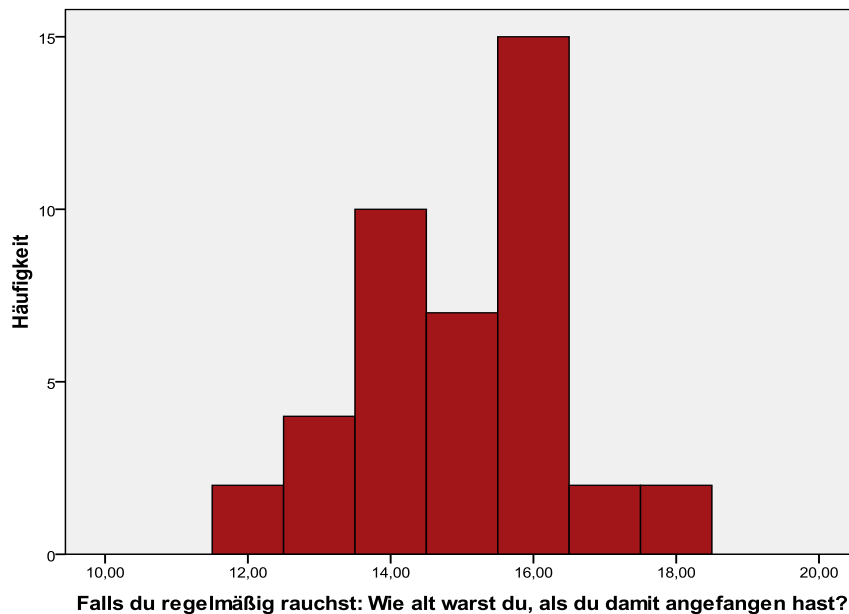


Abbildung 7: Einstiegsalter des Zigarettenkonsums

Die Jugendlichen waren im Durchschnitt 15 Jahre alt ($SD = 1.44$) als sie mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen haben.

Im nächsten Schritt interessiert die Ausbildung der Jugendlichen in Bezug auf den Zigarettenkonsum, denn Albers und Biner (2003) postulieren, dass je höher die Ausbildung ist, desto weniger rauchen die Jugendlichen. Als unabhängige Variable wird die aktuelle Ausbildungssituation der Jugendlichen angenommen und als abhängige Variable wird die Höhe des Zigarettenkonsums festgestellt (siehe Tab. 16).

Tabelle 16: Kontingenztafel zu Rauchverhalten und der aktuellen Ausbildungssituation

			nicht/ T.	2-3 Zig./ T.	4-8 Zig./ T.	½ Pkg./ T.	1 Pkg./ T.	1½ Pkg./ T.	Gesamt
aktuelle Aus- bildung	Schüler	Anzahl	17	2	11	7	4	1	42
		Erw. Anzahl	17,3	2,0	8,0	8,7	5,3	0,7	42,0
		% d. Gesamt	27,0	3,2	17,5	11,1	6,3	1,6	66,7
		Standard. Res.	-0,1	0,0	1,1	-0,6	-0,6	0,4	
	Student	Anzahl	5	1	0	1	0	0	7
		Erw. Anzahl	2,9	0,3	1,3	1,4	0,9	0,1	7,0
		% d. Gesamt	7,9	1,6	0,0	1,6	0,0	0,0	11,1
		Standard. Res.	1,2	1,2	- 1,2	-0,4	-0,9	-0,3	
	Ausbild- ung/ Lehre	Anzahl	1	0	1	5	3	0	10
		Erw. Anzahl	4,1	0,5	1,9	2,1	1,3	0,2	10,0
		% d. Gesamt	1,6	0,0	1,6	7,9	4,8	0,0	15,9
		Standard. Res.	- 1,5	- 0,7	- 0,7	2,0	1,5	- 0,4	
	Berufs- tätig	Anzahl	3	0	0	0	1	0	4
		Erw. Anzahl	1,7	0,2	0,8	0,8	0,5	0,1	4,0
		% d. Gesamt	4,8	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	6,3
		Standard. Res.	1,1	- 0,4	- 0,9	- 0,9	0,7	- 0,3	
	Gesamt	Anzahl	26	3	12	13	8	1	63
		Erw. Anzahl	26,0	3,0	12,0	13,0	8,0	1,0	63,0
		% d. Gesamt	41,3	4,8	19,0	20,6	12,7	1,6	100,0

Legende: Erw. Anzahl= Erwartete Anzahl Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamt= Prozent der Gesamtzahl.

Die exakte Korrektur nach Fisher ergibt für die Berechnung der Prüfgröße ein nicht signifikantes Ergebnis ($\chi^2_{\text{kor}} = 19,99$; $p = .081$; $N = 63$) zwischen der Menge an Zigaretten, welche durchschnittlich im letzten Monat geraucht wurden und der aktuellen Ausbildungssituation des Jugendlichen. Die Ausbildung steht in keinem besonderen Zusammenhang mit der Höhe des Zigarettenkonsums der Jugendlichen.

Da sich die Jugendlichen zum Großteil noch in Schulausbildung befinden und nicht über ein eigenes Einkommen verfügen wird zur Berechnung des Einflusses von der Verfügbarkeit des Geldes das monatliche Familieneinkommen herangezogen. Als unabhängige Variable wird das monatliche Familieneinkommen festgelegt und als ab-

hängige Variable die Höhe des Zigarettenkonsums bestimmt. Die Spearman'sche Rangkorrelation ergibt bei 135 gültigen Fälle ein $R = -.31$ ($p = .018$). Es gibt einen signifikant-negativen Zusammenhang zwischen dem Familieneinkommen und dem aktuellen Konsumverhalten der Jugendlichen. Je niedriger das monatliche Familieneinkommen, desto höher ist der Zigarettenkonsum.

Das Gesundheitsbewusstsein, definiert als das Wissen um die Auswirkungen auf die eigene Gesundheit hat möglicherweise einen Einfluss auf das Konsumverhalten der Jugendlichen. Die Überprüfung dieses Zusammenhanges ergibt ein Ergebnis von $r = -.04$ ($p = .736$) bei 63 gültigen Fälle. Das Ergebnis ist nicht signifikant. Das bedeutet, dass das Wissen um die schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit bezüglich des Zigarttenkonsumes keine Auswirkungen auf diesen hat.

Es wird der Zusammenhang geprüft, ob der Versuch von Jugendlichen, schon einmal mit dem Rauchen aufzuhören einen Einfluss auf das aktuelle Konsumverhalten hat. Als unabhängige Variable wird der Versuch der Jugendlichen mit dem Rauchen aufzuhören und als abhängige Variable wird das Rauchverhalten im letzten Monat festgestellt. Die Überprüfung der Hypothese zeigt, dass es keinen Zusammenhang ($r = -.13$; $p = .303$; $N = 64$) zwischen dem Rauchverhalten im letzten Monat und dem Versuch des Jugendlichen, mit dem Rauchen aufzuhören, gibt.

Ein weiterer Umweltfaktor, welcher besonders im Jugendalter für den Zigarettenkonsum von entscheidender Bedeutung ist, ist die Peer-Gruppe (Jessor et al., 2004; Schwarzer, 2004). Als unabhängige Variable wird das Rauchverhalten der Freunde determiniert und als abhängige Variable das Rauchverhalten des Jugendlichen. Die Frage, ob ein Jugendlicher schon einmal richtig geraucht hat, wird in zwei Kategorien, „ja“ und „nein“, unterteilt. Die Untersuchung der Kreuztabelle mittels Fisher's Korrektur zeigt bei 138 gültigen Fälle, dass es einen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2_{\text{korr}} = 15.53$; $p = .001$) zwischen diesen beiden Variablen gibt. Jene Jugendliche, welche mehr rauchen, haben auch eher Freunde, welche mehr oder sogar viel rauchen. Es handelt sich dabei um einen geringen bis mäßigen Zusammenhang ($Cramer-V = .33$) (siehe Tab. 17).

Tabelle 17: Kontingenztafel zu Rauchverhalten der Freunde und ob der Jugendliche schon einmal richtig geraucht hat

		Keiner	Einige	Mehrere	Fast jeder	Gesamt
Raucherstatus nie, selten	Anzahl	13	40	24	15	92
	Erwartete Anzahl	8,7	36,0	25,3	22,0	92,0
	% d. Gesamtzahl	9,4	29,0	17,4	10,9	66,7
	Standard. Residuen	1.5	0.7	- 0.3	- 1.5	
ja	Anzahl	0	14	14	18	46
	Erwartete Anzahl	4.3	18,0	12,7	11,0	46,0
	% d. Gesamtzahl	0,0	10,1	10,1	13,0	33,3
	Standard. Residuen	-2.1	- 0.9	0.4	2.1	
Gesamt	Anzahl	13	54	38	33	138
	Erwartete Anzahl	13,0	54,0	38,0	33,0	138,0
	% d. Gesamtzahl	9,4	39,1	27,5	23,9	100,0

Legende: Standard. Res= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Die Beziehung zu den Freunden ist signifikant ausgefallen und im Folgenden soll der mögliche Gruppenzwang untersucht werden. Dieser Zusammenhang wird mittels Produkt-Moment Korrelation berechnet. Dabei wird als unabhängige Variable der Gruppenzwang und als abhängige Variable das Rauchverhalten des Jugendlichen festgesetzt. 25 (17,6%) Jugendliche haben angegeben, keinen Gruppenzwang zu erfahren, 47 (33,1%) erfahren eher wenig Gruppenzwang, 52 (36,6%) eher viel und nur 18 (12,7%) der Jugendlichen erfahren sehr viel Gruppenzwang. Die Korrelation zwischen Gruppenzwang und Höhe des Zigarettenkonsums ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis ($p = .930$) mit einem $r = .01$ bei 64 gültigen Fällen. Es kann kein Gruppenzwang hinsichtlich des Rauchverhaltens der Jugendlichen angenommen werden.

Die Reaktion der Eltern auf den Zigarettenkonsum des Jugendlichen, würden diese vom Konsum wissen, hat eventuell einen Einfluss auf das aktuelle Konsumverhalten. Als unabhängige Variable wird der Ärger mit den Eltern und als abhängige Variable der aktuelle Zigarettenkonsum des Jugendlichen bestimmt. Die Korrelation weist ein nicht signifikantes Ergebnis ($r = .05$; $p = .689$; $N = 64$) auf. Das bedeutet, dass die Verärgerung der Eltern über das Rauchverhalten der Jugendlichen keinerlei Einfluss auf das Konsumverhalten hat. Es soll überprüft werden, ob nicht nur die Einstellung der Eltern, sondern auch die familiäre Situation, ob Eltern getrennt sind oder nicht, einen Einfluss auf

den Zigarettenkonsum hat. Die Kontingenztafel zur Prüfung des Zusammenhanges, ob Kinder rauchen oder nicht und ob die Eltern verheiratet sind oder nicht, ergibt ein signifikantes Ergebnis mit $\chi^2_{(1)} = 6.91$; $p = .009$ bei 138 gültigen Fällen (siehe Tab. 18).

Tabelle 18: Kontingenztafel zu Raucherstatus von Jugendlichen und Familienstand der Eltern

			Eltern zusammen oder getrennt?		
			zusammen	getrennt	Gesamt
Raucherstatus	nie, selten	Anzahl	75	17	92
		Erwartete Anzahl	68.7	23.3	92.0
		% d. Gesamtzahl	54,3	12,3	66,7
		Standard. Res.	0.8	-1.3	
	ja	Anzahl	28	18	46
		Erwartete Anzahl	34.3	11.7	46.0
		% d. Gesamtzahl	20,3	13,0	33,3
		Standard. Res.	-1.1	1.9	
Gesamt	Anzahl		103	35	138
	Erwartete Anzahl		103.0	35.0	138.0
	% d. Gesamtzahl		74,6	25,4	100,0

Legende: Standard. Res.= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Das bedeutet, dass signifikant mehr Jugendliche, deren Eltern getrennt leben, berichten davon, zu rauchen ($Cramer-V = .23$).

Es wird der Einfluss der Prädiktoren, welche möglicherweise die Höhe des Zigarettenkonsums bedingen, untersucht. Als unabhängige Variable werden dabei das Geschlecht (Bilz & Melzer, 2005), das Einstiegsalter (Albers & Biener, 2003), der Gruppenzwang (Bilz & Melzer, 2005), der Ärger mit den Eltern (Jessor et al., 2004) und das Wissen um die Auswirkung des Zigarettenkonsums (Schwarzer, 2004) auf die Gesundheit angenommen. Die abhängige Variable stellt die Höhe des Zigarettenkonsums dar. Die Voraussetzungen für die Regressionsanalyse sind erfüllt. Die Normalverteilung der standardisierten Residuen wurde mittels Histogramm überprüft. Es gibt keinen Hinweis auf Autokorrelationen (Durbin- Watson-Test= 2.029) und keinen Verdacht auf Multikollinearität, da der Toleranzwert nahe bei 1 (.999) liegt.

40 gültige Fälle werden identifiziert. Die globale Modellzusammenfassung ($F_{(1)} = 10.23$; $p = .003$) zeigt, dass nur das Einstiegsalter einen bedeutsamen Erklärungswert zukommt (Tab. 19).

Tabelle 19: Prädiktor des Zigarettenkonsums

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	11.34		5.09	<.001
Einstiegsalter	- 0.47	.15	-3.21	.003

Legende: B= Nichtstandardisierte B β = Beta t=t-Test

Der erklärte Varianzanteil dieser Variable beträgt $R^2 = 21,3\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 19,2\%$). Das bedeutet, dass das Einstiegsalter die Variabilität im Zigarettenkonsum zu 21,3% erklären kann. Die Tabelle 20 beschreibt, dass der Gruppenzwang bezüglich des Rauchens, sowie der Ärger mit den Eltern, das Wissen um die Auswirkungen auf die Gesundheit und das Geschlecht keine oder geringe Auswirkungen auf den Zigarettenkonsum haben.

Tabelle 20: Ausgeschlossene Prädiktoren des Rauchverhaltens

	Beta In	t	Signifikanz
Wie viel Gruppenzwang gibt es bezüglich des Rauchens ... Jugendlichen?	.06	0.43	.672
Wenn dein Eltern gewusst hätten, dass ... Ärger bekommen?	- .24	- 1.68	.101
Glaubst du, dass regelmäßiger Zigarettenkonsum ... Auswirkungen auf Gesundheit ...	- .07	- 0.44	.666
Geschlecht des Untersuchungskindes	.07	0.44	.660

Legende: Beta In= Beta Koeffizient t= t-Test

Das Einstiegsalter hat einen Erklärungswert für den Zigarettenkonsum.

8.3 Alkoholkonsum der Jugendlichen

Generell geben 137 (96,5%) Jugendliche an, bereits schon einmal Alkohol konsumiert zu haben. Lediglich fünf (3,5%) der Jugendlichen geben an, noch nie Alkohol getrunken zu haben. Bei den weiblichen Jugendlichen geben 96 (95,8%) an Alkohol getrunken zu haben, während drei (4,2%) angeben keinen Alkohol zu trinken. Bei den männlichen Jugendlichen ist das Verhältnis von Konsumenten zu jenen welche noch nie Alkohol getrunken haben ähnlich den weiblichen Jugendlichen. 68 (97,1%) beantworten die Frage ob der Jugendliche schon öfter als zwei oder drei Mal in seinem Leben alkoholische Getränke getrunken hat mit „Ja“ und lediglich 2 (2,9%) verneinen diese Frage.

Bei der Überprüfung möglicher Einflussvariablen auf den Alkoholkonsum interessiert, ob die Höhe des Familieneinkommens eine Auswirkung auf die Möglichkeit des Alkoholkonsums hat. Als unabhängige Variable wird das monatliche Familieneinkommen festgesetzt und als abhängige Variable wird der Alkoholkonsum angenommen. Die Spearman'sche Rangkorrelation zu Alkoholkonsum und Familieneinkommen ergibt einen nicht signifikanten Zusammenhang von $R = .11$ ($p = .234$) bei 126 gültigen Fällen. Die Höhe des monatlichen Familieneinkommens steht somit in keinem besonderen Zusammenhang mit der Höhe des Alkoholkonsums der Jugendlichen.

Ranetbauer & Hackel (2007) postulieren einen Unterschied im Alkoholkonsum bezüglich der Ausbildungssituation. Bei der folgenden Berechnung wird daher die erhobene aktuelle Ausbildungssituation der Jugendlichen berücksichtigt. Es soll somit untersucht werden, ob es Unterschiede bezüglich des Alkoholkonsums und der aktuellen Ausbildung gibt. Als unabhängige Variable wird die aktuelle Ausbildungssituation des Jugendlichen angenommen und als abhängige Variable der Alkoholkonsum. Eine Kreuztabelle zur Darstellung des Zusammenhanges von Alkoholkonsum und Ausbildung mit nachfolgender Berechnung der entsprechenden Prüfgröße weist auf ein nicht signifikantes Ergebnis ($\chi^2_{\text{korr}} = 2.23$; $p = .515$) hin. Es können keine Verteilungsunterschiede im Alkoholkonsum in Abhängigkeit von der aktuellen Ausbildungssituation angenommen werden.

Es ist die Korrektur mittels exaktem Test nach Fisher anzuwenden, da einige Erwartungswerte < 5 ausfallen ($N = 178$) (siehe Tab. 21).

Tabelle 21: Kreuztabelle zu Alkoholkonsum und aktuelle Ausbildungssituation

Aktuelle Ausbildung		nein	ja	Gesamt
Schüler	Anzahl	4	89	93
	Erwartete Anzahl	3,3	89,7	93,0
	% d. Gesamtzahl	2,8	63,1	66,0
	Standard. Residuen	0,4	- 0,1	
Student	Anzahl	0	20	20
	Erwartete Anzahl	0,7	19,3	20,0
	% d. Gesamtzahl	0,0	14,2	14,2
	Standard. Residuen	- 0,8	0,2	
Ausbildung/ Lehre	Anzahl	0	18	18
	Erwartete Anzahl	0,4	9,6	10,0
	% d. Gesamtzahl	0,0	12,8	12,8
	Standard. Residuen	- 0,8	0,2	
Berufstätig	Anzahl	1	9	10
	Erwartete Anzahl	0,4	9,6	10,0
	% d. Gesamtzahl	0,7	6,4	7,1
	Standard. Residuen	1,1	- 0,2	
Gesamt	Anzahl	5	136	141
	Erwartete Anzahl	5,0	136,0	141,0
	% d. Gesamtzahl	3,5	96,5	100,0

Legende: Standard. Residuen= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl = Prozent der Gesamtzahl

Es gibt keinen Zusammenhang hinsichtlich des monatlichen Familieneinkommens und der aktuellen Ausbildungssituation auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen.

Die Literatur postuliert eine starke Vorbildfunktion der Peer-Gruppe bezüglich des Alkoholkonsums (Richter, 2005). Diese Annahme wird mittels Produkt-Moment Korrelation überprüft. Die unabhängige Variable wird definiert als das Vorbildverhalten der Freunde, welches im Fragebogen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten abgefragt wird, mittels einem vierstufigen Antwortformat (*keiner- einige- die meisten- alle*), wie viele der Freunde regelmäßig Alkohol konsumieren.

Der beobachtete Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum des befragten Jugendlichen und dem regelmäßigen Alkoholkonsum der Freunde ist mit $r = .35$ signifikant ($p < .001$, $N = 137$). Je regelmäßiger die Freunde Alkohol konsumieren, desto häufiger trinkt auch der Jugendliche Alkohol.

Unter Umständen lässt sich der Einfluss der Vorbildfunktion von Freunden mittels Gruppenzwang erklären. Es wird überprüft, ob es einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum des Jugendlichen und dem Gruppenzwang überprüft.

Zuvor wird noch die Einstellung der Freunde zum Alkoholkonsum und dem aktuellen Alkoholkonsum des Jugendlichen beleuchtet. Die Korrelation nach Pearson ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis ($r = .13$; $p = .130$) bei 129 gültigen Fällen. Das bedeutet, dass der Alkoholkonsum des Jugendlichen nicht von den Meinungen und Einstellungen der Freunde unabhängig gesehen werden kann.

Der Gruppenzwang wird als unabhängige Variable angenommen und der Alkoholkonsum des Jugendlichen als abhängige Variable. Die Produkt-Moment Korrelation ergab ein nicht signifikantes Ergebnis ($r = .06$; $p = .459$; $N = 137$). Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und Gruppenzwang. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, gibt es in beiden Gruppen keinen signifikanten Zusammenhang ($r_w = -.07$; $p_w = .559$; $N_w = 69$; $r_m = .19$; $p_m = .116$; $N_m = 68$).

Zusammengefasst bedeutet dies, dass der Alkoholkonsum vom Vorbildverhalten und somit vom Alkoholkonsum der Freunde abhängt, allerdings wird von den Jugendlichen kein Gruppenzwang erlebt und es hängt nicht von den Einstellungen der Freunde gegenüber dem Konsum von Alkohol ab.

Um den möglichen Einfluss der Eltern hinsichtlich des Alkoholkonsums zu überprüfen, wird als unabhängige Variable die Schwierigkeiten, welche die Jugendlichen mit ihren Eltern hätten, würden diese über den Alkoholkonsum Bescheid wissen, festgestellt. Die abhängige Variable stellt der aktuelle Alkoholkonsum des Jugendlichen dar. Ebenfalls gibt es bei der Prüfung dieses Zusammenhanges mittels bivariater Korrelation keinen signifikanten Zusammenhang ($r = .08$; $p = .327$; $N = 137$). Die Schwierigkeiten, welche Jugendliche mit den Eltern hätten, würden diese über ihren Alkoholkonsum Bescheid wissen, hätten keine Auswirkungen auf deren weiteren Alkoholkonsum.

Vermutlich gibt es einen Unterschied im Trinkverhalten der Jugendlichen, deren Eltern getrennt leben beziehungsweise verheiratet sind. Um den möglichen Unterschied zu prüfen

wird ein U-Test nach Mann & Whitney berechnet. Es kann kein signifikanter Unterschied ($z = -1.009$; $p = .313$) im Alkoholkonsum der Jugendlichen in Abhängigkeit davon, ob die Eltern getrennt lebend oder verheiratet sind, beobachtet werden. 137 gültige Fälle konnten herangezogen werden, davon leben bei 100 Jugendlichen die Eltern zusammen, lediglich bei 37 Jugendlichen leben die Eltern getrennt.

Die Eltern sind nicht so sehr besorgt über die Verfügbarkeit von Alkohol, sowie dem Gebrauch von Alkohol im familiären Kreis (Klicpera, 2006; Highet, 2005). Die Überprüfung der Annahme erfolgt mittels Produkt-Moment Korrelation. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von Alkohol zu Hause und dem Alkoholkonsum des Jugendlichen ($r = -.09$; $p = .32$; $N = 137$). Der Alkoholkonsum des Jugendlichen hängt nicht mit einer möglichen Verfügbarkeit des Alkohols zu Hause zusammen.

Eine weitere Annahme, welche in Bezug auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen geprüft werden soll, ist jene, welche das Wissen der Jugendlichen um die Auswirkungen des Alkoholkonsums beinhaltet und kurz Gesundheitsbewusstsein genannt wird. Das Gesundheitsbewusstsein des Jugendlichen wird als unabhängige Variable und der aktuelle Alkoholkonsum als abhängige Variable angenommen. Das Gesundheitsbewusstsein, welches im Fragebogen erhoben wird nach dem Glauben, dass regelmäßiger Alkoholkonsum Auswirkungen auf die Gesundheit hat und mittels vierstufigen Antwortformat angegeben werden kann (*sicher nicht- wahrscheinlich nicht- sehr wahrscheinlich- wahrscheinlich schon*), steht nicht im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum der Jugendlichen. Das Ergebnis fällt mit $r = -.02$, $p = .778$ bei 137 gültigen Fällen nicht signifikant aus. Das bedeutet, dass das Wissen um die gesundheitsschädigende Wirkung des Alkohols, den Alkoholkonsum der Jugendlichen nicht beeinflusst.

Da Alkohol eine sedierende Wirkung auf das Zentralnervensystem hat (Klicpera, 2006), führt hoher Alkoholkonsum zu vielfältigen Problemen, wie zum Beispiel in der Schule bzw. Arbeit, mit den Eltern, mit der Polizei, mit Freunden und mit Personen, mit welchen der Jugendliche verabredet ist, auf (Brown et al., 2008; DiClemente et al., 2009).

Die abhängige Variable stellt der Alkoholkonsum des Jugendlichen dar, abgefragt nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten sechs Monaten. Die unabhängigen Variablen sind die Probleme in der Schule bzw. Arbeit, die Probleme mit den Eltern, der Polizei, mit Freunden oder anderen Personen (siehe Tab. 22).

Tabelle 22: Korrelationen zu Probleme und Alkoholkonsum

	r	p
Probleme mit Eltern	.14	.094
Probleme in Schule/ Arbeit	-.12	.156
Probleme mit Freunde	.06	.508
Probleme mit Verabredungen	.02	.859
Ärger mit der Polizei	.08	.365

N= 137

In keinem der möglichen Problembereiche kann ein Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum des Jugendlichen beobachtet werden.

Nach sachlogischer Überlegung wird davon ausgegangen, dass die Menge, wie oft ein Jugendlicher vier oder mehr alkoholische Getränke getrunken hat zusammenhängt mit der Menge an hohen Alkoholspiegeln, welche in den letzten sechs Monaten erreicht wurden. Als unabhängige Variable wird die Menge an alkoholischen Getränken und als abhängige Variable die Menge an Rauscherfahrungen bestimmt. 27 (19,9%) Jugendliche geben an, dass sie in den letzten sechs Monaten nie vier oder mehr Getränke konsumiert haben, 18 (13,2%) geben an, dass sie einmal so viele Getränke konsumiert haben, 28 (20,6%) geben an, dass sie zwei bis dreimal diese Anzahl an Getränke zu sich genommen haben, 16 (11,8%) geben an, dass sie einmal im Monat die Menge konsumieren. Wie oft ein Jugendlicher vier oder mehr Getränke in letzten sechs Monaten zu sich genommen hat, wird von 18 (13,2%) mit zwei oder dreimal im Monat angegeben und von 13 (9,6%) wird dies einmal in der Woche angekreuzt. Fünf (3,7%) geben an, diesen Zustand zweimal pro Woche zu erleben und zwei (1,5%) Jugendliche trinken öfter als zweimal pro Woche mindestens vier alkoholische Getränke oder mehr. Der Korrelationskoeffizient $r = .76$ zwischen diesen beiden Variablen erreicht ein signifikantes Niveau mit $p = <.001$ bei 136 gültigen Fällen. Je mehr Getränke in den letzten sechs Monaten konsumiert werden, desto mehr Rauscherfahrungen wurden gemacht.

