

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

WORLD HEALTH ORGANIZATION
COLLABORATIVE CROSS-NATIONAL STUDY

Lebensstile und Gesundheit von Schülerinnen und Schülern

Die Ergebnisse 2014
der Überwachung
HBSC Italien



hbsc
ITALIA/ITALY



Südtiroler Sanitätsbetrieb
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitaria de Sudtirol

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Abteilung 23 - Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Ripartizione 23 - Sanità
Osservatorio epidemiologico



UNIVERSITÀ
DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DI TORINO



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

Dieses Material wurde im Rahmen des Projekts "Das Überwachungssystem HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) für die Bevölkerung Italiens in der Adoleszenz: Risikofaktoren und Ressourcen für die Gesundheit, um die Regionalpolitik zu informieren" ausgearbeitet. Das Projekt wird in Umsetzung des Programms „Guadagnare salute“ vom Gesundheitsministerium/CCM gefördert und vom Departement für Forschung, Öffentliche Gesundheit und Kinderheilkunde der Universität Turin koordiniert (Beitrag Region Piemont - CCM 2013 - "Projekt Überwachung HBSC").

DIE FORSCHUNGSGRUPPE

Nationale Koordinierung der HBSC-Studie

Universität Turin

Departement für Forschung, Öffentliche Gesundheit und Kinderheilkunde

Prof. Franco Cavallo (*Principal Investigator*) e Prof.ssa Patrizia Lemma

Dott.ssa Paola Berchialla

Dott. Alberto Borraccino

Dott.ssa Lorena Charrier

Dott.ssa Paola Dalmaso

Dott.ssa Giulia Piraccini

Dott. Nazario Cappello

Universität Siena

CREPS - Fakultätsübergreifendes Zentrum für Erziehungsforschung und Gesundheitsförderung - Fakultät für Pathophysiologie, Experimentelle Medizin und Öffentliche Gesundheit

Prof. Mariano Giacchi

Dott. Giacomo Lazzeri

Dott.ssa Rita Simi

Dott.ssa Stefania Rossi

Dott. Andrea Pammolli

Universität Padua

Fakultät für Entwicklungspsychologie und Sozialisierung

Prof. Alessio Vieno

Dott. Natale Canale

Dott.ssa Michela Lenzi

Dott.ssa Claudia Marino

Gesundheitsministerium

Generalsekretariat

Dott.ssa Daniela Galeone

Dott.ssa Maria Teresa Menzano

Generalsekretariat für Prävention

Dott. Lorenzo Spizzichino

Ministerium für Bildung, Universität und Forschung

Dott. Alessandro Vienna

Autonome Provinz Bozen

Prof. Lucio Lucchin (Wissenschaftlicher Leiter – Südtiroler Sanitätsbetrieb)

Dr. Antonio Fanolla (Landeskoordinator – Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes)

Sabine Weiss (Stellvertretende Landeskoordinatorin – Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes)

Dr. Sara Tanja Oberhofer (Deutsches Bildungsressort)

Dr. Julia von Spinn (Deutsches Bildungsressort)

Prof. Annalisa Gallegati (Italienisches Bildungsressort)

Dr. Cristina Sartori (Italienisches Bildungsressort)

Dr. Lois Kastlunger (Ladinisches Bildungsressort)

Verantwortung für die Herausgabe

Die nationale wissenschaftliche HBSC-Koordinierungsgruppe ist verantwortlich für:

- alle den Regionalberichten gemeinsamen Teile, einschließlich der Einleitungen der einzelnen Kapitel, sofern diese nicht von den regionalen Verantwortlichen abgeändert wurden
- für die in den beiliegenden Tabellen und Diagrammen enthaltenen Daten.

Die regionalen Gruppen sind verantwortlich für die Erläuterungen zu den ihnen bereit gestellten Daten sowie für die einleitenden Teile, falls sie Änderungen an den Einleitungen der nationalen Gruppe angebracht haben.