Um den Einfluss des Zeitpunktes als zum ersten Mal Alkohol konsumiert wurde auf das Binge-drinking zu untersuchen wurde eine Spearman'sche Rangkorrelation berechnet. Diese ergibt ein $R = - .225$; $p = .049$ ($N=77$). Es handelt sich hierbei um ein signifikantes Ergebnis mit einem negativen Zusammenhang. Je früher ein Jugendlicher mit dem Alkoholkonsum beginnt, desto mehr Gelegenheiten nimmt er wahr, um vier oder mehr Getränke auf einmal zu trinken.

Es wird versucht der Einfluss von Prädiktoren auf den Alkoholkonsum zu erforschen. Folgende Prädiktoren werden mit einbezogen, Geschlecht (vgl. Bilz & Melzer, 2005; Ranetbauer & Hackl, 2007), Gruppenzwang, Schwierigkeiten mit den Eltern (vgl. Highet, 2005; Klicpera, 2006), Einstellungen der Freunde zum Alkoholkonsum, Vorbildverhalten der Freunde (Günther, 2006), die Verfügbarkeit von Alkohol zu Hause (vgl. Highet, 2005) und Gesundheitsbewusstsein. Die Voraussetzungen für die Berechnung sind erfüllt. Die Normalverteilung wurde überprüft, es gibt keinen Hinweis auf Autokorrelationen (Durbin-Watson-Test= 1.939) und es gibt keinen Verdacht auf Multikollinearität ($T = .996$).

Insgesamt sind 129 gültige Fälle zu verzeichnen. Zwei Variablen weisen einen bedeutsamen Erklärungswert ($F_{(2)} = 14.14$; $p < .001$) auf, nämlich das Trinkverhalten der Freunde, welche regelmäßig Alkohol konsumieren sowie das Geschlecht des Jugendlichen (siehe Tabelle 23 und Tabelle 24).

Tabelle 23: Prädiktoren des Alkoholkonsums

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	1.99		3.43	.001
Regelmäßiges Trinkverhalten der Freunde	0.72	.38	4.66	<.001
Geschlecht des Jugendlichen	0.69	.23	2.86	.005

Legende: B= Nichtstandardisierte B β = beta t=t-test

Tabelle 24: Ausgeschlossene Prädiktoren des Alkoholkonsums

	Beta In	t	Signifikanz
Wie viel Gruppenzwang gibt es bei Jugendlichen ...Alkohol zu trinken	-.07	- 0.84	.404
Was denken Freunde über jemanden, der in deinem Alter Alkohol trinkt?	.01	0.11	.912
Wenn du Alkohol trinken wolltest ... zu Hause bekommen?	-.09	- 1.12	.264
Glaubst du, dass regelmässiger Alkoholkonsum ... Gesundheit ...?	-.00	- 0.05	.960
Wenn deine Eltern ... würdest du Schwierigkeiten bekommen	.14	1.74	.085

Legende: Beta In= Beta Koeffizient t= t-Test

Der erklärte Varianzanteil beträgt $R^2 = 18,3\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 17.0\%$). Das Trinkverhalten der Freunde und das Geschlecht erklären die Variabilität im Alkoholkonsum zu 18,3%.

8.4 Drogenkonsum der Jugendlichen

Um eine Idee vom Drogenkonsum der derzeitigen Jugendlichen zu erhalten, wird der Konsum von Marihuana in Häufigkeiten und Prozentangaben dargestellt.

Beim Marihuanakonsum geben 93 (66,4%) der Jugendlichen an, *niemals* Marihuana probiert zu haben, 14 (10,0%) haben schon *einmal* Marihuana probiert und 33 (23,6%) haben Marihuana *mehr als einmal* geraucht.

Bei der Befragung wird das Gesundheitsbewusstsein abgefragt, darunter wird das Wissen um die Auswirkungen vom Drogenkonsum auf die Gesundheit verstanden. Als unabhängige Variable wird das Gesundheitsbewusstsein fixiert und als abhängige Variable wird der Konsum von Marihuana festgelegt. Die Korrelation zwischen diesen beiden Variablen ergibt mit $r = -.28$ ($p = .001$; $N = 140$) ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, dass das Bewusstsein um den Einfluss des Gebrauchs von Marihuana auf die Gesundheit, mit dem Konsum von Marihuana zusammenhängt. Je höher das Gesundheitsbewusstsein, desto geringer ist der Konsum von Marihuana.

Als Altersbereich für die häufigste Einnahme illegaler Drogen wird von DiClemente et al. (2009) das 18. Bis 20. Lebensjahr festgesetzt. Daher interessiert das Einstiegsalter in Bezug zum Konsum von Marihuana, also das Alter zum Zeitpunkt als zum ersten Mal Marihuana probiert wurde. Als unabhängige Variable wird das Einstiegsalter angenommen. Die abhängige Variable stellt der aktuelle Marihuanakonsum dar. Die Rangkorrelation nach Spearman zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter, als zum ersten Mal Marihuana probiert wurde und dem aktuellen Konsumverhalten von Marihuana in den letzten sechs Monaten ($R = -.34$; $p = .026$) bei 43 gültigen Fällen. Je früher mit dem Gebrauch von Marihuana begonnen wurde, umso höher ist das aktuelle Konsumverhalten.

Beim Drogenkonsum sollen gleichermaßen wie beim Alkoholkonsum die externen Rahmenbedingungen, welche möglicherweise den Drogenkonsum bedingen, näher betrachtet werden. Zuerst wird das monatliche Familieneinkommen analysiert, da die Annahme besteht, dass ein Jugendlicher, welcher mehr Geld zur Verfügung hat, dieses für

den Kauf von Drogen ausgibt. Als unabhängige Variable wird das monatliche Familieneinkommen und als abhängige Variable die Häufigkeit vom Marihuanagebrauch in den letzten sechs Monaten dargestellt. Eine Spearman'sche Rangkorrelation ergibt mit $R = .22$, $p = .143$ bei 45 gültigen Fällen ein nicht signifikantes Ergebnis. Das Familieneinkommen steht in keinem besonderen Zusammenhang mit dem Marihuanakonsum.

Wie leicht für die Jugendlichen der Zugang zu Drogen ist und inwieweit sich diese Verfügbarkeit auf den Drogenkonsum auswirkt, wird in der folgenden Berechnung dargestellt. Die Verfügbarkeit stellt die unabhängige Variable dar, während der aktuelle Konsum von Marihuana die abhängige Variable aufzeigt. Die Verfügbarkeit wird definiert als die Leichtigkeit Marihuana in der näheren Umgebung zu beschaffen. Zu dieser Frage geben die Jugendlichen eine von vier Antwortmöglichkeiten, *sicher nicht- wahrscheinlich nicht- sehr wahrscheinlich- wahrscheinlich schon*, an. Die Produkt-Moment Korrelation ergibt ein signifikantes Ergebnis mit $r = .39$; $p < .001$; $N = 139$. Je leichter ein Jugendlicher Marihuana beschaffen kann, umso eher konsumiert er diese Droge.

Mittels Kreuztabelle wird der Verteilungsunterschied von Drogenkonsum und aktueller Ausbildungssituation untersucht. Bilz und Melzer (2005) haben beobachtet, dass vorrangig Schüler der 9. Klasse an Regelschulen Drogen konsumieren.

Da jedoch 50% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 haben, fand der Exakte Test nach Fischer seine Anwendung. 139 gültige Fälle waren zu verzeichnen. Es kann kein Zusammenhang zwischen der Ausbildungssituation und dem Drogenkonsum verzeichnet werden ($\chi^2_{\text{kor}} = 3.54$; $p = .748$) (siehe Tab. 25).

Tabelle 25: Kontingenztafel zu Drogenkonsum und aktuelle Ausbildungssituation

Aktuelle Ausbildung		Ja, mehr als 1			Gesamt
		Nein, nie	Ja, 1 Mal	Mal	
Schüler	Anzahl	60	12	21	93
	Erwartete Anzahl	61.6	9.4	22.1	93.0
	% d. Gesamtzahl	43,2	8,6	15,1	66,9
	Standard. Residuen	- 0.2	0.9	- 0.2	
Student	Anzahl	12	1	5	18
	Erwartete Anzahl	11.9	1.8	4.3	18.0
	% d. Gesamtzahl	8,6	0,7	3,6	12,9
	Standard. Residuen	0.0	- 0.6	0.4	
Ausbildung/Lehre	Anzahl	14	1	3	18
	Erwartete Anzahl	11.9	1.8	4.3	18.0
	% d. Gesamtzahl	10,1	0,7	2,2	12,9
	Standard. Residuen	0.6	- 0.6	- 0.6	
Berufstätig	Anzahl	6	0	4	10
	Erwartete Anzahl	6.6	1.0	2.4	10.0
	% d. Gesamtzahl	4,3	0,0	2,9	7,2
	Standard. Residuen	- 0.2	- 1.0	1.1	
Gesamt	Anzahl	92	14	33	139
	Erwartete Anzahl	92.0	14.0	33.0	139.0
	% d. Gesamtzahl	66,2	10,1	23,7	100,0

Legende: Stadard. Residuen= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Die Drogeneinnahme hängt vor allem von der Qualität der Beziehung zu den Eltern und vom Drogenkonsum der Peergruppe und dem Gruppendruck ab (Sales & Irwin, 2009; Hurrelmann, 2002). Im Folgenden werden Berechnungen zu den sozialen Beziehungen dargestellt.

Bereits von Sales und Irwin (2009) wird dargestellt, dass Jugendliche, deren Eltern getrennt leben, vermehrt Drogen konsumieren. Es folgt eine Überprüfung der Annahme. Der Familienstand der Eltern wird als unabhängige Variable angenommen, während die Menge des Marihuanakonsums als abhängige Variable festgesetzt wird. Insgesamt konnten 46 gültige Fälle ausgemacht werden. Mittels U-Test für unabhängige Stichproben ergibt sich die Prüfgröße mit $z = - .13$ $p = .894$; $N = 46$. Bei 31 Jugendlichen leben die Eltern zusammen, bei 15 Jugendlichen leben die Eltern getrennt. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Jugendlichen deren Eltern zusammen leben beziehungsweise deren Eltern getrennt sind hinsichtlich der Menge des Marihuanakonsums.

Die Einstellung der Eltern bezüglich des Konsums von Marihuana wird abgefragt mittels der Schwierigkeiten, welche ein Jugendlicher bekommen würde, wenn die Eltern vom Marihuanakonsum wissen würden.

Die Korrelation ist nicht signifikant, $r = .05$; $p = .238$; $N = 46$. Das bedeutet dass die Schwierigkeiten, welche ein Jugendlicher mit den Eltern beim Konsum von Marihuana bekommen würde, keinen Einfluss auf das aktuelle diesbezügliche Konsumverhalten hat.

Die Literatur behauptet, dass der Einfluss der Eltern im Jugendalter abnimmt und der Einfluss und die Meinung der Freunde immer wichtiger werden (Berk, 2005). Daher wird im folgenden Abschnitt der Einfluss der Freunde näher analysiert.

Die Frage danach, ob die Einstellung der Freunde bezüglich des Marihuanakonsums einen Zusammenhang mit dem Marihuanakonsum des Jugendlichen hat, wird eine Korrelation nach Pearson berechnet. Als unabhängige Variable wird die Einstellung der Freunde zu Marihuanakonsum festgelegt, die abhängige Variable stellt der Marihuanakonsum des Jugendlichen dar. Das Ergebnis ist signifikant und beträgt, $r = .56$ ($p < .001$; $N = 137$). Der Einfluss der Freunde und ihrer Einstellungen ist bedeutend für den Marihuanakonsum eines Jugendlichen. Jugendliche, deren Freunde eine negative Einstellung zum Konsum von Marihuana haben, geben auch einen geringeren Konsum von Marihuana an.

Um zu überprüfen, ob der Gebrauch von Marihuana bei Freunden, den Konsum von Jugendlichen fördert, wird eine Produkt-Moment Korrelation berechnet. Als abhängige Variable wird der Substanzmissbrauch des Jugendlichen festgesetzt und als unabhängige Variable wird das Vorbildverhalten der Freunde fixiert. Die Korrelation zeigt ein signifikantes Ergebnis mit $r = .58$ und $p < .001$ bei 140 gültigen Fälle. Das bedeutet, dass der Marihuanagebrauch der Freunde einen Einfluss auf jenen des Jugendlichen hat. Wenn Freunde Marihuana konsumieren, dann konsumiert auch der Jugendliche eher Marihuana.

Um mögliche Prädiktoren, welche einen Erklärungswert für den Drogenkonsum besitzen, zu erforschen, wird eine Regressionsanalyse berechnet. Als abhängige Variable wurde die Frage, ob ein Jugendlicher schon einmal Marihuana probiert hat ausgewählt. Die Prädiktoren sind das Rauchen von Marihuana der Freunde (vgl. Hurrelmann, 2002), das Geschlecht (vgl. Günther 2006), das Gesundheitsbewusstsein, die Verfügbarkeit (vgl.

Hurrelmann, 2002), was die Freunde über den Gebrauch von Marihuana denken und ob der Jugendliche Schwierigkeiten mit den Eltern hätten, wenn diese von dem Drogenkonsum des Jugendlichen wüssten. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Berechnung sind überprüft. Die standardisierten Residuen sind Normalverteilt, es gibt keinen Hinweis auf Autokorrelationen (Durbin-Watson-Test= 1.795) und es gibt keinen Verdacht auf Multikollinearität, da der Toleranzwert nahe 1 liegt (.805).

Da allerdings zu wenige Jugendliche alle Fragen beantwortet haben, werden nur die Prädiktoren Geschlecht, Gesundheitsbewusstsein, Verfügbarkeit und was die Freunde denken, gewählt. Eine Reliabilitätsanalyse, $N = 136$, hat ergeben, dass die Verfügbarkeit und was die Freunde über den Gebrauch von Drogen denken ($F_{(2,133)} = 33.32$; $p < .001$), einen Varianzanteil von $R = 33,4\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 32,4\%$) erklären. Genau betrachtet, ist das was die Freunde über den Gebrauch von Marihuana denken wichtiger als die Verfügbarkeit (siehe Tab. 26 und Tab. 27).

Tabelle 26: Prädiktoren des Drogenkonsums

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	0.18		0.96	.338
Einstellung der Freunde	0.51	.48	6.10	< .001
Verfügbarkeit	0.13	.17	2.17	.032

Legende: B= Nichtstandardisiertes B β = Beta t= t-Test

Tabelle 27: Ausgeschlossene Prädiktoren des Drogenkonsums

	Beta In	t	Signifikanz
Geschlecht des Untersuchungskindes	.03	0.37	.712
Glaubst du regelmässiger Konsum M. ... Auswirkung auf Gesundheit Jugendlicher?	- 0.9	- 1.21	.230

Legende: Beta In= Beta Koeffizient t= t-Test

Wenn der Prädiktor der Freunde nicht aufgenommen wird, dann wäre, das Wissen um die Auswirkungen auf die Gesundheit und die Verfügbarkeit die wichtigste unabhängige Variable mit $R^2 = 20,2\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 19,1\%$; $N = 139$) (siehe Tab. 28 und Tab. 29).

Tabelle 28: Prädiktoren des Drogenkonsums (ohne Freunde)

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	1.51		5.03	<.001
Auswirkung auf	0.27	.37	4.58	<.001
Gesundheit				
Verfügbarkeit	- 0.21	- .22	2.86	.005

Legende: B= Nichtstandardisiertes B β = Beta t= t-Test

Tabelle 29: Ausgeschlossener Prädiktor des Drogenkonsums (ohne Freunde)

	Beta In	t	Signifikanz
Geschlecht des	.009	0.12	.909
Untersuchungskindes			

Legende: Beta In= Beta Koeffizient t= t-Test

Durch die Aufnahme des weiteren Prädiktors der Freunde, hat das Gesundheitsbewusstsein an Einfluss verloren. Es scheint als sei die soziale Situation, vor allem die Meinung der Freunde wichtiger.

8.5 Ernährungsgewohnheiten der Jugendlichen

In der Pubertät kommt es zu körperlichen Veränderungen sowohl in der Skelettmuskulatur, als auch im Fettanteil, weshalb der BMI und nicht nur das Körpergewicht beachtet werden (Rolls, 1991). Beim Body Mass Index, BMI, erfolgte eine Einteilung der Jugendlichen in Klassen der WHO (2010): Ein BMI unter 18.5 wird als Untergewicht bezeichnet, ein BMI von 18.5- 24.99 als Normalgewicht und ein BMI von ≥ 25 als Übergewicht. Demnach sind 13 Jugendliche (9,2%) als Untergewichtig einzustufen, 105 (74,5%) als Normalgewichtig und 23 (16,3%) als Übergewichtig (siehe Abb. 9).

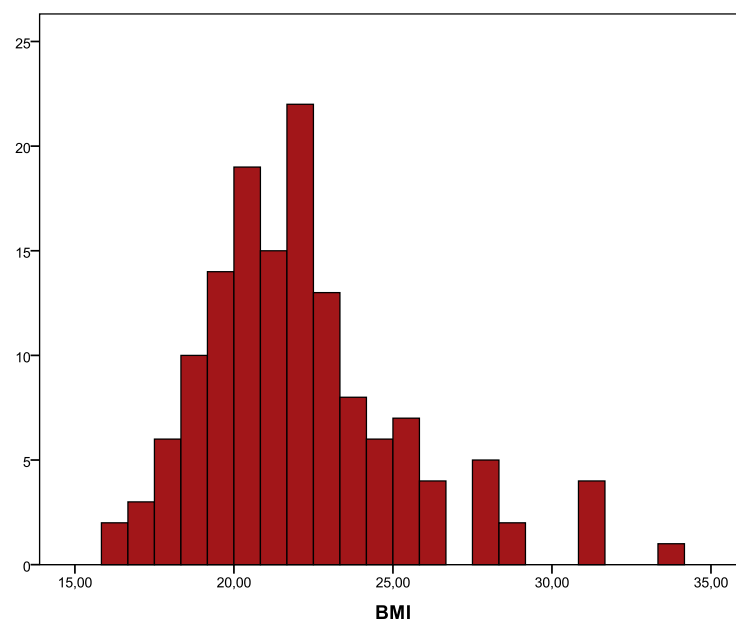


Abbildung 8: BMI und Häufigkeiten

Getrennt nach Geschlecht betrachtet, sind 12 (16,9%) weibliche Jugendliche untergewichtig, allerdings nur ein (1,4%) der männlichen Jugendlichen. 54 (76,1%) der weiblichen Jugendlichen sind normalgewichtig und 51 (72,9%) der männlichen Jugendlichen. Es gibt annähernd eine gleiche Verteilung hinsichtlich der Prozentzahl der Normalgewichtigen Jugendlichen, nach Geschlecht getrennt betrachtet. 5 (7,0%) der weiblichen Jugendlichen sind übergewichtig, allerdings 18 (25,7%) der männlichen Jugendlichen. Aus der deskriptiven Analyse ist ersichtlich, dass sich bei den weiblichen

Jugendlichen mehr untergewichtige Personen finden und bei den männlichen Jugendlichen mehr übergewichtige Personen. Es ist ein geschlechterspezifischer Unterschied zu erkennen. Ein t-Test für unabhängige Stichproben ergibt $t_{(122,225)} = -5.29$; $p < .001$. Die männlichen Jugendlichen ($N = 70$) haben einen höheren BMI als die weiblichen Jugendlichen ($N = 71$). Die standardisierte Effektgröße beträgt $\hat{\delta} = 0.89$. Hier handelt es sich um einen großen Effekt.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen BMI, dabei werden sowohl Körpergewicht, als auch Körpergröße beachtet (Krebs, 2007) und Ernährungsverhalten. Als unabhängige Variable wird das Ernährungsverhalten angenommen, dieses wird abgefragt nach den Mahlzeiten, welche an einem Tag zu sich genommen werden. Folgende Variablen konnten beantwortet werden: Frühstück, Mittagessen, Nachmittagsjause, Abendessen, Frühstück auslassen, zwischendurch Essen. Die abhängige Variable stellt das Körpergewicht dar. Es konnte nur ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich des Frühstücks und Körpergewichts ($r = -.22$, $p = .009$; $N = 138$) gefunden werden. Je eher kein Frühstück gegessen wird, desto höher ist das Körpergewicht.

Das Mittagessen ($r = -.57$; $p = .511$; $N = 138$), die Nachmittagsjause ($r = .07$; $p = .405$; $N = 138$) und das Abendessen ($r = .06$; $p = .489$; $N = 138$) ergeben keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Körpergewicht.

Die Korrelation zwischen dem Körpergewicht und dem Auslassen des Frühstücks ergibt einen nicht signifikanten Zusammenhang ($r = .15$; $p = .079$) bei 137 gültigen Fällen. Die Korrelation zwischen Zwischendurch-Essen und dem Körpergewicht ergibt ein $r = .02$ ($p = .862$; $N = 137$) und somit keinen signifikanten Zusammenhang. Das Auslassen des Frühstücks und das Zwischendurch-Essen haben keinen Einfluss auf das Körpergewicht.

Das Ernährungsverhalten bezieht sich allerdings nicht nur auf die Mahlzeiten, welche während eines Tages zu sich genommen werden oder nicht, sondern auch auf die bewusste Ernährung und das Achten darauf, dass wenig Fett, wenig Salz, wenig Süßes und mehr Obst und Gemüse zu sich genommen werden (vgl. Bowmen, 2004; Krebs et al., 2007; Pentz, 2009). Als unabhängige Variable wird das Gesundheitsbewusstsein bezüglich des Essens und als abhängige Variable das Körpergewicht determiniert. Das Gesundheitsbewusstsein wird mit einigen Variablen abgefragt und zwar durch das Achten

auf die Menge an Salz, das Achten auf die Menge an Fett, das Achten darauf, dass Obst und Gemüse gegessen wird beziehungsweise keine frittierten Nahrungsmittel und auch kein Junk Food zu sich genommen werden. 141 Jugendliche haben jeweils Angaben zu den Schwerpunkten gemacht.

Die Korrelation zwischen dem Körpergewicht und das Achten auf die Menge Salz, welche Jugendliche zu sich nehmen, ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis mit $r = -.13$ ($p = .124$). Es gibt keinen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen. Die Korrelation zwischen Körpergewicht und der Menge an Fett, welche ein Jugendlicher zu sich nimmt, weist ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis ($r = -.03$; $p = .695$) auf. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Körpergewicht und dem Achten auf die Menge an Fett, welcher ein Jugendlicher zu sich nimmt. Der Zusammenhang zwischen dem Körpergewicht und dem täglichen frischen Obst und Gemüse, welches Jugendliche zu sich nehmen, weist kein signifikantes Ergebnis auf, mit einer Korrelation von $r = -.09$ ($p = .305$). Das Ergebnis zwischen dem Körpergewicht und dem Essen von Obst statt Süßem zwischendurch ist ebenfalls nicht signifikant $r = -.16$ ($p = .052$). Allerdings zeigt sich die Tendenz, dass wenn ein Jugendlicher mehr Obst anstatt Süßes zu sich nimmt, das Körpergewicht geringer ausfällt. Die Korrelation zwischen dem Körpergewicht und das Achten der Jugendlichen darauf, dass weniger oder keine frittierten Nahrungsmittel zu sich genommen werden, ergibt ein signifikantes Ergebnis mit $r = -.21$ ($p = .013$). Dies ist ein geringer, negativer Zusammenhang. Je weniger frittierte Nahrungsmittel gegessen werden, desto geringer ist das Körpergewicht. Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelation zwischen Körpergewicht und dem Achten der Jugendlichen darauf, dass sie kein Junk Food essen, weist ebenfalls ein signifikantes Ergebnis, $r = -.25$ ($p = .003$), auf. Es handelt sich um einen geringen, negativen Zusammenhang. Je weniger Junk Food die Jugendlichen zu sich nehmen, desto geringer ist ihr Körpergewicht.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass je weniger frittierte Nahrungsmittel und je weniger Junk Food zu sich genommen werden, desto geringer ist das Körpergewicht.

Ob die Jugendlichen an einem Frühstück beziehungsweise an einem Schulessen teilnehmen hängt vom Wohlstand und damit von den finanziellen Möglichkeiten der Familien ab (Bilz & Melzer, 2005; Faith et al., 2006). Als unabhängige Variable wird das Familieneinkommen angenommen und die abhängige Variable als Ernährungs-

gewohnheiten, also ob zum Frühstück, zur Vormittagsjause, zu Mittag, am Nachmittag oder zu Abend gegessen wird, definiert. Die Variable Familieneinkommen wurde in neun Stufen erhoben und bildet eine Rangordnung. Zusätzlich wurden Variablen zu den Ernährungs-gewohnheiten abgefragt. Mittels Spearman`scher Rangkorrelation erfolgt die Auswertung. Es zeigt sich lediglich *ein* signifikantes Ergebnis und zwar nur im Zusammenhang mit dem Mittagessen ($R = .24$; $p = .008$; $N = 127$). Je höher das Familieneinkommen, desto eher wird zu Mittag gegessen.

Alle anderen Variablen zu den Ernährungsgewohnheiten weisen keinen Zusammenhang mit dem Familieneinkommen auf. Beim Zusammenhang zum Frühstück zeigt sich ein nicht signifikantes Ergebnis mit $R = .17$ ($p = .058$). Das Familieneinkommen und die Vormittagsjause korrelieren zu $R = .04$ ($p = .628$) miteinander und das Familieneinkommen zur Nachmittagsjause ergibt ein $R = .09$ ($p = .329$) und beide Ergebnisse sind somit nicht signifikant. Ob zu Abend gegessen wird in Zusammenhang mit dem Familieneinkommen ergibt ein $R = .14$ ($p = .117$) und ist ebenfalls nicht signifikant. Die Anzahl der gültigen Fälle ist über alle Kategorien hinweg 127.

Die aktuelle Ausbildungssituation der Jugendlichen stellt die unabhängige Variable dar und die Ernährungsgewohnheiten werden als abhängige Variable festgesetzt. 137 gültige Fälle sind zu verzeichnen. Als Verfahren wurde der exakte Test nach Fischer eingesetzt. Bei der Prüfung des Zusammenhangs hinsichtlich des Frühstücks und der Ausbildung zeigte sich ein signifikantes Ergebnis, $\chi^2_{\text{korr}} = 9.10$; $p = .025$. Lehrlinge frühstücken weniger als erwartet. Bei der Vormittagsjause und der Bildung gibt es ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2_{\text{korr}} = 18.86$; $p < .001$). Schüler nehmen eher eine Vormittagsjause zu sich als Studenten. Beim Mittagessen gibt es keinen signifikanten Verteilungsunterschied ($\chi^2_{\text{korr}} = 1.46$; $p = .712$).

Die Einnahme des Mittagessens ist über alle Ausbildungsbereiche gleich verteilt. Ebenfalls gibt es bei der Nachmittagsjause ($\chi^2_{\text{korr}} = 0.77$; $p = .886$). und bei dem Abendessen ($\chi^2_{\text{korr}} = 4.76$; $p = .146$) keinen signifikanten Verteilungsunterschied.

Die weiblichen Jugendlichen sind einem vermehrten Druck in Bezug auf das vorherrschende gesellschaftliche Schönheitsideal ausgesetzt, schlank zu sein (Backer, 2009). Die männlichen Jugendlichen weisen einen höheren BMI auf (siehe oben) und dies

hängt möglicherweise mit dem unterschiedlichen Ernährungsverhalten von männlichen und weiblichen Jugendlichen zusammen.

Das Ernährungsverhalten stellt die unabhängige Variable dar und ist untergliedert in das Achten auf die Menge an Salz, welche zu sich genommen wird, das Achten auf die Menge an Fett, auf täglich frisches Obst und Gemüse, auf Obst statt Süßes zwischendurch, auf keine frittierten Nahrungsmittel und auf kein Junk Food. Die abhängige Variable stellt das Geschlecht dar.

Die nachfolgenden Tabellen, 30- 35, stellen die Ergebnisse zu den einzelnen unabhängigen Variablen dar.

Die Prüfung des Zusammenhanges zwischen Achten auf die Menge an Salz, welche konsumiert wird und das Geschlecht, ergibt dieser ein $\chi^2_{(2)} = 11.69$; $p = .003$. 142 gültige Fälle konnten identifiziert werden (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30: Kontingenztafel zu Achten auf Menge an Salz und Geschlecht

			Achtest du auf die Menge Salz			
			nie	manchmal	viel	Gesamt
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	29	25	18	72
		Erwartete Anzahl	36.5	24.3	11.2	72.0
		% d. Gesamtzahl	20,4	17,6	12,7	50,7
		Standard. Res.	- 1.2	0.1	2.0	
	männlich	Anzahl	43	23	4	70
		Erwartete Anzahl	35.5	23.7	10.8	70.0
		% d. Gesamtzahl	30,3	16,2	2,8	49,3
		Standard. Res.	1.3	- 0.1	- 2.1	
Gesamt	Anzahl	72	48	22	142	
	Erwartete Anzahl	72.0	48.0	22.0	142.0	
	% d. Gesamtzahl	50,7	33,8	15,5	100,0	

Legende: Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Dies weist auf einen Verteilungsunterschied im Salzkonsum in Abhängigkeit vom Geschlecht hin. Weibliche Jugendliche achten mehr als männliche Jugendliche darauf, wenig Salz zu konsumieren (Cramer-V = .29). Es handelt sich um einen geringen bis mäßigen Zusammenhang.

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße, zum Achten auf die Menge an Fett und dem Geschlecht, ergibt mit $\chi^2_{(2)} = 9.55$; $p = .008$; $N = 142$ ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, es kann ein Verteilungsunterschied aufgrund des Geschlechtes angenommen werden (siehe Tab. 31).

Tabelle 31: Kontingenztafel zu Achten auf die Menge an Fett und Geschlecht

			Achtest du auf die Menge Fett			
			nie	manchmal	viel	Gesamt
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	17	30	25	72
		Erwartete Anzahl	23.3	30.9	17.7	72,0
		% d. Gesamtzahl	12,0	21,1	17,6	50,7
		Standard. Res.	- 1.3	- 0.2	1.7	
	männlich	Anzahl	29	31	10	70
		Erwartete Anzahl	22.7	30.1	17.3	70.0
		% d. Gesamtzahl	20,4	21,8	7,0	49,3
		Standard. Res.	1.3	0.2	- 1.7	
Gesamt	Anzahl	46	61	35	142	
	Erwartete Anzahl	46.0	61.0	35.0	142.0	
	% d. Gesamtzahl	32,4	43,0	24,6	100,0	

Legende: Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Weibliche Jugendliche achten mehr als männliche Jugendliche auf die Menge an Fett, welche sie einnehmen. Es handelt sich um einen mittelgroßen Zusammenhang (Cramer-V = .26).

Die Kontingenztafel zum Geschlecht des Jugendlichen und dem Achten darauf, dass täglich frisches Obst und Gemüse gegessen wird, weist auf ein signifikantes Ergebnis mit $\chi^2_{(2)} = 6.69$; $p = .035$; $N = 142$ hin. Es gibt einen Verteilungsunterschied in Abhängigkeit vom Geschlecht (siehe Tab. 32).

Tabelle 32: Kontingenztafel zu Achten auf täglich frisches Obst und Gemüse und Geschlecht

			Achten auf tgl. frisches Gemüse und Obst			
			nie	manchmal	viel	Gesamt
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	9	26	37	72
		Erwartete Anzahl	13.2	28.9	29.9	72.0
		% d. Gesamtzahl	6,3	1,3	26,1	50,7
		Standard. Res.	- 1.2	- 0.5	1.3	
	männlich	Anzahl	17	31	22	70
		Erwartete Anzahl	12.8	28.1	29.1	70.0
		% d. Gesamtzahl	12,0	21,8	15,5	49,3
		Standard. Res.	1.2	0.5	- 1.3	
Gesamt	Anzahl	26	57	59	142	
	Erwartete Anzahl	26.0	57.0	59.0	142.0	
	% d. Gesamtzahl	18,3	40,1	41,5	100,0	

Legende: Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Weibliche Jugendliche achten mehr als männliche Jugendliche darauf, täglich frisches Obst und Gemüse zu sich zu nehmen. Es handelt sich um einen mittelgroßen Zusammenhang, Cramer's-V beträgt .22.

Die Prüfung des Zusammenhangs vom Achten darauf, dass Obst statt Süßes zwischendurch gegessen wird und dem Geschlecht, ergibt ein signifikantes Ergebnis $\chi^2_{(2)} = 9.12$; $p = .010$. 142 Jugendliche haben diese Frage beantwortet (siehe Tab. 33).

Tabelle 33: Kontingenztafel zu Achten auf Obst statt Süßes zwischendurch und Geschlecht

Achten auf Obst statt Süßes zwischendurch						
			Nie	manchmal	viel	Gesamt
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	6	32	34	72
		Erwartete Anzahl	10.6	35.0	26.4	72.0
		% d. Gesamtzahl	4,2	22,5	23,9	50,7
		Standard. Res.	- 1.4	- 0.5	1.5	
	männlich	Anzahl	15	37	18	70
		Erwartete Anzahl	10.4	34.0	25.6	70.0
		% d. Gesamtzahl	10,6	26,1	12,7	49,3
		Standard. Res.	1.4	0.5	- 1.5	
Gesamt	Anzahl	21	69	52	142	
	Erwartete Anzahl	21.0	69.0	52.0	142.0	
	% d. Gesamtzahl	14,8	48,6	36,6	100,0	

Legende: Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Weibliche Jugendliche achten mehr als männliche Jugendliche darauf, eher Obst statt Süßes zwischendurch zu essen (Cramer's -V beträgt .25).

Die Kontingenztafel vom Geschlecht und dem Achten auf wenig oder keine frittierten Nahrungsmittel wurde von 142 Jugendlichen angegeben. Die Prüfgröße ergibt mit $\chi^2_{(2)} = 11.99$; $p = .002$ einen signifikanten Zusammenhang. Das bedeutet, es gibt einen Verteilungsunterschied aufgrund des Geschlechtes (siehe Tab. 34).

Tabelle 34: Kontingenztafel zu Achten auf keine frittierten Nahrungsmittel und Geschlecht

			Achten auf keine frittierten Nahrungsmittel			
			nie	manchma l	viel	Gesamt
Geschlecht des Untersuchungs- kinds	weiblich	Anzahl	23	30	19	72
		Erwartete Anzahl	31.9	27.4	12.7	72.0
		% d. Gesamtzahl	16,2	21,1	13,4	50,7
		Standard. Res.	- 1.6	0.5	1.8	
	männlich	Anzahl	40	24	6	70
		Erwartete Anzahl	31.1	26.6	12.3	7.0
		% d. Gesamtzahl	28,2	16,9	4,2	49,3
		Standard. Res.	1.6	- 0.5	- 1.8	
Gesamt		Anzahl	63	54	25	142
		Erwartete Anzahl	63.0	54.0	25.0	142.0
		% d. Gesamtzahl	44,4	38,0	17,6	100,0

Legende: Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Weibliche Jugendliche achten mehr als männliche Jugendliche darauf, keine frittierten Nahrungsmittel zu essen. Es handelt sich um einen mäßigen Zusammenhang, das entsprechende Assoziationsmaß kann mit Cramer's-V = .29 angegeben werden.

Die Hypothesenprüfung ergibt einen Verteilungsunterschied im Geschlecht mit $\chi^2_{(2)} = 13.24$; $p = .001$. Weibliche Jugendliche achten eher darauf, kein Junk Food zu essen. Es handelt sich um einen mäßigen Zusammenhang (Cramer's-V = .31) (siehe Tab. 35).

Tabelle 35: Kontingenztafel zu Achten auf kein Junk Food und Geschlecht

			Achten auf kein Junk Food			Gesamt
			nie	manchmal	viel	
Geschlecht des Untersuchungskindes	weiblich	Anzahl	21	24	27	72
		Erwartete Anzahl	26.9	27.4	17.7	72.0
		% d. Gesamtzahl	14,8	16,9	19,0	50,7
		Standard. Res.	- 1.1	- 0.6	2.2	
	männlich	Anzahl	32	30	8	70
		Erwartete Anzahl	26.1	26.6	17.3	70.0
		% d. Gesamtzahl	22,5	21,1	5,6	49,3
		Standard. Res.	1.1	0.7	- 2.2	
Gesamt	Anzahl	53	54	35	142	
	Erwartete Anzahl	53.0	54.0	35.0	142.0	
	% d. Gesamtzahl	37,3	38,0	24,6	100,0	

Legende: Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Das bedeutet, dass bei der Ernährung und dem Achten auf die Einnahme von gesunden Lebensmittel und dem Weglassen ungesunder Lebensmittel weibliche Jugendliche gesundheitsbewusster vorgehen als männliche Jugendliche. Alle Ergebnisse fielen durchwegs signifikant aus und zeigen einen Geschlechtsunterschied.

Es ist eine weit verbreitete Annahme, dass es zu Konzentrationsproblemen kommt, wenn Jugendliche kein Frühstück einnehmen. Als unabhängige Variable wird die Einnahme des Frühstücks angenommen und als abhängige Variable Konzentrationsprobleme definiert. Es kann kein Zusammenhang zwischen der regelmäßigen Einnahme des Frühstücks und angegebener Konzentrationsprobleme der Jugendlichen ($\chi^2_{(1)} = 0.02$; $p = .893$; $N = 138$) beobachtet werden (siehe Tab. 36).

Tabelle 36: Kontingenztafel zu Einnahme des Frühstücks und Konzentrationsproblemen

			Konzentrationsprobleme		
			nicht angekreuzt	angekreuzt	Gesamt
Frühstück	nicht	Anzahl	47	6	53
		Erwartete Anzahl	47.2	5.8	53.0
		% d. Gesamtzahl	34,1	4,3	38,4
		Standard Res.	0.0	0.1	
	ja	Anzahl	76	9	85
		Erwartete Anzahl	75.8	9.2	85.0
		% d. Gesamtzahl	55,1	6,5	61,6
		Standard. Res.	.0	-.1	
Gesamt		Anzahl	123	15	138
		Erwartete Anzahl	123.0	15.0	138.0
		% d. Gesamtzahl	89,1	10,9	100,0

Legende: Standard. Res.= Standardisierten Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Die Literatur beschreibt, dass Familienmahlzeiten einen Einfluss auf das Körpergewicht haben (Franko et al., 2008). Hier soll im Gegenzug untersucht werden, ob sich der Familienstand auf den BMI auswirkt. Es wird wieder der BMI gewählt, da viele körperliche Veränderungen im Jugendalter stattfinden und diese durch die Beachtung der Körpergröße im Verhältnis zum Körpergewicht noch eher mit einbezogen werden können. Als abhängige Variable wurde der BMI und als unabhängige Variable der Familienstand, ob die Eltern getrennt leben oder nicht, festgestellt. Der Zusammenhang wird mittels Punkt-Biserialer Korrelation überprüft. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen diesen beiden Indikatoren ($r = .05$; $p = .555$; $N = 141$).

Die Familie hat auf vielfältige Weise Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Jugendlichen. Nicht nur die Familienmahlzeiten (siehe oben), sondern auch die Vorbildfunktion der Eltern (vgl. Fitzgebbon, 2009; Schwarzer, 2004) und das erlernte Essverhalten in der Kindheit (vgl. Faith et al., 2006) haben einen Einfluss darauf.

Nun wird das Vorbildverhalten von Mutter und Vater, sowie das Vorbildverhalten anderer Personen untersucht. Das Ernährungsverhalten gliedert sich in das Achten auf die Menge an Salz, das Achten auf die Menge an Fett, auf täglich frisches Obst und Gemüse, auf Obst statt Süßes zwischendurch, auf keine frittierten Nahrungsmittel und auf kein Junk Food, welches zu sich genommen wird.

Der Zusammenhang wird mittels einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson, zwischen dem Vorbildverhalten der Mutter/Stiefmutter und der Menge Salz auf welcher der Jugendliche achtet, berechnet und ist nicht signifikant ($r = .11$; $p = .205$; $N = 141$). Ebenfalls ist der Zusammenhang zwischen dem Achten der Menge an Salz und dem Vorbildverhalten des Vaters/ Stiefvaters nicht signifikant ($r = .01$; $p = .886$; $N = 139$) und dem Vorbildverhalten anderer Personen, mit welcher ein Jugendlicher zusammen lebt, nicht signifikant ($r = .15$; $p = .087$; $N = 133$). Das Achten auf die Menge an Salz, welche ein Jugendlicher zu sich nimmt, steht mit keiner anderen Person in Zusammenhang.

Der Zusammenhang vom Vorbildverhalten der Mutter/Stiefmutter und das Achten auf die Menge an Fett, weist auf ein nicht signifikantes Ergebnis mit einem $r = .08$; $p = .334$ ($N = 141$) hin, während das Vorbildverhalten des Vaters/Stiefvaters einen Einfluss ausübt mit einem signifikanten Ergebnis von $r = .17$; $p = .045$ ($N = 139$). Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = .15$; $p = .082$; $N = 133$) zwischen dem Vorbildverhalten anderer Personen und dem Achten auf die Menge an Fett, welcher ein Jugendlicher konsumiert. Das bedeutet, dass lediglich das Vorbildverhalten des Vaters/Stiefvaters in Bezug auf das Achten der Menge an Fett, welche zu sich genommen wird, Einfluss hat. Es zeigt sich ein geringer, positiver Zusammenhang. Je weniger der Vater/Stiefvater auf die Zufuhr von Fett achtet, desto weniger achtet der Jugendliche darauf.

Die Korrelation vom Achten der Jugendlichen darauf, täglich frisches Obst und Gemüse zu sich zu nehmen und dem Vorbildverhalten der Mutter/Stiefmutter ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis mit $r = .11$ ($p = .215$; $N = 141$). Allerdings ist die Korrelation vom Achten auf täglich frisches Obst und Gemüse und dem Vater/Stiefvater signifikant ($r = .17$; $p = .048$; $N = 139$), sowie die Korrelation mit anderen Personen ($r = .26$; $p = .002$; $N = 133$). Bei beiden Ergebnissen handelt es sich um positive Zusammenhänge. Je mehr der Vater/Stiefvater bzw. andere Personen, mit welcher ein Jugendlicher zusammenlebt, auf frisches Obst und Gemüse achten, desto eher achtet der Jugendliche darauf.

Das Vorbildverhalten der Mutter/Stiefmutter und das Achten auf Obst statt Süßem zwischendurch, korreliert mit $r = .03$; $p = .685$ ($N = 141$) und stellt kein signifikantes Ergebnis dar. Das Vorbildverhalten des Vaters/Stiefvaters ($r = .19$; $p = .029$; $N = 139$) und das Vorbildverhalten anderer Personen ($r = .19$; $p = .026$; $N = 133$) korrelieren signifikant mit dem Achten auf Obst statt Süßem zwischendurch. Je mehr der Vater/Stiefvater bzw.

andere Personen, mit welchen ein Jugendlicher zusammen lebt, auf Obst anstatt Süßes zu essen achten, desto eher achtet der Jugendliche darauf.

Die Prüfung des Zusammenhangs vom Achten auf frittierte Nahrungsmittel und dem Vorbildverhalten der Mutter/Stiefmutter ($r = .14$; $p = .109$; $N = 141$), dem Vorbildverhalten des Vaters/Stiefvaters ($r = .14$; $p = .108$; $N = 139$) und dem Vorbildverhalten anderer Personen ($r = .04$; $p = .590$; $N = 133$) sind nicht signifikant.

Der Zusammenhang zwischen dem Vorbildverhalten von der Mutter/Stiefmutter und das Achten darauf, dass kein Junk-Food gegessen wird, ist signifikant ($r = .20$; $p = .017$; $N = 141$). Die Korrelation zwischen dem Achten auf wenig Junk-Food und dem Vorbildverhalten des Vaters/Stiefvaters ($r = .14$; $p = .112$; $N = 139$) und dem Vorbildverhalten anderer Personen ($r = .06$; $p = .499$; $N = 133$) ist nicht signifikant. Je mehr die Mutter/Stiefmutter darauf achtet, den Junk-Food Konsum niedrig zu halten, desto eher achtet der Jugendliche darauf.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es keine höheren Zusammenhänge gibt und dass die Ernährungsgewohnheiten weitgehend von der Vorbildwirkung der Eltern unabhängig sind. Am ehesten zählt noch das Vorbildverhalten des Vaters beim Achten auf die Menge an Fett, beim Achten auf den täglichen Verzehr von frischem Obst und Gemüse, sowie das Achten auf Obst statt Süßem zwischendurch.⁸

Fast-Food wird von den Jugendlichen mindestens einmal bis mehrmals pro Woche konsumiert. Da allerdings die Einnahme von Fast-Food das größte Risiko für Übergewicht trägt, da es eine positive Energiebalance bewirkt, wird dieses Ernährungsverhalten besonders beachtet (Ebbeling, 2004; Taveras, 2005; Bowmen, 2004). Der Fast-Food Konsum wird nochmals untersucht und diesmal in Bezug zum Fast-Food Konsum der Familie und dem Fast-Food Konsum der Freunde.

Der Zusammenhang zwischen Körpergewicht dem Junk-Food Konsum der Familie ergibt einen nicht signifikanten Zusammenhang mit einem $r = .09$ ($p = .241$; $N = 141$). Der Zusammenhang zwischen dem Körpergewicht und dem Junk-Food Konsum der Freunde

⁸ *Einschub*: Ein Index zum Vorbildverhalten der einzelnen Personen, Mutter/Stiefmutter, Vaters/Stiefvaters und anderen Personen, konnte nicht gebildet werden, da die Jugendlichen stark zwischen dem Vorbildverhalten der einzelnen Personen differenzieren.

ergibt ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis ($r = .15$; $p = .073$; $N = 141$). Das bedeutet, dass sowohl das Vorbildverhalten der Eltern als auch das Vorbildverhalten der Freunde keinen Einfluss auf das Körpergewicht des Jugendlichen hat.

Um zu überprüfen, welche Variablen den meisten Erklärungswert besitzen, wird eine Regressionsanalyse durchgeführt. Die Auswahl der Prädiktoren folgt nach sachlogischen Kriterien. Der BMI wird als abhängige Variable verwendet.⁹ Als unabhängige Variablen werden das Geschlecht (vgl. Schwarzer, 2004), das Gesundheitsbewusstsein, dies wird definiert als die üblichen Essgewohnheiten und zwar als das Achten auf die Menge an Salz, Fett, Obst und Gemüse, Süßem, frittierten Nahrungsmitteln und kein Junk Food (vgl. Bowmen, 2004; Krebs, 2007), das Vorbildverhalten von Fast-Food Verzehr der Eltern und der Freunde (Fitzgebbon, 2009; Schwarzer, 2004), das Auslassen des Frühstückes, sowie das Zwischendurch essen, sowie welche Mahlzeiten am Tag zu sich genommen werden, hier besonders berücksichtigt das Frühstück, die Vormittagsjause, das Mittagessen, die Nachmittagsjause und das Abendessen (Bilz & Melzer, 2005; Faith et al., 2006). Die Voraussetzungen zur Durchführung der Berechnung sind überprüft. Die Normalverteilung der standardisierten Residuen ist gegeben. Es gibt keinen Hinweis auf Autokorrelationen (Durbin-Watson-Test= 1.951). Es gibt ebenfalls keinen Verdacht auf Multikollinearität, da der Toleranzwert 1.0 beträgt.

137 gültige Fälle konnten identifiziert werden. Die globale Modellzusammenfassung ergibt, $F_{(1,135)} = 26.45$; $p < .001$. Die Tabelle 37 zeigt, dass das Geschlecht der einzige bedeutende Prädiktor mit Erklärungswert ist, das Bestimmtheitsmaß beträgt $R^2 = 16,4\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 15,8\%$).

⁹ Nähere Darstellung zum BMI siehe Abschn. 4.5.

Tabelle 37: Prädiktor des BMI

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	18.23		22.70	<.001
Geschlecht	2.62	.405	5.14	<.001

Legende: B= Standardisiertes B β = Beta t= t-Test

Nicht signifikant sind das Achten auf die Einnahme verschiedener Nahrungsmittel, dem Vorbildverhalten der Familie und der Freunde, den Mahlzeiten, welche an einem Tag eingenommen werden, ob das Frühstück ausgelassen wird und ob der Jugendliche eher zwischendurch isst, anstatt regelmäßig zu essen (siehe Tab. 38).

Tabelle 38: Ausgeschlossene Prädiktoren des BMI

	Beta In	t	Signifikanz
Übliche Essgewohnheiten? Achtest du auf Menge Salz	.10	1.24	.217
... Menge Fett	.14	1.69	.093
... täglich frisches Gemüse und Obst	.08	0.93	.355
... Obst statt Süßes zwischendurch	.07	0.82	.415
... keine frittierten Nahrungsmittel	.04	0.52	.604
... kein Junk Food	-.03	-0.32	.751
Wie viele Menschen in deiner Familie essen viel Junk Food	.02	0.19	.852
... deiner Freunde ...?	.12	1.46	.147
Welche Mahlzeiten isst du gewöhnlich am Tag? Frühstück	-.14	-1.71	.090
... Vormittagsjause	-.01	-0.10	.918
... Mittagessen	-.09	-1.19	.237
... Nachmittagsjause	.05	0.65	.518
... Abendessen	-.09	-1.09	.276
Wie häufig lässt du dein Frühstück aus?	.08	0.98	.331
Isst du gewöhnlich ... anstatt regelmässig zu essen?	-.08	-0.98	.330

Legende: Beta In= Beta Koeffizient t= t-Test

8.6 Sportverhalten der Jugendlichen

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über das Sportverhalten der Jugendlichen gegeben. Die Jugendlichen verbringen durchschnittlich 5,04 Stunden ($SD = 4.05$; $N = 139$) mit dem Sport pro Woche. Die weiblichen Jugendlichen verbringen ungefähr 3.27 h ($SD = 2.65$; $N = 71$) mit sportlicher Betätigung pro Woche und die männlichen Jugendlichen im Durchschnitt 6.89 h ($SD = 4.43$; $N = 68$) (siehe Abb. 10 und Abb. 11).

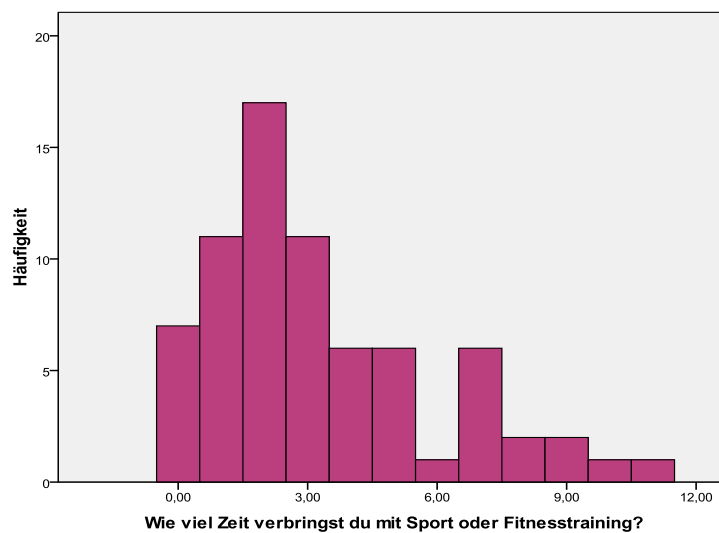


Abbildung 9: Sportverhalten weibliche Jugendliche

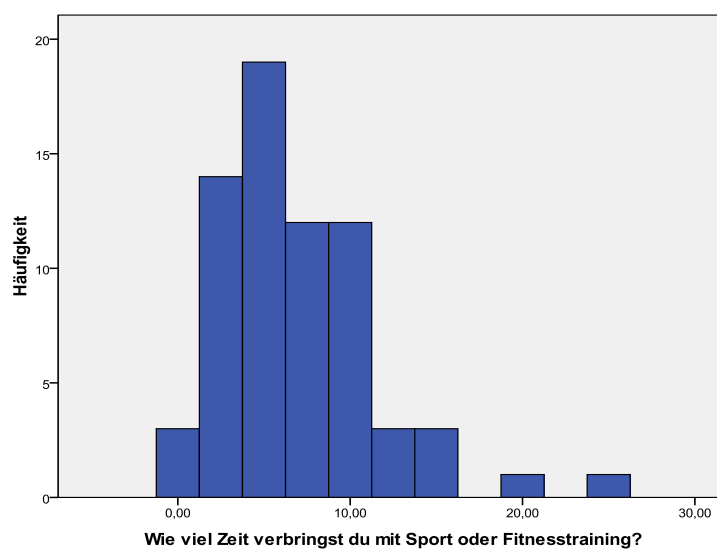


Abbildung 10: Sportverhalten männliche Jugendliche

Um die Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht zu erfassen wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Da die Homogenität der Varianzen nicht gegeben ist ($p = .001$), wird ein t-Test für heterogene Varianzen berechnet. Das Ergebnis fällt mit $t_{(108.52)} = - 5.82$, ($p < .001$) signifikant aus. Männliche Jugendliche geben ein höheres Sportausmaß an.