Inhaltsverzeichnis

VORSTELLUNG.....	6
VORWORT	7
DANKSAGUNGEN.....	8
KAPITEL 1: DIE STUDIE UND IHRE STICHPROBE.....	11
EINLEITUNG	11
1.2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	12
BIBLIOGRAPHIE KAPITEL 1	13
KAPITEL 2: DAS FAMILIÄRE UMFELD.....	15
EINLEITUNG	15
2.1 DIE FAMILIENSTRUKTUR.....	15
2.2 DIE QUALITÄT DER BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN.....	17
2.3 DER SOZIOÖKONOMISCHE ASPEKT	20
SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	21
BIBLIOGRAPHIE KAPITEL 2	22
KAPITEL 3: DAS SCHULISCHE UMFELD.....	24
EINLEITUNG	24
3.1 SCHULSTRUKTUR, INTERNE ORGANISATION UND FÖRDERUNG DES WOHLBEFINDENS (STUDIE ÜBER DIE SCHULE)	24
3.2 BEZIEHUNG ZU DEN LEHRPERSONEN	28
3.3 BEZIEHUNG ZU DEN MITSCHÜLERN	29
3.4 DIE BEZIEHUNG ZUR SCHULE	32
SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	33
BIBLIOGRAPHIE KAPITEL 3	33
KAPITEL 4: SPORT UND FREIZEIT.....	36
EINLEITUNG	36
4.1 KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	36
4.2 TÄTIGKEITEN IM SITZEN	38
4.2.1 HÄUFIGKEIT DER FERNSEHER- UND COMPUTERNUTZUNG UND DER NEUEN KOMMUNIKATIONSFORMEN	38
4.3 BEZIEHUNG ZU DEN ALTERSGENOSSEN	40
SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	41
BIBLIOGRAPHIE KAPITEL 4	42
KAPITEL 5: ESSGEWOHNHEITEN UND ERNÄHRUNGSRELEVANTE ASPEKTE.....	44
EINLEITUNG	44
5.1 HÄUFIGKEIT UND REGELMÄßIGKEIT DER MAHLZEITEN	45
5.2 OBST- UND GEMÜSEKONSUM	46
5.3 KONSUM VON SÜßWAREN UND KOHLENSÄUREHALTIGEN SOFTDRINKS	47
5.4 ERNÄHRUNGSRELEVANTE ASPEKTE	48
5.5 MUNDHYGIENE	51
SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	52
BIBLIOGRAPHIE KAPITEL 5	53
KAPITEL 6: RISIKOVERHALTEN.....	55
6.1 KONSUM VON SUBSTANZEN	55
6.1.1 TABAKKONSUM.....	55
6.1.2 ALKOHOLKONSUM.....	56
6.1.3 CANNABIS	59
6.2 GLÜCKSSPIEL.....	60
6.3 SEXUALVERHALTEN	61
6.4 UNFÄLLE.....	62

SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	63
BIBLIOGRAPHIE KAPITEL 6	63
KAPITEL 7: GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	66
EINLEITUNG	66
7.1 WAHRNEHMUNG DER EIGENEN GESUNDHEIT	66
7.2 DAS WAHRGENOMMENE WOHLBEFINDEN	67
7.3 DIE ERKLÄRTEN SYMPTOME	68
7.4 MEDIKAMENTENKONSUM.....	71
SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	71
BIBLIOGRAPHIE KAPITEL 7	72
EINIGE ZUSAMMENFASSENDE INDIKATOREN	74

Vorstellung

Die internationale, multizentrische HBSC-Studie (*Health Behaviour in School-aged Children - Gesundheitsverhalten bei Schülerinnen und Schülern*) wird in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation für Europa alle vier Jahre durchgeführt (www.hbsc.org, www.who.int/about/regions/euro/en/index.html).

In Italien ist die HBSC-Studie zurzeit die einzige Studie mit Überwachungscharakter, die die jugendliche Bevölkerung betrifft. Sie reiht sich neben anderen nationalen Überwachungssystemen wie „OKkio – Schau auf deine Gesundheit“ für Grundschulkinder im Alter von 8 Jahren sowie „Passi“ und „Passi d’Argento“, die die erwachsene Bevölkerung und die Menschen im dritten Lebensalter betreffen, ein.

Überwachungssysteme sind wesentliche Instrumente zur Umsetzung von Strategien, wie beispielsweise des Nationalen Präventionsplans und des nationalen Programms Guadagnare salute.

Der Zweck der Einführung der nationalen HBSC-Überwachung ist das Verständnis der gesundheitsbedingten Faktoren und Prozesse bei Jugendlichen, um die politischen Maßnahmen gesundheitsfördernd ausrichten zu können. Weiters unterstützt das Projekt die Schaffung eines interregionalen Netzwerkes von Gesundheitsexperten und ermöglicht die Erhebung und Verbreitung nützlicher Informationen, um Programme und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit im Entwicklungsalter einzuführen.

Wir hoffen, dass die Datenerhebung zu einer nicht nur gesünderen, sondern auch zuversichtlicheren Gesellschaft beitragen kann, ein Ziel, das ohne engagierte Investition in die Jugend, unsere Zukunft, wohl nur schwierig zu erreichen ist.