Jugendliche, welche Sport mehrmals pro Woche ausüben ernähren sich gesünder (Schwarzer, 2004). Diese Annahme wird überprüft mittels einer Korrelation zwischen dem Sportverhalten der Jugendlichen und dem Gewicht. Als unabhängige Variable wird das Sportverhalten, welches das Ausmaß der körperlichen Aktivität in Stunden pro Woche angibt, definiert und als abhängige Variable wird das Gewicht festgelegt. Eine Korrelation zwischen diesen beiden Variablen ergibt einen signifikanten, positiven Zusammenhang mit $r = .26$ ($p = .002$; $N = 138$). Je höher das Ausmaß an körperlicher Aktivität, desto höher ist das Gewicht.

Da bei der vorherigen Berechnung nur das Gewicht mitberücksichtigt wurde, nicht aber das Verhältnis von Gewicht und Körpergröße wird im Folgenden eine Korrelation zwischen dem BMI und dem Sportverhalten der Jugendlichen geprüft. Die Korrelation von Sport und BMI ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis, $r = .10$ ($p = .242$; $N = 138$). Das Ausmaß an Sport, welches von einem Jugendlichen pro Woche betrieben wird, hat keinen Einfluss auf den BMI.

Schwarzer (2004) beschreibt, dass das Vorbildverhalten der Familie bezüglich der Ausübung körperlicher Aktivität im Erwachsenenalter sehr gering ist. Es wird der mögliche Zusammenhang zwischen dem Vorbildverhalten der Eltern und dem aktuellen Sportverhalten des Jugendlichen geprüft. Als unabhängige Variable wird das Vorbildverhalten bezüglich des Sportverhaltens der Eltern gewählt und als abhängige Variable das aktuelle Sportverhalten des Jugendlichen festgelegt. Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen der Zeit mit Sport, welche Jugendliche pro Woche verbringen und dem Vorbildverhalten der Mutter/Stiefmutter, ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis mit $r = .14$ ($p = .113$; $N = 137$). Der Zusammenhang zwischen dem Vorbildverhalten vom Vater oder Stiefvater und dem Sportausmaß des Jugendlichen ist signifikant, $r = .28$

($p = .001$; $N = 135$). Ebenfalls ist der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Sport, welcher ein Jugendlicher pro Woche betreibt und dem Vorbildverhalten anderer Personen signifikant ($r = .23$; $p = .008$; $N = 130$). Je mehr körperliche Aktivität der Vater/Stiefvater oder andere Personen in der Familie- allerdings nicht die Mutter- betreiben, desto mehr Sport übt auch der Jugendliche pro Woche aus.

Ob auch hier der Familienstand, Eltern leben getrennt oder zusammen, eine Auswirkung auf das Sportverhalten der Jugendlichen hat wird mittels Spearman'sche Rangkorrelation geprüft. Als abhängige Variable wird das Ausmaß des Sportverhaltens der Jugendlichen festgelegt und die unabhängige Variable stellt der Familienstand dar. Das Ergebnis zeigt ein $R = .01$; $p = .906$ bei 139 gültigen Fällen. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Sportverhalten der Jugendlichen und ob die Eltern getrennt leben oder gemeinsam leben.

Im nächsten Schritt werden Prädiktoren, welche einen Einfluss auf das Ausmaß des Sportverhaltens ausüben könnten, untersucht. Folgende Prädiktoren werden herangezogen, um die abhängige Variable des Sportverhaltens der Jugendlichen zu erklären, der BMI (vgl. Krebs, 2004), das Geschlecht des Jugendlichen (vgl. Bilz & Melzer, 2005), das Familieneinkommen, ob die Eltern getrennt sind oder nicht, wie sehr die Personen bei denen sie leben darauf achten sich ausreichend zu bewegen und dabei insbesondere die Mutter/Stiefmutter, der Vater/Stiefvater oder andere Personen (vgl. Schwarzer, 2004).

Es können 117 gültige Fälle identifiziert werden. Zwei Prädiktoren wurden in das Modell aufgenommen, welche einen Erklärungswert haben ($F_{(2)} = 18.35$; $p < .001$) und zwar das Geschlecht des Untersuchungskindes und das Vorbildverhalten anderer Personen in Bezug auf Sport, mit denen ein Jugendlicher zusammenwohnt. Der erklärte Varianzanteil beträgt $R^2 = 24,2\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 23,0\%$) (siehe Tab. 39 und Tab.40).

Tabelle 39: Prädiktoren des Sportverhaltens

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	-2.98		-2.01	.046
Geschlecht	3.53	.45	5.46	<.001
Vorbildverhalten andere Personen	0.91	.22	2.76	.007

Legende: B= Nichtstandardisiertes B β = Beta t=t-Test

Tabelle 40: Ausgeschlossene Prädiktoren des Sportverhaltens

	Beta In	t	Signifikanz
bmi_7	- 0.04	-0.41	.682
Höhe des monatlichen Haushaltseinkommens	- 0.07	- 0.83	.409
m7vers	0.03	0.38	.704
Wie sehr achten P. bei denen du lebst darauf, sich ausreichend zu bewegen Mutter/Stiefmut.	- 0.01	- 0.07	.947
... Vater/Stiefvater	0.17	1.94	.055

Legende: *Beta In*= Beta Koeffizient *t*= t-Test

Männliche Jugendliche geben an, mehr Sport zu betreiben. Je mehr Sport andere Personen, mit welchen ein Jugendlicher zusammen lebt, betreiben, desto höher ist das Sportausmaß des Jugendlichen. Die physiologische Variable des BMI hat keinen signifikanten Einfluss.

8.7 Identitätsstadien der Jugendlichen

Um zu überprüfen, ob die Identität eines Jugendlichen Einfluss auf dessen gesundheitsförderliches beziehungsweise riskantes Verhalten hat, wurde das Identitätsstatusdiagnoseinventar ISDI vorgegeben.

142 Jugendliche haben ihren Identitätsstatus angegeben. Folgendes Balkendiagramm, Abbildung 12, veranschaulicht die Aussagen der Jugendlichen.

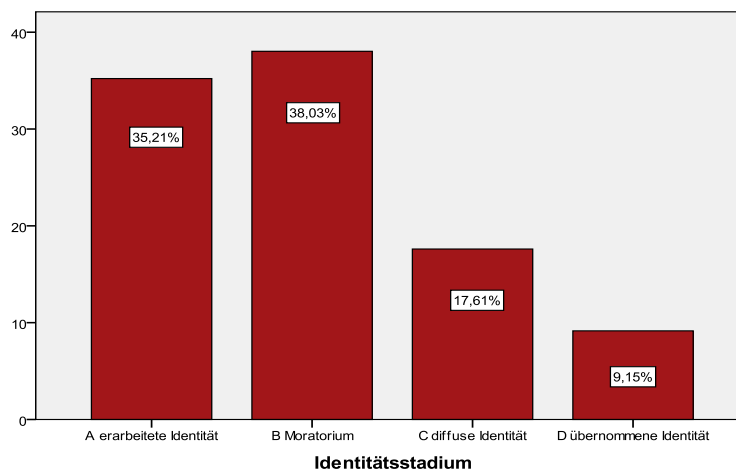


Abbildung 11: Prozentangaben zum Identitätsstatus

Die erarbeitete Identität wird von 50 (35,21%), das Stadium des Moratoriums von 54 (38,03%), die diffuse Identität von 25 (17,61%) und die übernommene Identität von 13 (9,15%) angegeben.

Im Folgenden ist eine Kreuztabelle, dargestellt, wobei im Sinne Marcia's (1993) die beiden Variablen *Krise* und *Innere Verpflichtung* mit jeweils zwei Stufen unterschieden werden (siehe Tab. 41).

Tabelle 41: Kreuztabelle von Krise und innerer Verpflichtung

			Krise		Gesamt
			ja	nein	
Verpflichtung	innere	Anzahl	50	13	63
		Erwartete Anzahl	46.1	16.9	63.0
		% innere Verpflichtung	79,4	20,6	100,0
		Standard. Residuen	.6	-.9	
	keine innere	Anzahl	54	25	79
		Erwartete Anzahl	57.9	21.1	79.0
		% innere Verpflichtung	68,4	31,6	100,0
		Standard. Residuen	-.5	.8	
Gesamt	Anzahl		104	38	142
	Erwartete Anzahl		104.0	38.0	142.0
	% innere Verpflichtung		73,2	26,8	100,0

Legende: Standard. Residuen= Standardisierte Residuen

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße χ^2 ergibt mit $\chi^2_{(1)}=2.17$; $p = .14$, ein nicht signifikantes Ergebnis, es kann kein Verteilungsunterschied bei *Krise* in Abhängigkeit von der *inneren Verpflichtung* angenommen werden. Die beiden Dimensionen weisen keinen Zusammenhang auf.

Im Folgenden wird untersucht, ob sich die Jugendlichen im Identitätsstatus bezüglich des Gesundheitsverhaltens unterscheiden. Als unabhängige Variable wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen festgelegt und die abhängige Variable stellt der jeweilige Identitätsstatus dar.

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes wird mit einem 5 stufigen Antwortformat erhoben. 141 gültige Fälle wurden gezählt. Hinsichtlich der Voraussetzungen zeigt sich, dass die Homogenität der Varianzen ($p = .736$) angenommen werden kann (siehe Tab. 42).

Tabelle 42: Tafel der Varianzanalyse- Test der Zwischensubjekteffekte zum Gesundheitszustand im Allgemeinen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	.038	3	.013	0.015	.997
Konstanter Term	1525.30	1	1525.30	1847.22	.000
Isdent Verpflichtung	.009	1	.009	0.011	.918
Isdent Krise	.012	1	.012	0.014	.905
Isdent Verpflichtung*					
Isdent Krise	.004	1	.004	0.005	.945
Fehler	113.23	137	.826		
Gesamt	2212.00	141			
Korrigierte Gesamtvariation	113.16	140			

Legende: *df* = Freiheitsgrade; *F* = empirische F- Werte *Sig.*= Signifikanz

Wie die Tabelle 42 zeigt, gibt es im Gesundheitszustand keine Unterschiede in Abhängigkeit von der inneren Verpflichtung und dem Faktor Krise. Alle vier Gruppen unterschieden sich nicht untereinander.

Die folgende Analyse bezieht sich darauf, ob sich die Jugendlichen hinsichtlich ihres Identitätsstatus bezüglich des Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsums unterscheiden. Es erfolgt die Berechnung einer zweifaktorieller, univariater Varianzanalyse. Als unabhängige Variable wird der Identitätsstatus, die Stadien nach Marcia (1993) bestimmt und als abhängige Variable der Zigarettenkonsum. Dieser wurde dichotom (ja/nein) erfragt. Eine χ^2 -Tabelle der 4 Stufen der Identität und des Raucherstatus des Jugendlichen, ergibt mittels Fischer-Korrektur ein $\chi^2_{(kor.)} = 1.29$ ($p = .748$) bei 140 gültigen Fällen. Es gibt keinen Verteilungsunterschied im Raucherstatus in Abhängigkeit von den Identitätsstadien (siehe Tab. 43).

Tabelle 43: Korrelationen zu Identitätsstatus und Zigarettenkonsum

			Raucherstatus		Gesamt
			nie, selten	ja	
Endgültige Entscheidung	A erarbeitete Identität	Anzahl	35	14	49
		Erwartete Anzahl	32.7	16.3	49.0
		% endgültige Entscheidung	71,4	28,6	100,0
		Standard. Residuen	0.4	- 0.6	
	B Moratorium	Anzahl	34	17	51
		Erwartete Anzahl	34.0	17.0	51.0
		% endgültige Entscheidung	66,7	33,3	100,0
		Standardisierte Residuen	0.0	0.0	
	C diffuse Identität	Anzahl	15	10	25
		Erwartete Anzahl	16.7	8.3	25.0
		% endgültige Entscheidung	60,0	40,0	100,0
		Standard. Residuen	- 0.4	0.6	
	D übernommene Identität	Anzahl	8	5	13
		Erwartete Anzahl	8.7	4.3	13.0
		% endgültige Entscheidung	61,5	38,5	100,0
		Standard. Residuen	- 0.2	0.3	
Gesamt		Anzahl	92	46	138
		Erwartete Anzahl	92.0	46.0	138.0
		% endgültige Entscheidung	66,7	33,3	100,0

Legende: Standard. Residuen= Standardisierten Residuen

Möglicherweise hat der Identitätsstatus einen Einfluss auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen. Als unabhängige Variable werden wieder die Identitätsstadien festgelegt und als abhängige Variable der Alkoholkonsum der Jugendlichen. Die Unterschiede im Alkoholkonsum der Jugendlichen in Abhängigkeit von den Identitätsstadien wurden mittels zweifaktorieller univariater Varianzanalyse erhoben. Es zeigen sich keine Wechselwirkungen. Die Homogenität der Varianzen ist mit $p = .996$ gegeben (siehe Tab. 44).

Tabelle 44: Test der Zwischensubjekteffekte zum Alkoholkonsum

Quelle	Quadrats. Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	19.98	3	6.66	3.18	.026
Konstanter Term	2221.20	1	2221.20	1059.03	.000
Isdent Verpflichtung	15.08	1	15.08	7.19	.008
Iident Krise	8.84	1	8.84	4.22	.042
Isdent Verpflichtung*					
Isdent Krise	2.76	1	2.76	1.32	.253
Fehler	278.95	133	2.10		
Gesamt	3694.00	137			
Korrigierte Gesamtvariation	298.93	136			

Legende: *df* = Freiheitsgrade *F* = empirische F- Werte *Sig.*= Signifikanz

Die Prüfgrößen zu den beiden Haupteffekten fallen signifikant aus (siehe Abb. 13).

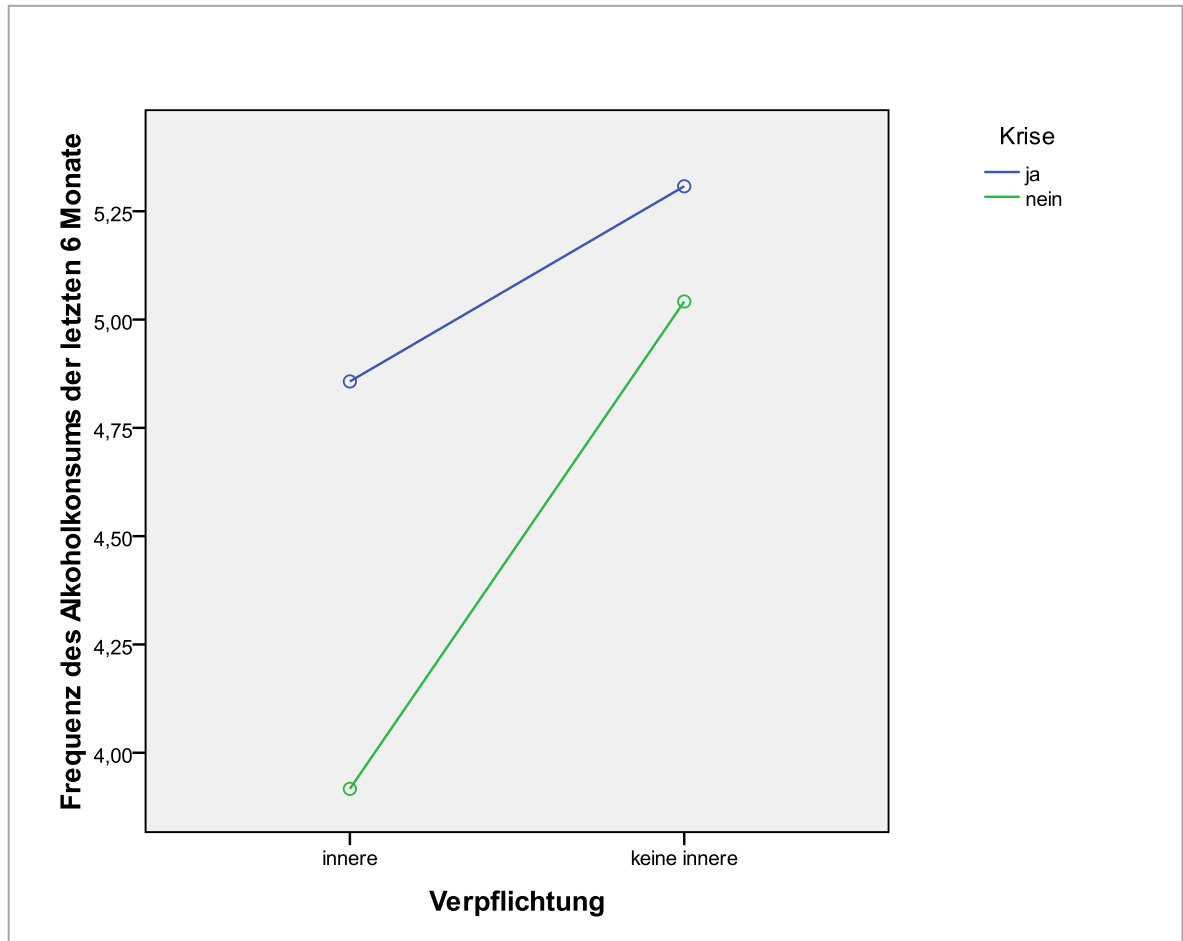


Abbildung 12: Mittelwertsdiagramm zum Alkoholkonsum der letzten sechs Monate in Abhängigkeit von Krise und Verpflichtung

Die Abbildung 13 zeigt, dass Jugendliche ohne Krise und mit einer inneren Verpflichtung am wenigsten Alkohol konsumieren. Jugendliche, welche eine übernommene Identität aufweisen, konsumieren am wenigsten Alkohol. Am häufigsten trinken Jugendliche, die sich im Stadium des Moratorium befinden, das sind jene Jugendliche mit einer Krise und keiner inneren Verpflichtung.

Um den Zusammenhang zwischen Identität und aktuellen Marihuanakonsum zu prüfen wurde der exakte Test nach Fischer berechnet. Als unabhängige Variable wird der Identitätsstatus und als abhängige Variable der Drogenkonsum festgesetzt. Dieser ergibt ein $\chi^2_{(kor.)} = 5.24$; $p = .503$ bei 46 gültige Fälle. Es gibt keinen Unterschied im Konsum von Marihuana in Abhängigkeit von den Identitätsstufen (siehe Tab. 45).

Tabelle 45: Korrelationen zu Identitätsstatus und Drogenkonsum

			Marihuanakonsum			
			nein, nie	ja, 1 Mal	> 1 Mal	Gesamt
Endgültige Entscheidung	A erarbeitete Identität	Anzahl	36	3	10	49
		Erwartete Anzahl	32.6	4.9	11.6	49.0
		% endgültige Entscheidung	73,5	6,1	20,4	100,0
		Standard. Residuen	0.6	-0.9	-0.5	
	B Moratorium	Anzahl	31	6	16	53
		Erwartete Anzahl	35.2	5.3	12.5	53.0
		% endgültige Entscheidung	58,5	11,3	30,2	100,0
		Standard. Residuen	- 0.7	0.3	1.0	
	C diffuse Identität	Anzahl	16	3	6	25
		Erwartete Anzahl	16.6	2.5	5.9	25.0
		% endgültige Entscheidung	64,0	12,0	24,0	100,0
		Standard. Residuen	-0.1	0.3	0.0	
	D übernommene Identität	Anzahl	10	2	1	13
		Erwartete Anzahl	86	1.3	3.1	13.0
		% endgültige Entscheidung	76,9	15,4	7,7	100,0
		Standard. Residuen	0.5	0.6	-1.2	
Gesamt	Anzahl	93	14	33	140	
	Erwartete Anzahl	93.0	14.0	33.0	140.0	
	% endgültige Entscheidung	66,4	10,0	23,6	100,0	

Legende: Standard. Residuen = Standardisierte Residuen

Jugendliche, welche sich im Stadium des Moratorium befinden trinken am meisten und Jugendliche, welche sich im Stadium der übernommenen Identität befinden trinken am wenigsten. Es gibt jedoch keine signifikanten Ergebnisse bezüglich der Identitätsstadien und dem Zigaretten- und Drogenkonsum.

Es interessiert nicht nur der Zusammenhang zwischen Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum, sondern auch der Zusammenhang von Identitätsstadien und dem Ausmaß der körperlichen Aktivität pro Woche. Bezüglich der Identitätsstadien und des Sportverhaltens wird ein Verteilungsunabhängiger Kruskal-Wallis Test durchgeführt. Die abhängige Variable, Ausmaß des Sportverhaltens in Stunden pro Woche, weist in einigen Gruppen Messwerteausreißer auf (siehe Tab. 46).

Tabelle 46: K-W Test: Mittelwerte und Ränge

		Mittlerer			
		N	Rang	M	SD
Wie viel Zeit	erarbeitete Identität	49	72,61	5.57	4.88
verbringst du mit	Moratorium	53	65,77	4.41	3.18
Sport oder	diffuse Identität	24	67,56	5.04	4.41
Fitnessstraining?	übernommene Identität	13	81,88	5.62	2.99
Gesamt		139			

Legende: *M* = Mittelwerte *N*= Stichprobengröße *SD*= Standardabweichung

Beim Ausmaß von Sport pro Woche gibt es keine Unterschiede in Abhängigkeit von den Identitätsstadien.

Die Identitätsstadien wurden bereits zum 6. Untersuchungszeitpunkt erhoben und nun soll ein Vergleich der Identitätsstadien von zwei Erhebungszeitpunkten, t_6 und t_7 stattfinden. Insgesamt gibt es beim Vergleich der vier Identitätsstadien von t_6 auf t_7 50 Personen, welche sich in ihrer Identität nicht ändern. Es ändert sich bei 79 Personen die Identität. 129 Personen haben ihre Identität zu beiden Erhebungszeitpunkten eingeschätzt und können daher verglichen werden. Zur Berechnung des Vergleichs wird ein parameterfreier Wilcoxon-Test durchgeführt. Das Ergebnis fällt mit der Prüfgröße $z = -2.96$; $p = .003$, signifikant aus. Das bedeutet, dass es einen signifikanten Unterschied von t_6 zu t_7 gibt. Es kann angenommen werden, dass die Anzahl der Jugendlichen, welche sich in der erarbeiteten Identität befinden, zunimmt und jene, welche sich im Stadium des Moratorium befinden, weniger werden. Die diffuse Identität nimmt hinsichtlich der Anzahl der Jugendlichen leicht ab, sowie die übernommene Identität.

8.8 Zusammenhang vom Freizeitverhalten und dem Gesundheitszustand der Jugendlichen

Die Skalen zum Freizeitverhalten wurden neu konstruiert, da das aktuelle Freizeitverhalten zu t_7 von dem Freizeitverhalten zu t_6 hinsichtlich der Interessen abweicht. Die Faktorenanalyse wurde gemeinsam mit der Kollegin Marlene Maier berechnet.

Tabelle 47 zeigt die Faktorenanalyse zum Freizeitverhalten auf, Tabelle 48 zeigt die Reliabilitätsanalysen mit den jeweiligen Cronbach's Alpha auf und Abbildung 14 zeigt den Screeplot zum Freizeitverhalten mit dem Ellbogen Kriterium.

Tabelle 47: Faktorenanalyse zu Freizeitverhalten (Maier, 2010, S.101)

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	5.129	12.510	12.510	5.129	12.510	12.510
2	3.595	8.768	21.278	3.595	8.768	21.278
3	2.740	6.683	27.961	2.740	6.683	27.961
4	2.486	6.063	34.024	2.486	6.063	34.024
5	2.053	5.008	39.032	2.053	5.008	39.032
6	1.769	4.315	43.347	1.769	4.315	43.347
7	1.618	3.945	47.292	1.618	3.945	47.292
8	1.529	3.729	51.021	1.529	3.729	51.021
9	1.445	3.525	54.545	1.445	3.525	54.545
10	1.307	3.189	57.734	1.307	3.189	57.734
11	1.225	2.989	60.723	1.225	2.989	60.723
12	1.190	2.903	63.626	1.190	2.903	63.626
13	1.162	2.835	66.461	1.162	2.835	66.461
14	1.011	2.466	68.927	1.011	2.466	68.927

Legende: % der Varianz= Prozent der Varianz Kummulierte %= kummulierte Prozent

Tabelle 48: Reliabilitätsanalyse zu den Skalen und Darstellung der Items (Maier, 2010, S.102)

Skala	Itemanzahl	Items	α
Jugendtypisches gesellschaftliches Freizeitverhalten	10	24, 32, 12, 23, 22, 14, 13, 1, 11, 16	.770
Kulturelles Freizeitverhalten	7	40, 39, 38, 15, 17, 33, 34	.786
Praktisch-kreatives Freizeitverhalten	5	18, 28, 27, 30, 26	.743
Medienorientiertes Freizeitverhalten	5	9, 8, 36, 41, 10	.508
Sportbezogenes Freizeitverhalten	2	20, 19	.724
Traditionelles Freizeitverhalten	3	2, 29, 31	.327
Musikbezogenes Freizeitverhalten	4	7, 6, 5, 21	.507
Gruppenaktivitäten	5	25, 3, 37, 35, 4	.558

Legende: α = Cronbachs Alpha

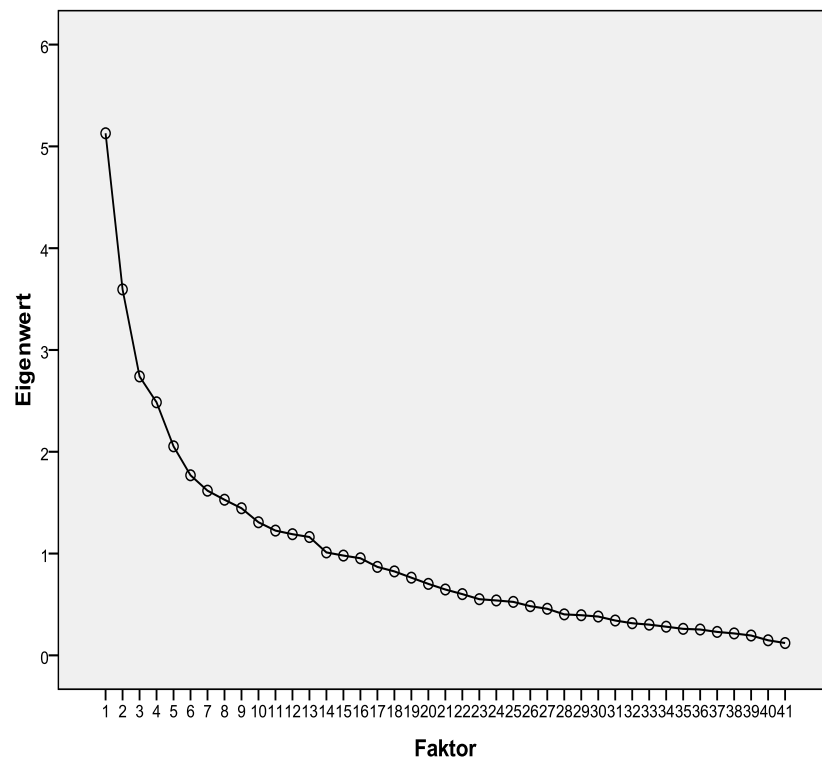


Abbildung 13: Screeplot zum Freizeitverhalten

Aufgrund der Faktorenanalyse werden acht unterschiedliche Freizeitverhaltensweisen festgestellt. Insgesamt haben 142 Jugendliche diesen Fragebogenteil beantwortet. Dieser Abschnitt stellt jene Aktivitäten, welche die Jugendlichen in ihrer Freizeit präferieren, dar (siehe Tab. 49).

Tabelle 49: Deskriptive Statistik zum Freizeitverhalten

	jugendt. gesell.	kulturell	medien- orientiert	prakt. kreativ	tradi- tionell	sport- bezogen	Gruppen- aktivität	musik- bezogen
M	2.52	2.04	2.77	1.68	2.35	2.41	1.67	2.45
SD	0.47	0.58	0.51	0.52	0.55	0.86	0.45	0.59
Minimum	1.40	1.00	1.60	1.00	1.33	1.00	1.00	1.00
Maximum	3.80	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.40	4.00

Legende: *M* = Mittelwert *SD* = Standardabweichung

Am häufigsten werden medienorientierte Freizeitaktivitäten ($M = 2.77$) genannt, gefolgt von jugendtypischen gesellschaftlichen ($M = 2.52$) und musikbezogenen ($M = 2.45$) sowie sportbezogenen Freizeitaktivitäten ($M = 2.41$).

Die nachfolgende Auswertung bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen dem Freizeitverhalten der Jugendlichen und dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand. Als unabhängige Variable wird das Freizeitverhalten der Jugendlichen angenommen und als abhängige Variable der Gesundheitszustand im Allgemeinen festgestellt. Der Freizeitverhaltensfragebogen enthält insgesamt acht Skalen. Zur Berechnung der Regressionsanalyse konnten insgesamt 142 gültige Fälle gefunden werden.

Die Voraussetzungen für die Berechnung der Regressionsanalyse sind gegeben, die Normalverteilung der standardisierten Residuen ist gegeben, sowie der fehlende Hinweis auf Autokorrelationen (Durbin-Watson-Test = 2.078) und es gibt keinen Verdacht auf Multikollinearität (Toleranzwert = 1.0).

Als ein signifikantes Ergebnis, $R^2 = 7.2\%$; $R^2_{\text{kor}} = 6.5\%$, stellte sich das sportbezogene Freizeitverhalten in Bezug auf den Gesundheitszustand der Jugendlichen dar. Die globale Modellzusammenfassung ergibt ein $F_{(1,139)} = 10.75$; $p = .001$ (siehe Tab. 50).

Tabelle 50: Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen

	B	β	t	Signifikanz
Konstante	3.19		14.68	< .001
Sportbezogenes Freizeitverhalten	0.28	.27	3.28	.001

Legende: B= Nichtstandardisiertes B β = Beta t=t-Test

Das bedeutet, dass das sportbezogene Freizeitverhalten einen Erklärungswert für den Gesundheitszustand im Allgemeinen hat.

In der nachfolgenden Tabelle 51 sind die ausgeschlossenen Variablen dargestellt.

Tabelle 51: Ausgeschlossene Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen

	Beta In	T	Signifikanz
jugendtyp Freizeitverhalten	.07	0.86	.392
kulturelles FV	-.15	-1.80	.074
medienorientiertes FV	.09	1.14	.257
praktisch kreatives FV	-.09	-1.08	.284
traditionelles FV	.05	0.63	.533
Gruppenaktivitäten	-.04	-0.44	.658
musikbezogenes FV	.02	0.19	.849

Legende: Beta In= Beta Koeffizient t= t-Test

8.9 Zusammenhang von Anstrengungsvermeidung und dem Gesundheitszustand, dem Zigaretten-, Alkohol-, Drogenkonsum und dem Sportverhalten

Die deskriptive Statistik der zwei Skalen wird zuerst dargestellt. Zur Überprüfung des Leistungsverhaltens wurde der AVT-Sch vorgegeben. Die Jugendlichen können damit in die Skala 1 beziehungsweise in die Skala 2 eingeteilt werden.

141 Jugendliche haben die Fragen dazu beantwortet (siehe Tab. 52).

Tabelle 52: Deskriptive Statistik zum AVT

	Skala 1	Skala 2
Mittelwert	3.37	2.51
SD	0.91	0.74
Minimum	1.27	1.00
Maximum	5.33	4.54

Die Deskriptivstatistik zeigt, dass die Jugendlichen des 7. Erhebungszeitpunktes in der Skala 1 ($M= 3.37$) ausgeprägter sind.

Hier interessiert vor allem der Zusammenhang der beiden Skalen in Bezug auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen, dem Sportverhalten, dem Rauchverhalten, dem Alkohol-, sowie Marihuanakonsum (siehe Tab. 53).

Tabelle 53: Korrelationen zwischen den Schwerpunkten

		GesZuAll	Sport	Rauchen	Alkohol	Marihuana
Skala 1		-.097	.039	.227	.156	.187
	<i>p</i>	.253	.648	.073	.069	.027
Skala 2		-.189	.056	.240	.127	.162
	<i>p</i>	.028	.561	.058	.140	.056

Beim subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand gibt es bezüglich des Leistungsverhaltens einen kleinen bis mittleren Effekt. In allen anderen Bereichen gibt es bezüglich des Leistungsverhaltens der Jugendlichen keine Effekte.

8.10 Zusammenhang von Persönlichkeitsdimensionen und dem Gesundheitszustand, sowie dem Zigaretten-, Alkohol-, Drogenkonsum und dem Sportverhalten

Zur Überprüfung der Persönlichkeitsdimensionen der Jugendlichen wurde der NEO-FFI herangezogen. Die Items sind fünfkategoriel zu beantworten und pro Skala wurden sechs Items abgefragt. 141 Jugendliche haben zu allen fünf Persönlichkeitsdimensionen Angaben gemacht (siehe Tab. 54).

Tabelle 54: Deskriptive Statistik zu NEO-FFI

	Neurotizismus	Extraversion	Offenheit	Verträglichkeit	Gewissenhaftigkeit
M	2.25	4.07	3.38	3.85	3.42
SD	0.75	0.58	0.83	0.65	0.77
Minimum	1.00	2.50	1.50	2.17	1.67
Maximum	4.17	5.00	5.00	5.00	5.00

Legende: M= Mittelwert SD= Standardabweichung

Es folgt eine Überprüfung des Zusammenhanges zwischen der Persönlichkeit eines Jugendlichen und dem Konsum von Alkohol, Drogen oder Zigaretten, sowie dem Sportverhalten und der Ernährung.

Als unabhängige Variable wird die Persönlichkeit, welche mittels NEO-FFI abgefragt wurde, festgestellt und die abhängige Variable stellt die Menge des Alkoholkonsums dar. Bezüglich des Alkoholkonsums der Jugendlichen und der Persönlichkeit wird eine Spearman'sche Rangkorrelationen berechnet (N = 136) (siehe Tab.55).

Tabelle 55: Korrelation zu NEO-FFI und Alkoholkonsum

	r	p
Neurotizismus	-.19	.024
Extraversion	.06	.491
Offenheit	.02	.821
Verträglichkeit	-.22	.009
Gewissenhaftigkeit	-.20	.023

Legende: r= Korrelationskoeffizient p= Signifikanz

Die Tabelle 55 veranschaulicht, dass der Neurotizismus signifikant mit dem Alkoholkonsum korreliert ($R = -.19$; $p = .024$). Es handelt sich dabei um einen negativen, kleinen bis mäßigen Zusammenhang. Je weniger neurotische Züge ein Jugendlicher hat, desto mehr Alkohol trinkt dieser. Zudem konnten signifikante Ergebnisse bezüglich der Verträglichkeit ($R = -.22$; $p = .009$) und der Gewissenhaftigkeit ($R = -.20$; $p = .023$) gefunden werden. Es handelt sich in beiden Skalen um einen kleinen bis mäßigen negativen Zusammenhang. Je niedrigere Werte ein Jugendlicher in der Skala Verträglichkeit hat, desto mehr Alkohol konsumiert dieser. Niedrige Werte in der Skala Gewissenhaftigkeit gehen mit erhöhtem Alkoholkonsum einher. Je gewissenhafter ein Jugendlicher ist, desto weniger Alkohol konsumiert dieser.

Der Zusammenhang von den Persönlichkeitsdimensionen und dem Drogenkonsum der Jugendlichen wird mittels einer Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Um den Drogenkonsum zu ermitteln wird der Konsum von Marihuana verwendet (siehe Tab. 56).

Tabelle 56: Korrelation zu NEO-FFI und Drogenkonsum

	r	p
Neurotizismus	.29	.049
Extraversion	-.02	.907
Offenheit	-.02	.909
Verträglichkeit	.05	.749
Gewissenhaftigkeit	.15	.318

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N=46$

Es gibt nur einen signifikanten Zusammenhang und zwar jenen zwischen der Skala Neurotizismus und dem Drogenkonsum der Jugendlichen ($R = .29$; $p = .049$). Je höher die Werte in der Skala Neurotizismus, desto eher wird vom Jugendlichen Drogen konsumiert.

In Bezug auf den Zigarettenkonsum wird die Persönlichkeit als unabhängige Variable und der aktuelle Zigarettenkonsum als abhängige Variable bestimmt. Es wird bezüglich des Rauchverhaltens der Jugendlichen auf nichtparametrische Verfahren zurückgegriffen und eine Korrelation nach Spearman berechnet. Dabei konnten 64 gültige Fälle erreicht werden (siehe Tab. 57).

Tabelle 57: Korrelation zu NEO-FFI und Rauchverhalten

	r	p
Neurotizismus	.08	.554
Extraversion	-.15	.243
Offenheit	-.29	.019
Verträglichkeit	-.07	.567
Gewissenhaftigkeit	.01	.951

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz

Die Persönlichkeitsdimension der Offenheit für Neues ergibt ein signifikantes Ergebnis mit einem $R = -.29$; $p = .019$. Es handelt sich um einen negativen Zusammenhang. Je offener ein Jugendlicher für Neues ist, desto weniger wird geraucht.

Zudem interessiert das Ausmaß des Sportverhaltens der Jugendlichen in Zusammenhang mit den Persönlichkeitsdimensionen. Als unabhängige Variable wird die Persönlichkeit angenommen und als abhängige Variable wird das Sportverhalten festgesetzt (siehe Tab.58).

Tabelle 58: Korrelation zu NEO-FFI und Sportverhalten

	r	p
Neurotizismus	-.19	.024
Extraversion	.16	.061
Offenheit	-.04	.676
Verträglichkeit	-.19	.028
Gewissenhaftigkeit	.10	.253

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N = 138$

Es werden zwei signifikante Ergebnisse ermittelt und zwar im Zusammenhang mit der Skala des Neurotizismus ($R = -.19$; $p = .024$) und der Verträglichkeit ($R = -.19$; $p = .028$). Es handelt sich bei beiden Skalen um einen negativen, kleinen bis mäßigen Zusammenhang. Je niedriger die Werte im Neurotizismus sind, desto mehr Sport wird betrieben. Niedrigere Werte in der Skala Verträglichkeit, gehen mit mehr sportlichen Aktivitäten einher. Es kann kein Zusammenhang mit der Skala Extroversion, Offenheit und Gewissenhaftigkeit gefunden werden.

Der Hauptschwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildet das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand der Jugendlichen. Daher wird der Zusammenhang der Persönlichkeitsdimensionen mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen, mittels Produkt-Moment Korrelation nach Pearson überprüft. Als unabhängige Variable wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angenommen und als abhängige Variable die Persönlichkeitsdimensionen festgelegt. 140 gültige Fälle werden identifiziert (siehe Tab. 59).

Tabelle 59: Korrelation zu NEO-FFI und Gesundheitszustand im Allgemeinen

	r	p
Neurotizismus	-.40	< .001
Extraversion	.35	< .001
Offenheit	-.12	.164
Verträglichkeit	.15	.087
Gewissenhaftigkeit	.16	.060

Legende: r= Korrelationskoeffizient p= Signifikanz

Signifikante Zusammenhänge werden bezüglich der Persönlichkeitsdimensionen des Neurotizismus und der Extraversion gefunden. Niedrigere Werte im Neurotizismus gehen mit höheren Werten im Gesundheitszustand im Allgemeinen einher. Das bedeutet, je neurotischer eine Person ist, desto schlechter beschreibt sie ihren Gesundheitszustand ($r = -.40$; $p < .001$). Es wird ein mittelhoher Zusammenhang festgestellt. Je extrovertierter eine Person ist, desto höher ist der Gesundheitszustand im Allgemeinen ($r = .35$; $p < .001$). Analog zum Neurotizismus wird bei der Extraversion ebenfalls ein mittelhoher Zusammenhang beobachtet. Bezüglich der Offenheit, der Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit ist kein Zusammenhang sichtbar. Tendenziell gehen höhere Werte in den beiden Skalen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit mit einem besseren Gesundheitszustand im Allgemeinen einher.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass bei der Skala Neurotizismus am häufigsten signifikanten Ergebnisse errechnet wurden. Je weniger neurotisch ein Jugendlicher ist, desto besser wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angegeben, desto mehr Alkohol wird getrunken und desto mehr Sport wird ausgeführt. Je neurotischer eine Person ist,

desto eher werden Drogen konsumiert. Je verträglicher und gewissenhafter ein Jugendlicher ist, desto besser wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angegeben und desto weniger Alkohol wird konsumiert. Hohe Werte in der Skala Verträglichkeit gehen mit weniger körperlicher Betätigung einher. Je offener ein Jugendlicher ist, desto mehr wird geraucht.

8.11 Zusammenhang von der Beziehung zu Freunden und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen, dem Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum, sowie dem Sportverhalten

In der Literatur wird an verschiedenen Stellen die Wichtigkeit der Freunde und des Einflusses der Freunde auf die Jugendlichen dargestellt (vgl. Schwarzer, 2004; Bilz & Melzer, 2005; Sales & Irwin, 2009).

Die Beziehung zu den Freunden wird mittels dem Fragebogen „Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA“ ermittelt. Der Fragebogen enthält zum einen Fragen bezüglich der Freunde und zum anderen Fragen bezüglich der Eltern. In diesem Abschnitt wird die Beziehung zu den Freunden dargestellt und im nächsten Kapitel wird näher auf die Beziehung zu den Eltern eingegangen (s. Abschn. 8.11).

Der Fragebogen gliedert sich in vier Skalen, dem Vertrauen der Freunde, der Kommunikation, der negativen emotionalen Beziehung und der Entfremdung (siehe Tab. 60).

Tabelle 60: Deskriptive Statistik zu IPPA (Freunde)

	Vertrauen Freunde	Kommunikation Freunde	negative emotionale Beziehung Freunde	Entfremdung Freunde
N	142	142	142	142
M	4.50	4.02	1.7	2.07
SD	0.46	0.53	0.49	0.72
Minimum	2.67	2.00	1.00	1.00
Maximum	5.00	5.00	3.00	4.25

Legende: N= Anzahl M= Mittelwert SD= Standardabweichung

Als unabhängige Variable wird die Beziehung zu den Freunden angenommen und der Alkoholkonsum stellt die abhängige Variable dar. 137 Jugendliche haben dazu Aussagen getätigt (siehe Tab. 61).

Tabelle 61: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Alkoholkonsum

	r	p
Vertrauen	.42	.627
Kommunikation	-.04	.685
Negative emotionale Beziehung	-.06	.476
Entfremdung	-.10	.266

Legende: r= Korrelationskoeffizient p= Signifikanz

Über alle Skalen hinweg können keine Zusammenhänge gefunden werden. Der Alkoholkonsum wird nicht von der Beziehung zu den Freunden beeinflusst.

In Bezug auf den Drogenkonsum stellt die Beziehung zu den Freunden die unabhängig Variable dar und der Drogenkonsum die abhängige Variable. Zur Überprüfung wird eine Rangkorrelation nach Spearman für nichtparametrische Verfahren berechnet (N= 46) (siehe Tab. 62).

Tabelle 62: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Drogenkonsum

	r	p
Vertrauen	.18	.228
Kommunikation	.31	.035
Negative emotionale Beziehung	.01	.963
Entfremdung	.11	.467

Legende: r= Korrelationskoeffizient p = Signifikanz

Bezüglich des Drogenkonsums der Jugendlichen und der Beziehung zu den Freunden kann ein signifikantes Ergebnis in der Skala der Kommunikation ($R = .31$; $p = .035$) gefunden werden. Es handelt sich um einen mäßigen Zusammenhang. Je besser die Kommunikation zwischen den Jugendlichen ist, desto eher werden Drogen konsumiert.

Eine weitere Berechnung bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Beziehung zu den Freunden, welche die unabhängige Variable darstellt und dem Zigarettenkonsum als abhängige Variable.

Es wird eine Spearman Rangkorrelation berechnet um den Zusammenhang zwischen der Beziehung zu den Freunden und dem Rauchverhalten des Jugendlichen zu untersuchen (N= 64) (siehe Tab. 63).

Tabelle 63: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Zigarettenkonsum

	r	p
Vertrauen	.06	.667
Kommunikation	.16	.195
Negative emotionale Beziehung	.04	.785
Entfremdung	.07	.604

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz

Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Die Beziehung zu den Freunden beeinflusst in keiner Skala das Rauchverhalten des Jugendlichen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bezüglich des Alkohol- und Zigarettenkonsums keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden, jedoch bezüglich des Drogenkonsums.

Es folgt eine Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Beziehungen zu Freunden und dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand. Als abhängige Variable wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen dargestellt und als unabhängige Variable die Beziehung zu den Freunden. Der Einfluss der Freunde auf den Gesundheitszustand wird mittels einer Pearson Korrelation überprüft. 141 Jugendliche haben Aussagen dazu angekreuzt (siehe Tab. 64).

Tabelle 64: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Gesundheitszustand im Allgemeinen

	r	p
Vertrauen	.12	.148
Kommunikation	.06	.484
Negative emotionale Beziehung	-.18	.030
Entfremdung	-.09	.303

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz

Je niedriger die Werte der Jugendlichen in der Skala der negative emotionalen Beziehung sind, desto besser ist ihr Gesundheitszustand ($r = -.18$; $p = .030$). Es handelt sich um einen geringen bis mäßigen negativen Zusammenhang. Je besser ein Jugendlicher die Beziehung zu seinen Freunden angibt, desto besser wird auch der Gesundheitszustand im Allgemeinen angegeben.

Ob die Beziehung zu den Freunden Auswirkungen auf das Sportverhalten des Jugendlichen hat, wird mittels Rangkorrelation nach Pearson überprüft. Als abhängige Variable wird das Ausmaß des Sportverhaltens des Jugendlichen festgesetzt und als unabhängige Variable die Beziehung zu den Freunden bestimmt. Bei der Prüfung des Zusammenhanges haben insgesamt 139 Jugendlichen Angaben gemacht (siehe Tab. 65).

Tabelle 65: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Sportverhalten

	r	p
Vertrauen	.06	.493
Kommunikation	-.03	.764
Negative emotionale Beziehung	-.20	.019
Entfremdung	.01	.890

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz

Bezüglich der negativen emotionalen Beziehung und dem Sportverhalten konnte ein signifikantes Ergebnis gefunden werden ($R = -.20$; $p = .019$). Der gefundene Zusammenhang ist gering bis mäßig ausgeprägt. Je besser die emotionale Beziehung zu den Freunden ist, desto höher ist das Sportverhalten des Jugendlichen.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Beziehung zu den Freunden keinen Einfluss auf das Rauchverhalten und den Alkoholkonsum des Jugendlichen hat. Bezüglich des Drogenkonsums gibt es ein signifikantes Ergebnis. Je besser die Kommunikation zwischen den Jugendlichen ist, desto eher werden Drogen eingenommen. Hat ein Jugendlicher eine gute emotionale Beziehung zu den Freunden, dann wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen besser beurteilt und es wird mehr Sport ausgeübt.

8.12 Zusammenhang von der Beziehung zu den Eltern und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen, dem Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum, sowie dem Sportverhalten

Im folgenden Abschnitt wird der Zusammenhang von der Beziehung zu den Eltern, für Mutter und Vater getrennt betrachtet und dem Alkohol-, Drogen- und Zigarettenkonsum des Jugendlichen.

Zur Datenerhebung wurde wie zuvor der „Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA“ eingesetzt. In den folgenden zwei Tabellen werden die vier Skalen jeweils getrennt zur Mutter und zum Vater wiedergegeben (siehe Tab. 66 und 67).

Tabelle 66: Deskriptive Statistik zu IPPA (Mutter)

	Vertrauen Mutter	Kommunikation Mutter	negative emotionale Beziehung Mutter	Entfremdung Mutter
N	141	141	141	141
M	4.32	3.71	2.06	2.43
SD	0.63	0.77	0.66	0.75
Minimum	1.63	1.75	1.00	1.00
Maximum	5.00	5.00	4.20	4.40

Legende: N = Stichprobenumfang; SD = Standardabweichung M= Mittelwert

Tabelle 67: Deskriptive Statistik zu IPPA (Vater)

	Vertrauen Vater	Kommunikation Vater	negative emotionale Beziehung Vater	Entfremdung Vater
N	139	139	138	139
Mittelwert	4.08	3.28	2.13	2.65
SD	0.71	0.86	0.67	0.86
Minimum	1.63	1.00	1.00	1.00
Maximum	5.00	5.00	3.80	5.00

Legende: N = Stichprobenumfang; SD = Standardabweichung M= Mittelwert

Als unabhängige Variable wird die Beziehung zu den Eltern, nach Mutter und Vater getrennt betrachtet und als abhängige Variable der Alkoholkonsum des Jugendlichen festgelegt.

Um zu überprüfen, ob die Beziehung des Jugendlichen zur Mutter einen Einfluss auf dessen Alkoholkonsum hat, wurde eine Korrelation nach Spearman berechnet (siehe Tab. 68).

Tabelle 68: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Alkoholkonsum

	r	p
Vertrauen	-.05	.585
Kommunikation	-.10	.254
Negative emotionale Beziehung	-.04	.634
Entfremdung	.17	.043

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N = 136$

Es gibt lediglich ein signifikantes Ergebnis der Beziehung zur Mutter zwischen der Skala Entfremdung und dem Alkoholkonsum des Jugendlichen ($R = .17$; $p = .043$). Der Zusammenhang ist gering bis mäßig ausgeprägt. Je höhere Werte ein Jugendlicher in der Skala Entfremdung erzielt, desto besser ist sein Gesundheitszustand im Allgemeinen.

Es interessiert der Zusammenhang von der Beziehung zum Vater und dem Alkoholkonsum (siehe Tab. 69).

Tabelle 69: Korrelation zu IPPA (Vater) und Alkoholkonsum

	r	p
Vertrauen	.04	.674
Kommunikation	-.02	.866
Negative emotionale Beziehung	-.03	.737
Entfremdung	.11	.206

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N = 134$

Es wird über alle Skalen hinweg kein Zusammenhang gefunden.

Im nächsten Abschnitt erfolgt die Analyse bezüglich des Drogenkonsums. Die Beziehung zu den Eltern stellt die abhängige Variable dar und der Drogenkonsum des Jugendlichen wird als unabhängige Variable festgesetzt. Die Korrelationen zwischen der Beziehung zur

Mutter und dem Drogenkonsum, wie häufig Marihuana geraucht wird. Es konnten 46 gültige Fälle identifiziert werden (siehe Tab. 70).

Tabelle 70: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Drogenkonsum

	r	p
Vertrauen	-.04	.800
Kommunikation	-.12	.430
Negative emotionale Beziehung	.18	.240
Entfremdung	.02	.873

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz

Es kann kein Zusammenhang zwischen der Beziehung zur Mutter und dem Drogenkonsum der Jugendlichen aufgedeckt werden.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Beziehung zum Vater und dem Drogenkonsum wurde eine Spearman'sche Rangkorrelation berechnet (siehe Tab. 71).

Tabelle 71 : Korrelation zu IPPA (Vater) und Drogenkonsum

	r	p
Vertrauen	-.25	.096
Kommunikation	-.14	.341
Negative emotionale Beziehung	.20	.176
Entfremdung	.03	.847

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N = 46$

Es kann kein Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum und der Beziehung zum Vater gefunden werden.

Als unabhängige Variable wird die Beziehung zu den Eltern und als abhängige Variable das Rauchverhalten angenommen. Zum Rauchverhalten und der Beziehung zu der Mutter haben 64 Jugendliche Angaben getätigt (siehe Tab. 72).

Tabelle 72: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Rauchverhalten

	r	p
Vertrauen	-.12	.377
Kommunikation	.03	.842
Negative emotionale Beziehung	.07	.573
Entfremdung	-.03	.801

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz

Bezüglich der Frage, ob die Beziehung zur Mutter einen Einfluss auf das Rauchverhalten des Jugendlichen hat, gibt es über alle Skalen hinweg keinen signifikanten Zusammenhang. Die Beziehung zur Mutter hat keinen Einfluss auf das Rauchverhalten der Jugendlichen.

Der Zusammenhang zwischen der Beziehung zum Vater und dem Rauchverhalten wird ebenfalls mittels Spearman'scher Rangkorrelation geprüft (siehe Tab. 73).

Tabelle 73: Korrelation zu IPPA (Vater) und Rauchverhalten

	r	p
Vertrauen	-.24	.062
Kommunikation	-.14	.264
Negative emotionale Beziehung	.14	.284
Entfremdung	.05	.678

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N = 46$

In keiner einzigen Skala konnte zwischen der Beziehung zum Vater und dem Rauchverhalten des Jugendlichen ein Zusammenhang aufgedeckt werden. Es gibt lediglich einen tendenziellen negativen Zusammenhang bezüglich des Rauchverhaltens des Jugendlichen und dem Vertrauen zum Vater ($R = -.24$; $p = .062$). Je weniger ein Jugendlicher dem Vater vertraut, desto mehr raucht dieser.

Die Literatur postuliert, dass je besser die Beziehung zu den Eltern, desto besser wird der Gesundheitszustand angegeben (Simantov, Schoen & Klein, 2000). Als abhängige Variable wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angegeben und als unabhängige

Variable die Beziehung zu den Eltern. Die Beziehung zu den Eltern wird getrennt nach der Beziehung zum Vater bzw. zur Mutter betrachtet.

Ob die Beziehung zur Mutter einen Einfluss auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen auf den Jugendlichen hat, wurde eine Pearson Korrelation berechnet (siehe Tab. 74).

Tabelle 74: Korrelation IPPA (Mutter) und Gesundheitszustand im Allgemeinen

	r	p
Vertrauen	.35	<.001
Kommunikation	.18	.031
Negative emotionale Beziehung	-.35	<.001
Entfremdung	-.12	.212

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N = 140$

Die Tabelle 71 zeigt, dass das Vertrauen zur Mutter ($r = .35$; $p < .001$), sowie die negative emotionale Beziehung zur Mutter ($r = -.35$; $p < .001$) einen signifikanten Einfluss darauf haben, wie die Jugendlichen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen einschätzen. Bei der Korrelation vom Vertrauen der Mutter mit dem allgemeinen Gesundheitszustand handelt es sich um einen mittleren positiven Zusammenhang. Je größer das Vertrauen zur Mutter ist, desto besser wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen eingeschätzt. Bei der Korrelation zur negativen emotionalen Beziehung handelt es sich um einen mittleren, negativen Zusammenhang. Je besser die emotionale Beziehung zur Mutter eingeschätzt wird, desto besser wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen bewertet.

Um die Frage zu beantworten, ob die Beziehung zum Vater den Gesundheitszustand des Jugendlichen beeinflusst, wurde eine Pearson Korrelation zwischen diesen beiden Variablen berechnet (siehe Tab. 75).

Tabelle 75: Korrelation zu IPPA (Vater) und Gesundheitszustand im Allgemeinen

	r	p
Vertrauen	.42	<.001
Kommunikation	.23	.007
Negative emotionale Beziehung	-.41	<.001
Entfremdung	-.15	.080

Legende: r= Korrelationskoeffizient p = Signifikanz N = 138

Es konnten drei signifikante Ergebnisse gefunden werden und zwar einen positiven Zusammenhang zum Vertrauen der Väter und dem allgemeinen Gesundheitszustand ($r = .42$; $p < .001$). Einen positiven, geringen bis mäßigen Zusammenhang gibt es zwischen der Kommunikation und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen ($r = .23$; $p = .007$). Ein negativer Zusammenhang konnte zwischen der negative emotionalen Beziehung und dem Gesundheitszustand im Allgemeinen ($r = -.41$; $p < .001$) aufgedeckt werden. Es handelt sich dabei um einen mäßigen bis hohen Effekt. Je höher das Vertrauen, je höher die Kommunikation und je höher die emotionale Beziehung zwischen dem Jugendlichen und dem Vater, desto besser wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen beurteilt.

In Bezug auf das Sportverhalten wird postuliert, dass je besser die Beziehung zu den Eltern ist, desto höher ist das Ausmaß des Sportverhaltens. Die Rangkorrelation nach Spearman konnte keinen signifikanten Zusammenhang aufdecken (siehe Tab. 76).

Tabelle 76: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Sportverhalten

	r	p
Vertrauen	.05	.529
Kommunikation	-.01	.904
Negative emotionale Beziehung	-.13	.142
Entfremdung	.08	.366

Legende: r= Korrelationskoeffizient p = Signifikanz N = 138

Der Zusammenhang bezüglich der Beziehung zum Vater und dem Sportverhalten des Jugendlichen wird ebenfalls mittels Rangkorrelation nach Spearman berechnet (siehe Tab. 77).

Tabelle 77: Korrelation IPPA (Vater) und Sportverhalten

	r	p
Vertrauen	.12	.159
Kommunikation	.11	.206
Negative emotionale Beziehung	-.12	.155
Entfremdung	.06	.466

Legende: r = Korrelationskoeffizient p = Signifikanz $N = 136$

Es konnte ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der Beziehung der Jugendlichen zu ihren Vätern und deren Sportverhalten gefunden werden.

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass vor allem der Gesundheitszustand im Allgemeinen von der Beziehung zu den Eltern beeinflusst wird. Positiv wird dieser beeinflusst, bei höherem Vertrauen und einer höheren emotionalen Beziehung zur Mutter, sowie bei höherem Vertrauen, einer besseren Kommunikation und einer höheren emotionalen Beziehung zum Vater. Bei allen anderen Schwerpunkten, wie dem Zigaretten-, Alkohol-, und Drogenkonsum, und beim Sportverhalten der Jugendlichen konnte kein Zusammenhang gefunden werden.

8.13 Longitudinale Betrachtung bezüglich des Gewichtsstatus, Sportverhalten, Drogenkonsum, Rauchverhalten, Alkoholkonsum

Da die Erhebung im Rahmen einer Längsschnittstudie stattfindet, können longitudinale Betrachtungen hinsichtlich des Geburtsgewichts, sowie Berechnungen bezüglich der Erhebungszeitpunkte von t_6 und t_7 hinsichtlich des Sportverhaltens und Rauchverhaltens getätigt werden.

Als abhängige Variabel wird das Geburtsgewicht und als unabhängige Variable wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angenommen. Zur längsschnittlichen Betrachtung wurde das Geburtsgewicht herangezogen. Im Durchschnitt waren die Säuglinge zu t_2 3360.89g schwer ($SD = 602.89$; $N = 159$). Die Betrachtung des Geburtsgewichtes mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen mit 18 Jahren, wird mittels Produkt-Moment Korrelation berechnet. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen gibt ($r = .02$; $p = .800$; $N = 128$).

Es interessiert der Zusammenhang von Geburtsgewicht und Gewicht mit 18 Jahren. Die Korrelation des Geburtsgewichtes und dem Gewicht, welches die Jugendlichen mit 18 Jahren haben ist signifikant, $r = .37$; $p < .001$ bei 128 gültigen Fällen. Dies ist ein mittelgroßer Effekt. Das Geburtsgewicht steht in einem mäßigen Zusammenhang mit dem momentanen Gewicht. Je schwerer ein Jugendlicher zu Geburt war, desto schwerer ist er auch zur Zeitpunkt der Untersuchung.

Da sich im Jugendalter ein sehr rascher körperlicher Wandel vollzieht, Als abhängige Variable wird das Geburtsgewicht und als unabhängige Variable wird der BMI festgestellt. Der Vergleich zwischen dem Geburtsgewichtes und BMI, erfolgt mittels Produkt-Moment Korrelation. Im Gegensatz zur zuvor beschriebenen Korrelation fließt bei dieser Berechnung die Körpergröße mit ein. Dies ergibt ebenfalls ein signifikantes Ergebnis mit $r = .21$; $p = .017$ bei 128 gültigen Fällen. Die Hypothese H_{13b} wird angenommen.

Möglicherweise hat das Geburtsgewicht einen Einfluss auf das heutige Essverhalten der Jugendlichen. Als abhängige Variabel wird das Geburtsgewicht und als unabhängige Variable die aktuelle Ernährung festgestellt.

Der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen ergibt mittels Produkt-Moment Korrelation für Obst welches statt Süßem zwischendurch gegessen wird ein signifikantes Ergebnis mit $r = -.19$ ($p = .031$; $N = 129$). Es handelt sich um einen negativen Zusammenhang und kleinen Effekt. Je weniger das Geburtsgewicht des Jugendlichen war, desto mehr Obst essen diese im Alter von 18 Jahren. Die Korrelationen zwischen dem Achten auf gesunde Ernährung und dem Geburtsgewicht sind bei den restlichen Variablen nicht signifikant ausgefallen. Die Korrelation vom Geburtsgewicht und dem Achten auf die Menge an Salz, welche zu sich genommen werden, ergibt ein $r = -.05$; $p = .129$. Die Korrelation vom Geburtsgewicht und dem Achten auf die Menge an Fett, welche zu sich genommen wird, ergibt ein nicht signifikantes Ergebnis ($r = .17$; $p = .055$), ebenso wie zum Achten auf täglich frisches Obst und Gemüse ($r = -.04$; $p = .628$) und zum Achten darauf, dass keine frittierten Nahrungsmittel gegessen werden ($r = -.02$; $p = .813$), sowie zum Achten darauf, dass kein Junk Food gegessen wird ($r = -.06$; $p = .468$).

Im Zuge der längsschnittlichen Erhebung liegen zu den letzten zwei Erhebungszeitpunkten t_6 und t_7 Daten bezüglich des Ausmaßes der sportlichen Aktivität vor. Es soll untersucht werden, ob sich das Sportverhalten über die zwei Erhebungszeitpunkten hinweg verändert hat. Als abhängige Variable wird das Ausmaß des Sportverhaltens von t_6 und als unabhängige Variable wird das Ausmaß des Sportverhaltens zu t_7 angenommen. Das Sportverhalten wurde jeweils zum 6. und 7. Testzeitpunkt mit der Angabe der Stunden pro Woche, welche mit Sport verbracht werden, abgefragt. Ein verteilungsunabhängiger Wilcoxon-Test, da die Normalverteilung nicht gegeben ist, ergibt bei 126 gültigen Fälle die entsprechende Prüfgröße $z = -1.92$ ($p = .055$) und fällt somit nicht signifikant (siehe Tab. 78).

Tabelle 78: Mittelwerte und Standardabweichung des Sportverhaltens zu t_6 und t_7

	x	s
t_6	5.71	3.61
t_7	5.04	4.05

Legende: t_6 , t_7 = Erhebungszeitpunkte; x = Mittelwert; s = Standardabweichung

Die Effektstärke beträgt $d = 0.18$. Der Effekt ist klein. 74 Jugendliche verringerten ihre Zeit, welche sie für Sport aufwenden. 39 Jugendliche verbringen im Vergleich zum vorherigen Testzeitpunkt, t_6 , mehr Zeit mit Sport. Eine Rangkorrelation nach Spearman ergibt ein $R = .609$ ($N = 126$; $p > .001$). Jugendliche welche zum 6. Erhebungszeitpunkt sportlich waren sind dies auch noch zum 7. Erhebungszeitpunkt. Die Zeit welche für Sport aufgewendet wird geht jedoch tendenziell zurück.

Ebenfalls kann das Rauchverhalten der Jugendlichen zwischen den letzten zwei Erhebungszeitpunkten verglichen werden. Als abhängige Variable wird Rauchverhalten zu t_6 und als unabhängige Variable das Rauchverhalten zu t_7 bestimmt. Eine Kreuztabelle zeigt den Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten zu t_6 und t_7 . 126 gültige Fälle konnten identifiziert werden (siehe Tab. 79).

Tabelle 79: Kreuztabelle von Raucherstatus t_6 und t_7

			Raucherstatus		Gesamt
			nie, selten	ja	
Rauchen	nie, selten	Anzahl	84	24	108
		Erwartete Anzahl	74.6	33.4	108.0
		% d. Gesamtzahl	77,8	22,2	100,0
		Standard. Res.	1.1	- 1.6	
	ja	Anzahl	3	15	18
		Erwartete Anzahl	12.4	5.6	18.0
		% d. Gesamtzahl	16,7	83,3	100,0
		Standard. Res.	- 2.7	4.0	
Gesamt	Anzahl	87	39	126	
	Erwartete Anzahl	87.0	39.0	126.0	
	% d. Gesamtzahl	69,0	31,0	100,0	

Legende: Standard. Res= Standardisierte Residuen % d. Gesamtzahl= Prozent der Gesamtzahl

Der Raucherstatus zu beiden Erhebungszeitpunkten weist einen mittelhohen bis hohen Zusammenhang auf. Jugendliche, welche zu t_6 nicht geraucht haben, rauchen auch analog zu t_7 eher nicht. 24 Jugendliche rauchen zu t_7 mehr als zu t_6 . Der Anteil der Raucher damals betrug 14,3%. Bei der aktuellen Erhebungswelle ist der Anteil auf 31,0% gestiegen.

Der Zusammenhang wird mittels Chi²- Test überprüft. $\chi^2 = 26.96$ ($p > .001$). Es gibt einen deutlichen Zusammenhang von Personen die damals nicht geraucht haben und jetzt rauchen. Die Höhe des Zusammenhangs beträgt, Cramer V= .46.

Zudem kann der Zusammenhang des Alkoholkonsums von t_6 und t_7 berechnet werden. Als abhängige Variable wird der Alkoholkonsum zu t_6 und als unabhängige Variable wird der Alkoholkonsum zu t_7 angenommen. Der exakte Test nach Fischer ergibt bei 129 gültigen Fällen ein $\chi^2_{\text{korr.}(1)} = 1.48$ ($p = .573$). Das bedeutet es gibt keinen Zusammenhang von t_6 und t_7 . Zum 6. Erhebungszeitpunkt hatten von 129 Jugendlichen, 95 Jugendliche (73,6%) keine Erfahrung mit Alkohol. Zum 7. Erhebungszeitpunkt hatten bereits 96,9% Erfahrungen mit Alkohol und nur 3,1% noch keine Erfahrungen mit dem Konsum. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass die Jugendlichen während der Zeit von t_6 auf t_7 die Altersgrenze für Alkoholkonsum überschritten haben und dieser nun legal konsumiert werden kann. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Jugendlichen die damals keinen Alkohol getrunken haben und jetzt trinken.

Zusammenfassend kann zur longitudinalen Betrachtung festgehalten werden, dass das Geburtsgewicht eine entscheidende Rolle für das nachfolgende Gewicht und die Ernährung im Jugendalter hat. Möglicherweise sind die genetischen Faktoren beziehungsweise die Erziehung der Eltern bezüglich des Essverhaltens von entscheidender Bedeutung. Je mehr Gewicht ein Jugendlicher bei der Geburt aufwies, desto höher ist sein derzeitiges Gewicht. Jugendliche mit einem niedrigeren Geburtsgewicht essen mehr Obst. Bezüglich des Sportverhaltens gibt es ein interessantes Ergebnis beim Vergleich von t_6 zu t_7 : Jugendliche die zu t_6 sportlich waren sind dies auch noch später, allerdings die Zeit welche für den Sport aufgewendet wird geht tendenziell zurück. Beim Rauchverhalten ist jenes Ergebnis über die letzten zwei Erhebungszeitpunkte zu beobachten: Jugendliche, welche zu t_6 rauchen, rauchen auch zu t_7 .

9. Diskussion der Ergebnisse

Im Jugendalter kommen die Jugendlichen zum ersten Mal mit psychoaktiven Substanzen in Kontakt. Daher ist es bedeutsam dieser sensiblen Phase, des Übertrittes vom Jugendalter ins Erwachsenenalter, besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, um mögliche Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren (DiClemente, Santelli & Crosby, 2009; Berk, 2005; Oerter & Dreher, 2002).

Der Beginn des Jugendalters wird an biologischen Kriterien festgemacht (Flammer & Alsaker, 2002; Hurrelmann, 2002). Das Einsetzen der Menarche ist in dieser Studie bei den weiblichen Jugendlichen im Durchschnitt mit 12.87 Jahren. Bei den männlichen Jugendlichen findet der erste Samenerguss, im Durchschnitt mit dem 13. Lebensjahr statt. Diese Angaben decken sich annähernd mit jenen, die von Hurrelmann (2002) berichtet werden. Er berichtet vom Beginn der Pubertät bei Mädchen mit 11.5 Jahren und bei Jungen mit 12.5 Jahren. Die Literatur postuliert, dass mit dem Einsetzen der Pubertät einige Veränderungen im Gesundheitszustand einhergehen. Zum Beispiel beschreibt Cavallo et al. (2006), dass Frauen über einen geringeren Gesundheitszustand im täglichen Leben verfügen als Männer und Hurrelmann (2006) weist darauf hin, dass sich dies bereits im Jugendalter zeigt. In dieser Studie konnte allerdings kein Geschlechterunterschied bezüglich der subjektiven Gesundheitseinschätzung gefunden werden. Jedoch wird mittels dieser Studie gezeigt, dass einige Variablen den Gesundheitszustand beeinflussen, wie zum Beispiel die physiologische Variable des BMI. Ein männlicher Jugendlicher mit einem hohen BMI gibt niedrigere Werte im subjektiven Befinden des aktuellen Gesundheitszustandes an. Eine mögliche Erklärung, welche hier zutreffen könnte ist, dass übergewichtige Personen weniger körperlich aktiv sind, damit ein höherer BMI einhergeht und als Folge davon der Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt wird (Taylor et al., 2009; Ebbeling, 2004; Elliot et al., 2004). Denn wie die vorliegende Studie zeigt, geben jene Jugendliche, welche mehr Sport pro Woche angeben, auch einen signifikant besseren Gesundheitszustand an. Schwarzer (2004) beschreibt, dass die körperliche Aktivität das unmittelbare Wohlbefinden steigert, die Person dadurch kräftiger, selbstbewusster wird und sich fitter fühlt. Jugendliche, welche mehr Sport betreiben, essen mehr Obst und Gemüse, Rauchen weniger und forcieren einen gesünderen Lebensstil (Elliot et al., 2004). Diese konsumieren auch weniger illegale Drogen (Russell et al., 2004). Sport fördert einen

hohen Gesundheitszustand, während das Rauchen die Gesundheit nachteilig beeinflusst. Je mehr die Jugendlichen rauchen, desto schlechter ist die empfundene Gesundheit. Dieser Zusammenhang kann allerdings nicht für den Konsum von Alkohol und Drogen gefunden werden. Dieses Ergebnis widerspricht den Annahmen, welche in der ausgedehnten Literaturrecherche gefunden wurden (Flammer & Alsaker, 2002; Schwarzer, 2004). Ebenfalls beeinflussen chronische Krankheiten den Gesundheitszustand. Je mehr chronische Krankheiten von einem Jugendlichen angegeben werden, desto niedriger wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen beschrieben. Das bedeutet, dass sich chronische Krankheiten negativ auf den Gesundheitszustand des Jugendlichen auswirken. Als die häufigsten Beschwerden der Jugendlichen wurden Müdigkeit, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Erkältungskrankheiten genannt. Allerdings konnten bei diesen Angaben keine Geschlechterunterschiede festgestellt werden, während die Literatur postuliert, dass Mädchen generell über eine höhere Frequenz an Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Schlafstörungen, etc. berichten als die männlichen Kollegen (Cavallo et al., 2006; Simantov, Schoen & Klein, 2000).

Das Ausmaß des erlebten Stresses der Jugendlichen beeinflusst den Gesundheitszustand. Es handelt sich dabei vor allem um den Stress zu Hause und dem Stress im übrigen Leben. Keinen Einfluss hat der Stress in der Schule bzw. Arbeit auf den Gesundheitszustand. Plinquant & Silbereisen (2002) beschreiben, dass Stress ein Faktor ist, der ausgelöst wird, weil Entwicklungsanforderungen nicht bewältigt werden können.

Relevante Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen wurden einer Regressionsanalyse unterzogen. Die globale Modellzusammenfassung hat gezeigt, dass vier Prädiktoren einen Erklärungswert aufweisen, mit einem erklärten Varianzanteil von $R^2 = 22,8\%$ ($R^2_{\text{kor}} = 20,4\%$). Diese Prädiktoren sind der Stress zu Hause, der BMI, ob der Jugendliche an chronischen Krankheiten leidet und die Zeit, welche ein Jugendlicher pro Woche mit Sport verbringt. Ebenfalls wurde das Freizeitverhalten mit dem Gesundheitszustand im Allgemeinen korreliert und es hat sich gezeigt, dass bei der globalen Modellzusammenfassung das sportbezogene Freizeitverhalten einen Erklärungswert für den Gesundheitszustand im Allgemeinen hat. Die Prädiktoren des jugendtypischen, kulturellen, medienorientierten, praktisch-kreativen und traditionellen Freizeitverhaltens, sowie Gruppenaktivitäten und das musikbezogenen Freizeitverhaltens sind nicht signifikant. Somit deckt sich dieses Ergebnis mit dem zuvor genannten Prädiktor, dass Sport einen

Einfluss auf den Gesundheitszustand des Jugendlichen hat (siehe oben). Die Annahme von Turbin et al. (2006), dass dem Sport eine Doppelrolle zukommt, einerseits als protektiver Faktor und andererseits als Mediatorvariable, um Risikofaktoren abzuschwächen, kann somit angenommen werden. Der Gesundheitszustand im Allgemeinen wird allerdings auch von der Beziehung zu den Eltern und zu den Freunden wesentlich beeinflusst (Hurrelmann, 2006; Richter 2005). Die Ergebnisse zeigen, dass je positiver die Beziehung zu den Eltern angegeben wird, vor allem durch hohes Vertrauen und eine hohe emotionale Beziehung und beim Vater speziell die gute Kommunikation, desto besser wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angegeben und desto weniger Alkohol, Drogen und Zigaretten werden konsumiert (siehe Abschn. 8.1). Aber nicht nur externe Faktoren, sondern auch interne Faktoren, wie die Persönlichkeit des Jugendlichen hat eine Auswirkung auf den erlebten Gesundheitszustand. Je neurotisch ein Jugendlicher ist, desto schlechter wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angegeben. Je verträglicher und gewissenhafter ein Jugendlicher ist, desto besser wird der Gesundheitszustand im Allgemeinen angegeben (siehe Abschn. 8.9; 8.11). Dies deckt sich mit den in der Literatur gefundenen Ergebnissen, denn Kolip (2002) berichtet, dass vor allem die männlichen Jugendlichen ihr Problemverhalten externalisieren und einen höheren Suchtmittelkonsum aufweisen (Hurrelmann, 2006).

Im Folgenden werden die gefundenen Geschlechterunterschiede betrachtet. Beim Rauchverhalten der Jugendlichen konnte kein Unterschied im Geschlecht gefunden werden. Jeweils 33,3% der weiblichen und der männlichen Jugendlichen geben an zu rauchen. Dies deckt sich mit den in der Literatur angeführten Anteilswerten (DiFranza et al., 2007b). Ebenfalls konnte beim Drogenkonsum kein Geschlechterunterschied gefunden werden, während es bei diesem Schwerpunkt durchaus Unterschiede zur Literatur gibt. Zwar berichten Bilz & Melzer (2005) ebenfalls von keinem Geschlechterunterschied, jedoch Günther (2006) berichtet bereits von einem minimalen Geschlechterunterschied und Richter und Hurrelmann (2004) weisen darauf hin, dass männliche Jugendliche mehr Drogen konsumieren als weibliche Jugendliche. Beim Alkoholkonsum gibt es einen deutlichen Unterschied der Geschlechter, wobei männliche Jugendliche mehr alkoholische Getränke konsumieren, als weibliche Jugendliche. Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit der Literatur (Ranetbauer & Hackl, 2007; Richter & Hurrelmann, 2004). Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006a) berichtet, dass die Tendenz der

letzten Jahre dahingeht, dass eine Angleichung der Geschlechter im Konsum von Alkohol stattfindet.

Das Alter, als zum ersten Mal eine Substanz eingenommen wurde, ist für den weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung. Folgende Ergebnisse bestätigen diese Annahme: Je früher das Einstiegsalter ist, desto mehr wird geraucht ($R = -.44$; $p = .004$), desto eher nutzen die Jugendlichen Gelegenheiten fürs binge-drinking ($R = -.23$; $p = .049$) und umso höher ist der aktuelle Marihuanakonsum ($R = -.34$; $p = .026$). Dass jene Personen, welche regelmäßig rauchen, auch früher damit begonnen haben, wurde von Günther (2006) bestätigt. Die Literatur geht davon aus, dass die erste Inhalation und wie diese erlebt wird von entscheidender Bedeutung für das weitere Rauchverhalten ist (DiFranza et al., 2007b). Beim Alkoholkonsum und dem Nutzen von Gelegenheiten fürs binge-drinking, spekulierte bereits Günther (2006) aufgrund seiner Datenerhebung, dass es möglicherweise damit zusammenhängt, dass je jünger ein Jugendlicher Alkohol trinkt, desto höher ist der weitere Alkoholkonsum. Die Jugendlichen beginnen mit einem durchschnittlichen Alter von 15 Jahren regelmäßig zu rauchen. Dieses Ergebnis ist vergleichsweise höher als in der Literatur angegeben wurde. Diese berichtet davon, dass 26% mit dem 12 beziehungsweise 13 Lebensjahr regelmäßig zu rauchen beginnen, beziehungsweise 27% beginnen mit 14 Jahren oder früher (Günther, 2006; Taylor et al., 2009). Je offener die Jugendlichen sind, desto mehr rauchen sie. Die aktuelle Erhebung zeigt, dass Jugendliche, welche rauchen eher Freunde haben, die ebenfalls rauchen, allerdings ist die Korrelation mit dem Gruppenzwang nicht signifikant. Dieses Ergebnis wird von Richter (2005) bestätigt. Diese Ergebnisse konnten ebenfalls für den Alkohol- und Drogenkonsum der Jugendlichen gefunden werden. Je mehr Freunde Alkohol oder Drogen konsumieren, umso eher konsumiert der Jugendliche diese. Die in der Literatur postulierte Annahme, dass die Peer-Gruppe im Jugendalter immer mehr Einfluss gewinnt, kann auch hier bestätigt werden (Flammer & Alsaker, 2002; Langness, Leven & Hurrelman, 2006). Die Jugendlichen geben an, dass sie durch das Rauchen beziehungsweise den Alkoholkonsum leichter Kontakte mit Gleichaltrigen knüpfen können und somit auch Ansehen in der Peer-Gruppe erlangen. Dass der Korrelationen mit dem Gruppenzwang nicht signifikant ist, liegt möglicherweise darin, dass es sich um einen Konformitätsdruck handelt und sich die Jugendlichen diesen nicht bewusst sind (Plinquant & Silbereisen, 2002). Das Rauchen dient als eine Symbolhandlung der Mitgliedschaft in der Gruppe (Schwarzer, 2004). Eine

weitere Studie berichtet davon, dass Kinder- und Jugendliche welche rauchen zu 81,5% einen besten Freund haben, welcher auch raucht (Bilz & Melzer, 2005). Das Rauchverhalten wird weder von der Beziehung zu den Freunden, noch zum Vater oder der Mutter beeinflusst (Abschn. 8.10; 8.11).

Beim Drogenkonsum hat nicht nur die Drogeneinnahme der Freunde eine entscheidende Bedeutung (Hurrelmann, 2002), sondern auch was die Freunde über den Drogenkonsum denken. Dies spiegelt sich auch im signifikanten Ergebnis wieder, dass je besser die Kommunikation zu den Freunden ist, desto eher werden Drogen genommen. Die Beziehung zu den Eltern hat auch hier, entgegen der Erwartungen, keinen Einfluss, während Sales & Irwin (2009) eine schlechte Beziehung zu den Eltern beschreiben.

Der Einfluss der Eltern ist weitgehend gering, da es keinen signifikanten Zusammenhang mit den Schwierigkeiten, welche ein Jugendlicher mit den Eltern bekommen würde, wenn diese von dem Zigarettenkonsum und Konsum alkoholischer Getränke wüssten, gibt. Beim Alkoholkonsum widerspricht dieses Ergebnis, dem gefundenen Ergebnis der Literatur, da diese postuliert, dass die Regeln der Eltern auf den Alkoholkonsum einen großen Einfluss haben (Highet, 2005; Klicpera, 2006). Die Beziehung zu den Eltern, sowie zu den Freunden hat auf den Alkoholkonsum keinerlei Einfluss. Es erhärtet sich immer mehr der Verdacht, dass der Einfluss der Eltern im Jugendalter tatsächlich relativ gering ist (Flammer & Alsaker, 2002; Oerter & Dreher, 2002; Richter, 2005). Der Alkoholkonsum ist jedoch unabhängig von der Meinung der Freunde. Dies widerspricht der in der Literatur gefundenen Ergebnissen (Klicpera, 2006; Richter, 2005, Günther, 2006).

Die Persönlichkeit des Jugendlichen hat einen Einfluss auf den Alkoholkonsum. Je weniger neurotisch ein Jugendlicher ist, desto mehr Alkohol wird getrunken und je verträglicher und gewissenhafter dieser ist, desto weniger Alkohol wird konsumiert. Ebenso wie die Persönlichkeit des Jugendlichen hat auch dessen aktuelles Stadium der Identität einen Einfluss auf den Alkoholkonsum. Ein Jugendlicher, welcher sich im Stadium der übernommenen Identität befindet, konsumiert am wenigsten Alkohol, während ein Jugendlicher, welcher sich im Stadium des Moratorium befindet am meisten Alkohol trinkt. Jugendliche, welche sich im Stadium des Moratorium befinden, empfinden keine innere Verpflichtung und befinden sich gerade in einer Krise (Abschn. 3.1.1).

Es konnte kein Einfluss der Eltern aufgrund ihres Vorbildverhaltens auf die Ernährungsgewohnheiten der Jugendlichen gefunden werden. Am ehesten zählt noch das

Vorbildverhalten des Vaters beim Achten auf Fett, auf täglich frisches Obst und Gemüse und beim Achten auf Obst statt Süßem zwischendurch. Im Gegensatz dazu berichtet die Studie von Faith et al. (2006) davon, dass das aktuelle Ernährungsverhalten vom erlernten Verhalten in der Kindheit bestimmt wird. Diese Untersuchung stellte fest, dass die Familie durch gemeinsame Familienmahlzeiten Einfluss auf das Essverhalten der Jugendlichen hat. Ein Jugendlicher übt dann mehr körperliche Aktivität aus, wenn der Vater oder Stiefvater oder andere Personen in der Familie, ausgenommen der Mutter, Sport betreiben. Schwarzer (2004) differenziert nicht zwischen den Eltern und anderen Familienmitgliedern, sondern beschreibt, dass sich das Sportverhalten mit dem Vorbildverhalten in der Familie nur gering vorhersagen lässt und beschreibt weiters, dass vor allem frühe Aktivitäten in der Kindheit und auch das Vorbildverhalten der Freunde wichtige Prädiktoren sind.

Die familiäre Situation, ob Eltern verheiratet sind oder getrennt leben, hat keinen Einfluss auf die Schwerpunkte des Alkohol- und Drogenkonsums, sowie im Ernährungs- und Sportverhalten der Jugendlichen. Beim Rauchverhalten gibt es dahingehend einen signifikanten Unterschied, dass Jugendliche deren Eltern getrennt leben vermehrt rauchen. Das Ergebnis bezüglich des Drogenkonsums widerspricht dem in der Literatur gefundenen Ergebnis. In der Studie von Sales & Irwin (2009) wurden sehr wohl Unterschiede bezüglich des Drogenkonsums gefunden und zwar jene dass Jugendliche, deren Eltern getrennt oder geschieden sind, eher Drogen konsumieren. Ob die Eltern geschieden oder getrennt sind, hat auch Auswirkungen auf die Höhe des Familieneinkommens. Die Höhe des monatlichen Familieneinkommens ist signifikant mit dem Rauchverhalten und dem Ernährungsverhalten verbunden. Je niedriger das Familieneinkommen ist, desto eher wird geraucht. Dieses Ergebnis wird auch bei Albers & Biener (2003) und bei der Erhebung des Bundesministeriums für Frauen und Gesundheit (2006c) gefunden. Schwarzer (2004) berichtet von ähnlichen Ergebnissen. Je höher das monatliche Familieneinkommen ist, desto eher wird zu Mittag gegessen. Dieses Ergebnis kann von Bilz & Melzer (2005) bestätigt werden, da diese davon berichten, dass es vom Wohlstand der Familie abhängt, ob Kinder am Schulessen in der Schule teilnehmen oder nicht. Beim Alkohol- und Drogenkonsum konnten diesbezüglich keine Zusammenhänge gefunden werden.

Die aktuelle Ausbildung der Jugendlichen stellt eine wichtige Variable dar. Lehrlinge konsumieren am meisten Zigaretten. Dieses Ergebnis spiegelt jene Resultate der Erhebung vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006c). Beim Alkoholkonsum gibt es

keinen Verteilungsunterschied bezüglich der Ausbildung. Bezüglich des Ernährungsverhaltens gibt es jenen Unterschied, dass Lehrlinge häufiger das Frühstück auslassen. Dieses Resultat konnte auch in einer anderen Studie gefunden werden und zwar, dass Mädchen der 9. Klasse und Jungen des unteren Wohlstandes häufiger das Frühstück auslassen (Bilz & Melzer, 2005).

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Wissen um die Auswirkungen bezüglich der Gesundheit und des Zigaretten- und Alkoholkonsums gefunden werden. Kropp & Halpern-Felcher (2004) beschreiben, dass die Jugendlichen das Risiko für die gesundheitlichen Folgen und die Abhängigkeit des Zigarettenkonsums unterschätzen. 90% der Raucher sind sich jedoch der Suchtproblematik bewusst (Günther, 2006). Im Vergleich dazu, hat beim Marihuanakonsum das Wissen um die Auswirkungen auf die Gesundheit einen Einfluss. Je höher das Gesundheitsbewusstsein ist, desto geringer ist der Marihuanakonsum. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006b) zeigt auf, dass die meisten Erfahrungen mit illegalen Drogen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr gesammelt werden. Gründe für den Drogenkonsum sind vorwiegend der Wunsch etwas Neues zu erleben, die Neugier, ein gutes körperliches Gefühl zu Erlangen und den Alltag zu vergessen (Roth & Petermann, 2006). Die aktuelle Studie zeigt, dass es keine Rolle spielt, ob Alkohol zu Hause verfügbar ist oder nicht. Im Gegensatz dazu spielt eine leichte Verfügbarkeit beim Drogenkonsum eine große Rolle. Je leichter der Zugang zu Drogen ist, desto eher werden Drogen konsumiert. Bilz & Melzer (2005) berichten davon, dass in urbanen Regionen der Drogenkonsum geringer ist aufgrund der schwereren Verfügbarkeit als in größeren Städten.

Miller et al. (2006) postuliert, dass die Häufigkeit des binge-drinkings (mehr als vier alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) mit schlechterem Schulerfolg einhergeht. Dieses Ergebnis konnte allerdings nicht bestätigt werden. Die Höhe des Alkoholkonsums hat keinen signifikanten Einfluss mit Problemen in der Schule, bei der Arbeit, mit der Familie oder Freunden (Abschn. 8.3).

Während beim Rauchverhalten vor allem das Einstiegsalter für den weiteren Konsum von Zigaretten ausschlaggebend ist, sind wesentliche Prädiktoren beim Alkoholkonsum vor allem das regelmäßige Trinkverhalten der Freunde und das Geschlecht. DiFranza et al. (2007b) haben bei ihrer Studie herausgefunden, dass nicht nur das Einstiegsalter, sondern vor allem auch die Entspannungserfahrung bei der ersten Inhalation, den Ausschlag für den

weiteren Zigarettenkonsum gibt. Es überrascht, dass das Geschlecht ein Prädiktor für Alkoholkonsum ist, da das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006a) eine Angleichung der Geschlechter im Alkoholkonsum postuliert. Beim Drogenkonsum ist von besonderer Bedeutung die Verfügbarkeit und die Einstellung der Freunde in Bezug auf den Konsum von Drogen. Je besser die Kommunikation des Jugendlichen und somit die Beziehung zu den Freunden ist, desto eher werden Drogen konsumiert. Auch Sales & Irwin (2009) betonen den Einfluss der Peer- Gruppe auf den Drogenkonsum. Ein Zusammenhang zwischen den beiden Prädiktoren, Verfügbarkeit und Beziehung zu den Freunden, ist denkbar, da möglicherweise über die Freunde leichter Drogen beschafft werden können (Hurrelmann, 2002).

Das Körpergewicht hängt vor allem von der Körpergröße und vom Geschlecht ab. Männliche Jugendliche berichten von einem signifikant höheren Körpergewicht als weibliche Jugendliche. In der Literatur geben $\frac{2}{3}$ der Mädchen an, dass es ihnen wichtig ist nicht übergewichtig zu sein (Neumark- Sztainer & Hannan, 2000). In dieser Studie finden sich bei den weiblichen Jugendlichen zudem mehr untergewichtige Personen und bei den männlichen Jugendlichen mehr übergewichtige Personen. Dies hat möglicherweise auch damit zu tun, dass die weiblichen Jugendlichen mehr auf die Einnahme von Salz, Fett, täglich frischem Obst und Gemüse achten, sowie eher Obst statt Süßes zwischendurch zu essen. Weiters achten die weiblichen Jugendlichen darauf keine frittierten Nahrungsmittel und kein Junk Food zu essen. Keneller (2009) und Backer (2009) sprechen in diesem Zusammenhang vom sozialen Druck dünn zu sein, welchem die weiblichen Jugendlichen vermehrt ausgesetzt sind. Weitere Studien belegen ähnliche Ergebnisse, und zwar dass Frauen mehr Gemüse essen, während die Männer mehr Fett, Salz und Zucker zu sich nehmen (Rolls, Federoff & Gunthrie, 1991; Schwarzer, 2004). Je mehr auf die Einnahme der zuvor genannten Nahrungsmittel geachtet wird, vor allem auf die Einnahme von wenig Salz, wenig frittierten Nahrungsmittel und kein Junk Food, desto geringer ist das Körpergewicht. Ein gesundheitsbewusster Mensch achtet laut Pietrowsky (2006) und Schwarzer (2004) jedoch nicht nur auf eine ausgewogene Ernährung, sondern auch auf qualitative Aspekte, wie auf die Bestandteile der Nahrung, eine begrenzte Kalorienzufuhr und toxische Substanzen. Das Vorbildverhalten der Eltern und der Freunde bezüglich des Junk-Food Konsums hat keinen Einfluss. Die Studie von Faith et al. (2006) beschreibt, dass das Ernährungsverhalten mit dem erlernten Essverhalten in der Kindheit

zusammenhängt. Je eher das Frühstück ausgelassen wird, desto höher ist das Körpergewicht. Dies ist eine riskante Ernährungsgewohnheit (Bilz & Melzer, 2005). Ein interessantes und unerwartetes Ergebnis ist, dass je höher das Ausmaß an körperlicher Aktivität, desto höher ist das Körpergewicht. Schwarzer (2004) berichtet vom Gegenteil, Jugendliche betätigen sich sportlich um Gewicht zu verlieren. Möglicherweise wird durch die sportliche Aktivität Muskelmasse aufgebaut und dadurch das Gewicht erhöht. Eine andere Ursache könnte sein, dass die männlichen Jugendlichen angeben, signifikant mehr Sport zu betreiben als die weiblichen Jugendlichen. Ähnliche Ergebnisse finden sich in der Literatur (Bilz & Melzer, 2005; Schwarzer, 2004). Prädiktoren des Sportverhaltens sind vor allem das Geschlecht und das Vorbildverhalten bezüglich der sportlichen Betätigung von Personen in der Familie, welche nicht die Eltern sind. Es hat sich bei der Überprüfung der Beziehungen gezeigt, dass die Eltern keinen Einfluss auf das Sportverhalten haben, allerdings die Beziehung zu den Freunden eine große Rolle spielt. Je besser die emotionale Beziehung zu den Freunden ist, desto eher übt der Jugendliche Sport aus. Russell et al. (2002) und Elliot et al. (2004) zeigen auf, dass Jugendliche, welche an Sportteams teilnehmen einen gesünderen Lebensstil forcieren.

Einige Autoren postulieren, dass Übergewicht in der frühen Kindheit mit dem Übergewicht im Erwachsenenalter zusammenhängt, beziehungsweise dass Adipositas im Alter von 5 Jahren signifikant mit dem Alter von 10 Jahren zusammenhängt (Freedman, 2005; Salbe, 2002). Eine longitudinale Betrachtung hat gezeigt, dass das Körpergewicht bei der Geburt ein Prädiktor für den späteren Gewichtsstatus darstellt. Je schwerer ein Säugling bei der Geburt war, desto mehr Kilogramm wiegt dieser als Jugendlicher. Ist das Geburtsgewicht gering, dann ist auch der BMI mit 18 Jahren gering und desto mehr Obst essen die Jugendlichen. Auch Freedman (2005) zeigt, dass Übergewicht in der frühen Kindheit mit dem Übergewicht im Erwachsenenalter zusammenhängt. Ein ähnliches Ergebnis wird von Salbe (2002) berichtet.

Weitere Forschungsfragen, welche in dieser Studie nicht behandelt werden, betreffen vor allem die Unterschiede zwischen Stadt und Land. Besonderes Augenmerk gilt hier dem Unterschied der Jugendlichen in der subjektiven Betrachtung ihres Gesundheitszustandes, sowie den diesbezüglichen Unterschieden im Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum. Ebenfalls wären die Ernährungsunterschiede zwischen Jugendlichen, welche in der Stadt

beziehungsweise in urbaner Umgebung aufgewachsen sind, interessant. Bei den Fragen zum Sportverhalten fehlt eine ausführlichere Erhebung der Daten, wie zum Beispiel der Abfrage von Sportangeboten in der Umgebung der Jugendlichen, sowie ob sie an Schulmannschaften oder Vereinen teilhaben. Diese könnten im Vergleich zu jenen Jugendlichen, welche an keinen körperlichen Aktivitäten teilnehmen, gesetzt werden, sowie die Auswirkungen und Unterschiede näher analysiert werden. Weiters wäre es interessant, ob Jugendliche welche sich vegetarisch oder vegan ernähren über ein höheres Gesundheitsbewusstsein verfügen als jene Jugendliche, welche sich ausgewogen ernähren und keine Einschränkungen bezüglich der Nahrungsmittel vornehmen. Eine weitere mögliche zukünftige Forschungsfrage bezieht sich auf die heterogenen beziehungsweise homogenen Freundschaften und zwar dahingehend, ob Jugendliche, welche eher heterogene Freundschaften pflegen, mehr Alkohol und Drogen konsumieren als Jugendliche mit vermehrt homogenen Freundschaften.

In einer weiterführenden Arbeit wäre es interessant, wie sich das Gesundheitsverhalten der jungen Erwachsenen über die Zeit hinweg weiter verändert, vor allem in Bezug auf den Substanzkonsum, das Ernährungs- und Sportverhalten. Wie sich die Beziehungen, Vorbilder, Modelle, individuellen und umweltbezogenen Faktoren verändern und welchen Einfluss diese auf das Gesundheitsverhalten und den Substanzkonsum haben, wäre für die Prävention besonders wichtig. Durch die Beobachtungen der zukünftigen Entwicklungen in diesem Bereich könnten wahrscheinlich genaue Analysen bezüglich Risiko- und Schutzfaktoren über die Lebensspanne hinweg getätigt werden.

Zusammenfassend zeigt sich, dass vor allem der Einfluss der Freunde und der Peer Gruppe sehr groß ist und dass der Einfluss der Eltern abnimmt. Das Sportverhalten der Jugendlichen ist wichtig für einen guten bis sehr guten empfundenen Gesundheitszustand. Ebenso ist die Ausbildung der Jugendlichen relevant für das Rauch- und Ernährungsverhalten. Das Einstiegsalter besitzt hohe Relevanz für den Alkohol- und Drogenkonsum. Die Beziehung zu den Eltern und zu den Freunden ist für den gesundheitlichen Zustand äußerst wichtig. Ist die Beziehung positiv und herrscht hohes Vertrauen und eine hohe emotionale Beziehung zu den Eltern, sowie eine gute Kommunikation zum Vater, dann wird das Gesundheitsverhalten äußerst positiv bewertet. Die Beziehung zu den Freunden spielt vor allem für den Drogenkonsum eine wichtige Rolle, wobei diese für den Alkohol-

und Zigarettenkonsum weniger von Bedeutung ist. Allerdings kann die Persönlichkeit des Jugendlichen den Alkoholkonsum vorhersagen und zwar konsumieren jene Jugendliche weniger Alkohol, welche höhere Werte in der Ausprägung Neurotizismus haben. Je verträglicher und gewissenhafter die Jugendlichen sind, desto weniger Alkohol wird konsumiert und desto mehr Sport wird absolviert. Je offener ein Jugendlicher ist desto mehr wird geraucht und je neurotischer, desto mehr Drogen werden konsumiert. Das Stadium der Identität, in welchem sich ein Jugendlicher befindet, hat keine Auswirkungen auf den Zigaretten- und Drogenkonsum, allerdings auf den Alkoholkonsum. Jene Jugendliche, die sich im Stadium der übernommenen Identität befinden (sind jene Jugendliche, welche sich in keiner Krise befinden und eine innere Verpflichtung empfinden) trinken am wenigsten Alkohol, während Jugendliche, welche sich im Stadium des Moratorium befinden, am häufigsten Alkohol trinken. Jugendliche im Stadium des Moratorium befinden sich in einer Krise und empfinden keine innere Verpflichtung (vgl. Abschn. 3.1).

Das Wissen um die Gesundheitsschädigung spielt in den Bereichen Rauchen, Alkohol und Drogen eine untergeordnete Rolle. Wichtig ist die gesellschaftliche Tendenz zu beachten, nämlich dass die soziale Akzeptanz beim Zigaretten- und Alkoholkonsum gestiegen ist (Günther, 2006).

10. Zusammenfassung

Die Forschungsfrage dieser Arbeit bezieht sich auf die psychologischen Aspekte des Gesundheitsverhaltens bei Jugendlichen. Durchgeführt wurde die Erhebung als ein Teilbereich im Rahmen einer Längsschnittstudie „Familienentwicklung im Lebenslauf“ (FIL- Projekt), welche von Univ.-Prof. Dr. B. Rollett an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie, initiiert wurde. Bei der ersten Erhebungswelle befanden sich die Mütter im sechsten Schwangerschaftsmonat, während bei der siebenten Erhebungswelle die Jugendlichen im Mittel 18.23 Jahre alt waren. 142 Jugendliche, 141 Mütter und 116 Väter wurden im Zuge der siebenten Erhebungswelle befragt. Folgende Fragebögen wurden eingesetzt, um die Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand der Jugendlichen, zu überprüfen: Der Fragebogen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten wurde mithilfe einer Adaption des Fragebogens “Adolescent Health and Development Questionnaire” von Jessor, Costa und Turbin (2002) erstellt. Der Fragebogen IPPA von Armsden und Greenberg (1987) wurde eingesetzt, um die Bindung zu den Eltern und zu den Freunden zu erfassen, sowie der NEO- FFI von Borkenau und Osendorf (1993), welcher die Persönlichkeitsdimensionen der Jugendlichen aufzeigt. Relevanz für die Fragestellung besitzen auch der Fragebogen zum Freizeitverhalten der Jugendlichen von Rollett, Brandl, Pucher und Werneck (2008) sowie ein Fragebogen zur Erfassung der Identität von Rollett (2005).

Die Jugendlichen schätzen ihren Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Antwortskala ein. Die Ergebnisse zeigen, dass sich vor allem der von den Jugendlichen empfundene Stress zu Hause und Stress im übrigen Leben, sowie die Angabe von chronischen Krankheiten negativ auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes auswirken. Ein niedriges Familieneinkommen forciert, dass das Mittagessen ausgelassen wird. Jugendliche, die einen höheren Zigarettenkonsum angegeben haben, schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein. Das Einstiegsalter ist für den Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum bedeutend, denn je jünger die Jugendlichen beim Erstkonsum waren, desto eher nehmen sie diese Stoffe ein. Eine gute Beziehung zu den Eltern stellt einen Schutzfaktor dar, da jene Jugendliche weniger Alkohol, Drogen und Zigaretten konsumieren. Die Beziehung zu den Freunden stellt einerseits einen Schutzfaktor dar, da eine gute emotionale Beziehung zu den Freunden mehr Zeit mit Sport bedingt. Die Beziehung zu den Freunden kann zum Risikofaktor werden, da je besser die

Kommunikation zwischen den Jugendlichen ist, desto eher werden Drogen, Alkohol und Zigaretten konsumiert. Allerdings wird in keinem der drei Bereiche ein Gruppendruck angegeben. Nicht nur externe Faktoren, sondern auch interne Faktoren, wie die Persönlichkeit, beeinflussen den Gesundheitszustand und das Verhalten bezüglich der Gesundheit der Jugendlichen. Ein Jugendlicher, welcher verträglich und gewissenhaft ist, verfügt über einen besseren Gesundheitszustand im Allgemeinen. Im Gegensatz zu einem Jugendlichen, welcher neurotisch ist, denn dieser gibt einen schlechteren Gesundheitszustand an und trinkt mehr Alkohol. Ein Jugendlicher, welcher offen gegenüber Neuem ist, raucht eher. Hat ein Jugendlicher weitgehend seine Identität übernommen, konsumiert er am wenigsten Alkohol. Ein Jugendlicher, welcher sich im Stadium des Moratorium befindet konsumiert am meisten Alkohol.

11. Abstract

The research question of this degree dissertation applies to the psychological aspects of the health behavior of teenagers. The evaluation is realized as a part of the longitudinal study “Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL- Projekt)” which was initiated by Univ.-Prof. Dr. Rollett at the University of Vienna, Department for Psychology.

During the first evaluation the mothers have been in the sixth month of pregnancy, whereas at the seventh evaluation the teenagers were in the average 18.23 years old. 142 teenagers, 141 mothers and 116 fathers were interviewed in the course of the seventh evaluation. The following questionnaires were used to check the state of health from the teenagers: The questionnaire “Fragebogen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten” which was adapted from the questionnaire “Adolescent Health and Development Questionnaire”, constructed by Jessor, Costa and Turbin (2002). The questionnaire IPPA by Armsden and Greenberg (1987) were used to engage the attachment to the parents and friends and also the NEO-FFI by Borkenau and Oseidorf (1993) was used to demonstrate the dimension of personality of the teenagers. Pertinence for the research question has also the questionnaire “Fragebogen zum Freizeitverhalten” of the teenagers by Rollett, Brandl, Pucher and Werneck (2008), as well as the questionnaire to seize the identity by Rollett (2005).

The health situation is subjective appreciate with a five step answer scale. The results shows that stress at home and stress in the rest of the life, as well as the description of chronical diseases affect the evaluation of the health situation negatively. A low family income labored that lunch is left out and this also account for a risky health behavior.

Smoking is also a risk for a bad health state. The entrance to smoke cigarettes, to drink alcohol or to consume drugs is important. The younger the teenagers were to first consume this substances, the more they take right now. A potential protective factor is a good relationship to their parents because then the teenagers drink less alcohol, take less drugs and consume less cigarettes. The relationship to friends is on the one hand a protective factor, because teenagers with a good emotional relationship to their friends spend more time with sports. On the other hand the relationship to friends is a risk factor. The better the communication to friend is, the more they consume drugs, alcohol or cigarettes.

A pressure from the group is negated in all three category groups. Not only external factors, also internal factors, like personality, influence the state of the health and the

health behavior of teenagers. A teenager who is compatible and conscientious has a better health state in general. In contrast a teenager who is neurotic has a worse health state and drinks more alcohol. A teenager who is open minded, rather smokes. Teenagers who have widely assumed the identity, consumes less alcohol. A teenager who is provided in the state of "Moratorium" consumes the most alcohol.

III. Literatur

- Adelmann, P.K. (2005). Social environmental factors and preteen health- related behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36, 36-47.
- Albers, A.B. & Biener, L. (2003). Adolescent Participation in Tobacco Promotions: The Role of Psychosocial Factors. *Pediatrics*, 111, 402- 406.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. Franke & N. Schulte, Übers.) Tübingen: dgvt- Verlag.
- Armsden, G. C. & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Audrain- McGover, J., Rodriguez, D., Patel, V., Faith, M.S., Rodgers, K. & Cuevas, J. (2005). How Do Psychological Factors Influence Adolescent Smoking Progression? The Evidence for Indirect Effects Through Tobacco Advertising Receptivity. *Pediatrics*, 117, 1216-1225.
- Backer, J.H., Maes, H.H., Lissner, L., Aggen, S.H., Lichtenstein, P. & Kendler, K.S. (2009). Genetic Risk Factors for Disordered Eating in Adolescent Males and Females. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (3), 576- 586.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin Heidelberg: Springer- Verlag
- Belz- Merk, M. (1995). *Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit: die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

- Berk, L.E. (2005). *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson Studium.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., Dasen, P.R. (2007). *Cross- Cultural Psychology. Research and Applications*. New York: Cambridge University Press
- Bilz, L.& Melzer, W. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer HBSC- Gesundheitsstudie 2005 im Freistaat Thüringen*. Dresden: Technische Universität Dresden, Fakultät für Erziehungswissenschaften, Institut für Schulpädagogik.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1998). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Botwin G.J., Griffin, K.W., Diaz, T. & Ifill- Williams, M. (2001). Preventing Binge Drinking During Early Adolescence: One- and Two- Year Follow- Up of School- Based Preventive Intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (4), 360-365.
- Bowman, S.A., Gortmaker, S.L., Ebbeling, C.B., Pereira, M.A. & Ludwig, D.S. (2004). Effects of Fast- Food Consumption on Energy Intake and Diet Quality Among Children in a National Household Survey. *Pediatrics*, 113, 112- 118.
- Breslau, N. (1995) Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics* 25 (2), 95-101.
- Brown, S.A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Schwartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S.F., Sher, K., Winters, K.C., Lowman, C. & Murphy, S. (2008). A Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics*, 121, 290- 230.
- Brownell, K.D. (2004). Fast Food and Obesity in Children. *Pediatrics*, 113, 132.

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006a). *Alkoholkonsum in Österreich*. Ludwig- Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBI- Sucht). Zugriff am 16.06.2010, von www.api.or.at/lbi/pdf/06%20factsheet%20alkohol.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006b). *Illegaler Drogenkonsum in Österreich*. Ludwig- Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBI- Sucht). Zugriff am 16.06.2010, von www.api.or.at/sp/download/lbidownload/06%20factsheet%20drogen.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006c). *Rauchverhalten in Österreich*. Ludwig- Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBI- Sucht). Zugriff am 16.06.2010, von www.api.or.at/sp/download/lbidownload/06%20factsheet%20nikotin.pdf
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2000) *SPSS Version 9. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison- Weskey
- Casey, P.H., Simpson, P.M., Gossett, J.M., Bogle, M.L., Champagne, C. M., Connell, C., Harsha, D., McCabe-Sellers, B., Robbins, J.M., Stuff, J.E. & Weber, J. (2006). The Association of Child and Household Food Insecurity With Childhood Overweight Status. *Pediatrics*, 118, 1406- 1413.
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven- Sieberer, U., Torsheim, T. Lemma, P. & HBSC (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research* 15, 1577-1585.
- Chavez, M. & Insel, T.R. (2007). Eating Disorders. National Institute of Mental Health`s Perspective. *American Psychologist*, 62 (3), 159- 166.

- Clayton, R.R., Caudill, C.A. & Segress, M.J.H. (2009). Tobacco Use And Adolescent Health. In: Ralph J. DiClemente, John S. Santelli, Richard A. Crosby (Hrsg.) *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Cole, T.M., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320, 1-6.
- Crow., S., Eisenberg, M.E., Story, M. & Neumark- Sztainer, D. (2008). Are Body Dissatisfaction, Eating Disturbance and Body Mass Index Predictors for Suicidal Behavior in Adolescent? A longitudinal Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), 887-892.
- Dalton, M.A., Beach, M.L., Adachi- Mejia, A.M., Longacre, M.R., Matzkin, L. A., Sargent, J.D., Heatherton, T.F. & Titus- Ernstoff, L. (2009). Early Exposure to Movie Smoking Predicts Established Smoking by Older Teens and Young Adults. *Pediatrics*, 123, 551- 558.
- Dalton, M.A., Beach, M.L., Adachi- Mejia, A.M., Longacre, Titus- Ernstoff, L., Gibson, J.J., James, M. K., Sargent, J.D. & Beach, M. L. (2006). Parental Rules and Monitoring of Children's Movie Viewing Associated With Children's Risk for Smoking and Drinking. *Pediatrics*, 118, 1932- 1942.
- DiClemente, R.J. , Santelli, J.S. & Crosby, R.A. (2009). *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. San Francisco: Jossey- Bass.
- DiFranza, J., Savageau, J.A., Fletcher, K., O'Loughlin, J., Pbert, L., Ockene, J.K., McNeill, A.D., Hazelton, J., Friedman, K., Dessault, G., Wood, C. & Wellman, R.J. (2007). Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use. The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth- 2 Study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161 (7), 704-710.

- DiFranza, J., Savageau, J.A., Fletcher, K., Pbert, L., O'Loughlin, J., McNeill, A.D., Ockene, J.K., Friedman, K., Hazelton, J., Wood, C., Dessault, G. & Wellman, R.J. (2007). Susceptibility to Nicotine Dependence: The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth 2 Study. *Pediatrics*, 120, 974- 983.
- Ebbeling, C.B., Sinclair, K.B., Pereira, M.A., Garcia- Lago, E., Feldman, H.A. & Ludwig, D.S. (2004). Compensation for Energy Intake From Fast Food Among Overweight and Lean Adolescents. *JAMA*, 291 (23), 2828- 2833.
- Elliot, D.L., Goldberg, L., Moe, E.L., DeFrancesco, C.A., Durham, M.B. & Small, H.H. (2004). Preventing Substance Use and Disordered Eating: Initial Outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise and Nutrition Alternatives) Program. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 1043 - 1049.
- Espinoza, P., Penelo, E. & Raich, R.M. (2010). Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later? *Body Image*, 7 (1), 70-73.
- Faith, M.S., Dennison, B.A., Edmunds, L.S. & Stratton, H.H. (2006). Fruit Juice Intake Predicts Increased Adiposity Gain in Children From Low- Income Families: Weight Status-by- Environment Interaction. *Pediatrics*, 118, 2066- 1075.
- Flitzgibbon, M.L., Beech, B.M. (2009). The Role of Culture in the Context of School-Based BMI Screening. *Pediatrics*, 124, 50-62.
- Flammer, A. & Alsaker, F.D. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter*. Bern: Verlag Hans Huber
- Franco, D.L., Affenito, S.G., Thompson, D. & Barton, B.A. (2008). What Mediates the Relationship Between Family Meals and Adolescent Health Issues? *Health Psychology*, 27 (2), 109-117.

- Freedman, D.S., Kettel Khan, L.K., Serdula, M.K., Dietz, W.H., Srinivasan, S.R. & Berenson, G.S. (2005). The Relation of Childhood BMI to Adult Adiposity: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 115, 22- 27.
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath. K. (2008). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Goodman, E& Huang, B. (2002). Socioeconomic Status, Depressive Symptoms, and Adolescent Substance Use. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 448 - 453.
- Gundersen, C., Lohman, B.J., Garasky, S., Stewart, S. & Eisenmann, J. (2008). Food Security, Maternal Stressors, and Overweight Among Low- Income US Children: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey. *Pediatrics*, 122, 529- 540.
- Günther, B. (2006). *Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005. Die Ergebnisse der aktuellen repräsentativen bayerischen Gesundheitsstudie*. München: Bayrisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
- Haußer, K. (1995). *Identitätspsychologie*. Berlin: Springer
- Hanewinkel, R. & Sargent, J.D. (2008). Exposure to Smoking in Internationally Distributed American Movies and Youth Smoking in Germany: A Cross-cultural Cohort Study. *Pediatrics*, 121, 108- 117.
- Havighurst, R.J. (1981). *Developmental Tasks and Education. Third Edition*. New York and London: Longman

- Hinget, G. (2005). Alcohol and cannabis: Young people talking about how parents respond to their use of these two drugs. *Drugs: education, prevention and policy*, 12 (2), 113-124.
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M.R. & Wechsler, H. (2003). Early Age of First Drunkenness as a Factor in College Students' Unplanned and Unprotected Sex Attributable to Drinking. *Pediatrics*, 111, 34- 41.
- Hurrelmann, K. (2002). *Psycho- und somatosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 45, 866-872.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Hurrelmann, K., Albert, M. & TNS Infratest Sozialforschung (2006). *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Jessor, R., Costa, F.M. & Turbin, M.S. (2002). *Adolescent Health and Development Questionnaire (AHDQ)*. Institut of Behavioural Science, University of Colorado at Boulder. Zugriff am 09.01.2010, von http://www.colorado.edu/ibs/jessor/questionnaires/questionnaire_ahdq3.pdf
- Jessor, R., Turbin, M.S. & Costa, F. M. (2003). Adolescent Problem Behavior in China and the United States: A Cross- National Study of Psychosocial Protective Factors. *Journal of Research on adolescent*, 13 (3), 329-360.
- Jessor, R. (2008). Description Versus Explanation in Cross- National Research on Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43, 527- 528.

- Klicpera, C. & Gasteiger- Klicpera, B. (2006). *Emotionale und verhaltensbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Wien: facultas.wuv
- Klocke, A. & Lampert, T. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch- Institut.
- Kim, M.J., Fleming, C.B. & Catalano, R.F. (2009). Individual and Social Influences on Progression to Daily Smoking During Adolescence. *Pediatrics*, 124, 895-902.
- Kolip, P. (2002). *Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. Empirische Befunde und theoretische Erklärungsansätze*. Bremen, Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 45, 885-888.
- Krebs, N.F., Himes, J.H., Jacobson, D., Nicklas, T.A., Guilday, P. & Styne, D. (2007). Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *Pediatrics*, 120, 193- 228.
- Kropp, R.Y. & Halpern- Felcher, B.L. (2004). Adolescents' Beliefs About Risks Involved in Smoking „Light“ Cigarettes. *Pediatrics*, 114, 445- 451.
- Langness, A., Leven, I. & Hurrelmann, K. (2006). Jugendliche Lebenswelten: Familie, Schule, Freizeit. In Klaus Hurrelmann, M. Albert & TNS Infratest Sozialforschung (Hrsg.) *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Licence, K. (2004). Promoting and protecting the health of children and young people. Blackwell Publishing Ltd, *Child: Care, Health & Development*, 30 (6), 623- 635.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In Babette Renneberg & Philipp Hammelstein (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In Babette Renneberg & Philipp Hammelstein (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Lippke, S. & Vögele, C. (2006). Sport und körperliche Aktivität. In Babette Renneberg & Philipp Hammelstein (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Maier, M. (2011). *Die Entwicklung der Beziehung zu Freunden; Resultate einer Längsschnittstudie*. Diplomarbeit. Wien: Universität, Fakultät für Psychologie.
- Marcia, J.E. (1966). Development and Validation of Ego-Identity Status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (5), 551-558.
- McCarty, C.A., Ebel, B.E., Garrison, M.M., DiGiuseppe, D.L., Christakis, D.A. & Rivara, F.P. (2004). Continuity of Binge and Harmful Drinking From Late Adolescent to Early Adulthood. *Pediatrics*, 114, 714-719
- Miller, J.W., Naimi, T.S., Brewer, R.D. & Jones, S.E. (2007). Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students. *Pediatrics*, 119, 76-85.
- Neumark-Sztainer, D. & Hannan, P.J. (2000). Weight-Related Behaviors Among Adolescent Girls and Boys: Results From a National Survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 569 - 577.
- Neumark-Sztainer, D.R., Wall, M.M., Haines, J.I., Story, M.T., Sherwood, N.E., Berg, P.A. van den (2007). Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33 (5).

- Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M., Fulkerson, J., Story, M. & Larson, N. (2008). Family Meals and Disordered Eating in Adolescents: Longitudinal Findings From Projekt EAT. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 17 - 22.
- O'Connor, T.M., Yang, S. & Nicklas, T.A. (2006). Beverage Intake Among Preschool Children and Its Effect on Weight Status. *Pediatrics*, 118, 1010- 1018.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2002). Jugendalter. In: Rolf Oerter & Leo Montada. *Entwicklungspsychologie*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlage
- Oerter, R. & Montada, L. (2002). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlage
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R., McDowell, M.A., Tabak, C.J. & Flegal, K.M. (2006). Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999- 2004. *JAMA*, 295 (13), 1549-1555.
- Pate, R.R., Trost, S.G., Levin, S. & Dowda, M. (2000). Sports Participation and Health-Related Behaviors Among US Youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 904 - 911.
- Pentz, M.A. (2009). Understanding and Preventing Risks for Adolescent Obesity. In: Ralph J. DiClemente, John S. Santelli, Richard A. Crosby (Hrsg.) *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Pietrowsky, R. (2006). Ernährung. In: Babette Renneberg & Philipp Hammelstein (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Plinquant, M. und Silbereisen, R.K. (2002). *Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze*. Jena, Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 873-878.

- Ranetbauer, M. & Hackl, M.J. (2007). Das Ernährungsverhalten 15 jähriger Schüler/Schülerinnen. *Journal für Ernährungsmedizin*, 9 (4), 14-19.
- Reimann, S. & Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In Babette Renneberg & Philipp Hammelstein (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2004). *Jugend und Drogen- Eine Studie zum wachsenden Bedarf an jugendspezifischer Suchtprävention*. Gablitz: Verlag für Medizin und Wirtschaft
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH.
- Rimer, B. K. & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, And Practice*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Rollett, B. (2005). *Das Identitätsstatusdiagnoseinventar (ISDI)*. Wien: Universität, Fakultät für Psychologie, Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik.
- Rollett, B. (2006). Anstrengungsvermeidung. In: Detlef H. Rost (Hrsg.) *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag PVU, (3) S.14-20.

- Rollett, B., Brandl, K., Pucher, B. & Werneck, H. (2008). Freizeitverhaltensfragebogen. In: Brigitte Rollett und Harald Werneck (Hrsg.). *Das Längsschnittprojekt Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL); Familienbezogene und individuelle Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung im Jugendalter*. (Forschungsbericht 6) Wien: Universität, Fakultät für Psychologie, Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik.
- Rollett, B., Werneck, H. & Hanfstingl, B. (2006). *Das Längsschnittprojekt Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL); Familienentwicklung im Schulübertritt*. (Forschungsbericht 5) Fakultät der Psychologie der Universität Wien.
- Rollett, B. & Werneck, H. (2008). *Das Längsschnittprojekt Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL); Familienbezogene und individuelle Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung im Jugendalter*. (Forschungsbericht 6) Fakultät der Psychologie der Universität Wien.
- Rollett, B. & Werneck, H. (2009). *Antrag auf Finanzierung der siebenten Erhebungswelle des Längsschnittprojekts "Familienentwicklung im Lebenslauf" (FIL), Projekttitle: "Familienentwicklung im Lebenslauf: Der Übergang in das Erwachsenenalter – Gesundheitsverhalten, individuelle und Familienentwicklung"*. Fakultät für Psychologie der Universität Wien.
- Rollett, W. & Rollett, B (In Vorbereitung). *Anstrengungsvermeidungstest für Schüler (AVT-Sch)*. Institut für Schulentwicklungsforschung, Universität Dortmund
- Rolls, B.J., Fedoroff, I.C., Guthrie, J.F. (1991). Gender Differences in Eating Behavior and Body Weight Regulation. *Health Psychology*, 10 (2), 133- 142.
- Roth, M. & Petermann, H. (2006). Tabak, Alkohol und illegale Drogen: Gebrauch und Prävention. In Babette Renneberg, Philipp Hammelstein (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

- Salbe, A.D., Weyer, C., Lindsay, R.S., Ravussin, E. & Tataranni, P.A. (2002). Assessing Risk Factors for Obesity Between Childhood and Adolescence: I. Birth Weight, Childhood Adiposity, Parental Obesity, Insulin, and Leptin. *Pediatrics*, 110, 299-306.
- Sales, J.M. & Irwin, C.E. (2009). Theories of Adolescent Risk Taking: The Biopsychosocial Model. In Ralph J. DiClemente, John S. Santelli, Richard A. Crosby (Hrsg.) *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. San Francisco: Jossey- Bass
- Sayal, K., Heron, J., Golding, J., Alati, R., Smith, G.D., Gray, R., Emond, A. (2009). Binge Pattern of Alcohol Consumption During Pregnancy and Childhood Mental Health Outcomes: Longitudinal Population- Based Study. *Pediatrics* ,123, 289- 296.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2008). How to Overcome Health-Compromising Behaviors: The Health Action Process Approach. *European Psychologist*, 13(2), 141-151.
- Simantov, E., Schoen, C. & Klein, J.D. (2000). Health- Compromising Behaviors: Why Do Adolescents Smoke or Drink?: Identifying Underlying Risk and Protective Factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 1025 - 1033.
- Taveras, E.M., Berkey, C.S., Rifas- Shiman, S.L., Ludwig, D.S., Rockett, H.R.H., Field, A.E., Colditz, G.A. & Gillmann, D.S. (2005). Association of Consumption of Fried Food Away From Home With Body Mass Index and Diet Quality in Older Children and Adolescents. *Pediatrics*, 116, 518- 524.

- Taylor, J.P., McCarthy, M.J., Rosemary, H. & Smith, P.B. (2009). A comprehensive Profile of Health Risk Behaviors among students at a small canadian university. *College Student Journal*, 43.
- Turbin, M.S., Jessor, R., Costa, F.M., Dong, Q., Zhang, H., Wang, C. (2006). Protective and Risk Factors in Health- Enhancing Behavior Among Adolescents in China and the United States: Does Social Context Matter? *Health Psychology*, 25 (4), 445-454.
- Wang, Y., Monteiro, C., Popkin, B.M (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. *American Journal Clinical Nutrition*, 75, 971-977.
- Wang, Y., Zhang, Q. (2006). Are American children and adolescents of low socioeconomic status at increased risk of obesity? Changes in the association between averweight and family income between 1971- 2002. *American Journal Clinical Nutrition*, 84, 707-716.
- Weltgesundheitsorganisation Europa (2004). *Gesundheit im Schlaglicht: Österreich. Highlights on health.* Zugriff am 12. 01. 2010, von http://www.euro.who.int/healthinfo/20020613_1?language=German
- WHO (2010). *The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI.* Zugriff am 16. 06. 2010, von http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Williams, P.G., Holmbeck, G.N. & Greenley, R.N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 828- 842.

IV. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Identitätsstadien nach Marcia (Haußer, 1995, S.81)	16
Abbildung 2: Derzeitige Ausbildungssituation der Jugendlichen	54
Abbildung 4: Einschätzung des Gesundheitszustandes im Allgemeinen (Anteilswerte in Prozent)	76
Abbildung 5: BMI der weiblichen Jugendlichen (N=71)	80
Abbildung 6: BMI der männlichen Jugendlichen (N=70)	81
Abbildung 7: Raucherstatus der Jugendlichen (Anteilswerte in Prozent)	89
Abbildung 8: Einstiegsalter des Zigarettenkonsums	90
Abbildung 9: BMI und Häufigkeiten	109
Abbildung 10: Sportverhalten weibliche Jugendliche	124
Abbildung 11: Sportverhalten männliche Jugendliche	124
Abbildung 12: Prozentangaben zum Identitätsstatus	128
Abbildung 13: Mittelwertsdiagramm zum Alkoholkonsum der letzten sechs Monate in Abhängigkeit von Krise und Verpflichtung	133
Abbildung 14: Screeplot zum Freizeitverhalten	137

2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmerquoten	53
Tabelle 2: Haushaltseinkommen der Mütter	55
Tabelle 3: Familienstand der Mütter	56
Tabelle 4: Familienstand der Väter	57
Tabelle 5: Skalen des adaptierten IPPA	60
Tabelle 6: Dimensionen des NEO- FFI	61
Tabelle 7: Skalen des Freizeitverhaltensfragebogen	62
Tabelle 8: Skalen des Anstrengungsvermeidungstests für Schüler	63
Tabelle 9: Kontingenztafel zu Marihuana und Geschlecht	78
Tabelle 10: Kontingenztafel zu Müdigkeit und Geschlecht	84
Tabelle 11: Kontingenztafel zu Kopfschmerzen und Geschlecht	85
Tabelle 12: Kontingenztafel zu Rückenschmerzen und Geschlecht	85
Tabelle 13: Kontingenztafel zu Erkältungskrankheiten und Geschlecht	86
Tabelle 14: Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen	88
Tabelle 15: Ausgeschlossene Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen	88
Tabelle 16: Kontingenztafel zu Rauchverhalten und der aktuellen Ausbildungssituation	91
Tabelle 17: Kontingenztafel zu Rauchverhalten der Freunde und ob der Jugendliche schon einmal richtig geraucht hat	93
Tabelle 18: Kontingenztafel zu Raucherstatus von Jugendlichen und Familienstand der Eltern	94
Tabelle 19: Prädiktor des Zigarettenkonsums	95
Tabelle 20: Ausgeschlossene Prädiktoren des Rauchverhaltens	95

Tabelle 21: Kreuztabelle zu Alkoholkonsum und aktuelle Ausbildungssituation	97
Tabelle 22: Korrelationen zu Probleme und Alkoholkonsum	100
Tabelle 23: Prädiktoren des Alkoholkonsums	101
Tabelle 24: Ausgeschlossene Prädiktoren des Alkoholkonsums	102
Tabelle 25: Kontingenztafel zu Drogenkonsum und aktuelle Ausbildungssituation	105
Tabelle 26: Prädiktoren des Drogenkonsums	107
Tabelle 27: Ausgeschlossene Prädiktoren des Drogenkonsums	107
Tabelle 28: Prädiktoren des Drogenkonsums (ohne Freunde)	108
Tabelle 29: Ausgeschlossener Prädiktor des Drogenkonsums (ohne Freunde)	108
Tabelle 30: Kontingenztafel zu Achten auf Menge an Salz und Geschlecht	113
Tabelle 31: Kontingenztafel zu Achten auf die Menge an Fett und Geschlecht	114
Tabelle 32: Kontingenztafel zu Achten auf täglich frisches Obst und Gemüse und Geschlecht	115
Tabelle 33: Kontingenztafel zu Achten auf Obst statt Süßes zwischendurch und Geschlecht	116
Tabelle 34: Kontingenztafel zu Achten auf keine frittierten Nahrungsmittel und Geschlecht	117
Tabelle 35: Kontingenztafel zu Achten auf kein Junk Food und Geschlecht	118
Tabelle 36: Kontingenztafel zu Einnahme des Frühstücks und Konzentrationsproblemen	119
Tabelle 37: Prädiktor des BMI	123
Tabelle 38: Ausgeschlossene Prädiktoren des BMI	123
Tabelle 39: Prädiktoren des Sportverhaltens	126
Tabelle 40: Ausgeschlossene Prädiktoren des Sportverhaltens	127
Tabelle 41: Kreuztabelle von Krise und innerer Verpflichtung	129
Tabelle 42: Tafel der Varianzanalyse- Test der Zwischensubjekteffekte zum Gesundheitszustand im Allgemeinen	130
Tabelle 43: Korrelationen zu Identitätsstatus und Zigarettenkonsum	131
Tabelle 44: Test der Zwischensubjekteffekte zum Alkoholkonsum	132
Tabelle 45: Korrelationen zu Identitätsstatus und Drogenkonsum	134
Tabelle 46: K-W Test: Mittelwerte und Ränge	135
Tabelle 47: Faktorenanalyse zu Freizeitverhalten (Maier, 2010, S.101)	136
Tabelle 48: Reliabilitätsanalyse zu den Skalen und Darstellung der Items (Maier, 2010, S.102) ..	137
Tabelle 49: Deskriptive Statistik zum Freizeitverhalten	138
Tabelle 50: Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen	139
Tabelle 51: Ausgeschlossene Prädiktoren des Gesundheitszustandes im Allgemeinen	139
Tabelle 52: Deskriptive Statistik zum AVT	140
Tabelle 53: Korrelationen zwischen den Schwerpunkten	140
Tabelle 54: Deskriptive Statistik zu NEO-FFI	141
Tabelle 55: Korrelation zu NEO-FFI und Alkoholkonsum	141
Tabelle 56: Korrelation zu NEO-FFI und Drogenkonsum	142
Tabelle 57: Korrelation zu NEO-FFI und Rauchverhalten	143
Tabelle 58: Korrelation zu NEO-FFI und Sportverhalten	143
Tabelle 59: Korrelation zu NEO-FFI und Gesundheitszustand im Allgemeinen	144
Tabelle 60: Deskriptive Statistik zu IPPA (Freunde)	146
Tabelle 61: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Alkoholkonsum	147
Tabelle 62: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Drogenkonsum	147
Tabelle 63: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Zigarettenkonsum	148
Tabelle 64: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Gesundheitszustand im Allgemeinen	148
Tabelle 65: Korrelation zu IPPA (Freunde) und Sportverhalten	149

Tabelle 66: Deskriptive Statistik zu IPPA (Mutter).....	150
Tabelle 67: Deskriptive Statistik zu IPPA (Vater).....	150
Tabelle 68: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Alkoholkonsum.....	151
Tabelle 69: Korrelation zu IPPA (Vater) und Alkoholkonsum.....	151
Tabelle 70: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Drogenkonsum.....	152
Tabelle 71 : Korrelation zu IPPA (Vater) und Drogenkonsum.....	152
Tabelle 72: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Rauchverhalten	153
Tabelle 73: Korrelation zu IPPA (Vater) und Rauchverhalten	153
Tabelle 74: Korrelation IPPA (Mutter) und Gesundheitszustand im Allgemeinen	154
Tabelle 75: Korrelation zu IPPA (Vater) und Gesundheitszustand im Allgemeinen	155
Tabelle 76: Korrelation zu IPPA (Mutter) und Sportverhalten.....	155
Tabelle 77: Korrelation IPPA (Vater) und Sportverhalten	156
Tabelle 78: Mittelwerte und Standardabweichung des Sportverhaltens zu t_6 und t_7	158
Tabelle 79: Kreuztabelle von Raucherstatus t_6 und t_7	159

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Wachter
Vorname	Elisabeth
Geburtsdatum	17.05.1985
Adresse	3550 Langenlois August Sachsenederstr. 5
Nationalität	Österreich



Ausbildung

seit 01.03.2009	Psychotherapieausbildung: Propädeutikum beim ÖAGG
Studium seit 01.10.2004	Diplomstudium der Psychologie Spezialisierung: Klinische und Gesundheitspsychologie, Angewandte Kinder und Jugendpsychologie
seit 01.10.2006	Diplomstudium der Pädagogik Spezialisierung: Heil- und Sonderpädagogik Aus- und Weiterbildung
Reife- und Diplomprüfung 1999- 2004	Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik

Berufserfahrung

Praktikum 01.09.2010- 07.02.2011	Wiener Kindergrippenstudie, WIKI: Dateneingabe und Literaturrecherche
Praktikum 01.05.2010- 21.12.2010	biv integrativ- Akademie für integrative Bildung: Seminarbegleitung, individuelle Lernbetreuung
Praktikum 06.07.2009- 14.08.2009	Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im NÖ Landeskrankenhaus Tulln

Praktikum 21.08.2008- 01.10.2008	Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im NÖ Landeskrankenhaus Tulln
Ausbildung 01.03.2008- 31.01.2009	Ausbildung zum student mentor an der Fakultät Psychologie, Universität Wien
Ferienbetreuung 07.02. 2007- 29.02.2007	Hilfswerk Tulln
Diverse Praktika 2000- 2004	Verein für integrative Kindergruppen in Eggenburg: Mithilfe bei diversen Festen, Ferial- Aushilfe Hilfswerk Langenlois: Sozialer Dienst, Mithilfe bei diversen Veranstaltungen