Landesrätin für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit

Dr. Martha Stocker

Landesrat für Deutsche Bildung und Kultur, Integration

Dr. Philipp Achammer

Landesrat für Italienische Kultur, Wohnbau und Öffentliche Bauten

Dr. Christian Tommasini

Vorwort

Die Jugend ist ein wichtiger Moment des Übergangs zum Erwachsenenalter und bringt zahlreiche physische und psychische Veränderungen mit sich.

Gerade in dieser Zeit können Lebensstile und Verhaltensweisen, die die gegenwärtige und zukünftige Gesundheit beeinträchtigen – wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch, Tabakkonsum, Drogenkonsum – auftreten.

Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children - Gesundheitsverhalten bei Schülerinnen und Schülern) ermöglicht die Überwachung des Gesundheitszustandes der Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und dient der politischen Unterstützung und Ausrichtung von Bildung und Gesundheitsförderung.

Die internationale, multizentrische HBSC-Studie wurde im Jahr 1982 in England, Finnland und Norwegen eingeführt und zählt heute 41 Teilnehmerländer. Italien hat im Jahr 2000 das erste Mal an der Erhebung teilgenommen und es folgten weitere vier Erhebungen (2002, 2006, 2010 und 2014).

Die HBSC-Studie wurde bis zum Jahr 2006 von einem nationalen Netzwerk – bestehend aus drei Universitäten: Turin, Siena und Padua – weitergeführt und schrittweise auf vier Regionen und eine Autonome Provinz (Piemont, Venetien, Toskana, Lombardei und Provinz Bozen) erweitert. Seit der Erhebung im Jahr 2009 zählt die HBSC-Studie zu den von der Obersten Gesundheitsbehörde koordinierten Projekten und wird in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildungswesen, Universität und Forschung im Rahmen des europäischen Programms „Guadagnare Salute“ gefördert. Ab diesem Zeitpunkt ermöglichte die HBSC-Studie sowohl eine nationale als auch regionale Repräsentativität der Daten, was für die Bestimmung von politischen Maßnahmen wesentlich ist. Im Jahr 2014 wurde die Studie mit Hilfe der Finanzierung von Seiten des Gesundheitsministeriums/CCM (Programm 2013) und unter der wissenschaftlichen Leitung des Departements für Forschung, Öffentliche Gesundheit und Kinderheilkunde der Universität Turin und der Unterstützung der beiden Universitäten Padua und Siena wiederholt.

Jedes Kapitel dieses Berichts beschreibt und analysiert die Daten zum untersuchten Bereich (Familie und Schule, Essgewohnheiten und Risikoverhalten) und zeigt die derzeitige Situation im Beobachtungsgebiet auf. Die erhobenen Daten ermöglichen den regionalen Vergleich und eine Gegenüberstellung zum nationalen Durchschnitt.

Wir hoffen, dass diese Überwachungstätigkeit fortgesetzt werden kann, um positive oder negative Veränderungen aufgrund der eingeleiteten Maßnahmen festzustellen.

Ein besonderer Dank geht an alle, die zum Gelingen dieser Studie beigetragen haben: von den Ansprechpartnern jeder Region über die Bediensteten im Gesundheitsbereich bis hin zu den Schulleitern und Lehrkräften aller miteinbezogenen Schulen. Vor allem danken wir aber den Jugendlichen selbst, die durch ihre wertvolle Zusammenarbeit bei der Ausfüllung der Fragebögen die Studie überhaupt möglich gemacht haben.

Prof. Franco Cavallo und die HBSC-Forschungsgruppe

Danksagungen

Wir danken allen Schülerinnen und Schülern der ersten und dritten Mittelschulklassen sowie der zweiten Oberschulklassen, die die Fragebögen ausgefüllt haben.

Unser Dank geht ebenfalls an alle Lehrkräfte und Schulleiter, die zur Durchführung der Studie beigetragen haben.

Für die Beteiligung an der HBSC-Studie Italien 2013-14 sprechen wir allen nachstehenden Mittelschulen und Oberschulen der Autonomen Provinz Bozen unseren Dank aus:

Mittelschulen

Mittelschule „Dr. F. Ebner“ – SSP Schlanders
Mittelschule „M. Pacher“ – SSP Brixen/Milland
Mittelschule „Oswald von Wolkenstein“ – Brixen
Mittelschule „Albin Egger Lienz“ – SSP Bozen/Stadtzentrum
Mittelschule „A. Schweitzer“ – SSP Bozen/Europa
Mittelschule „J. Röd“ – SSP Bruneck I
Mittelschule „J. Wenter“ – SSP Meran/Stadt
Mittelschule „K. Meusburger“ – SSP Bruneck II
Mittelschule „P. Rosegger“ – SSP Meran/Untermals
Mittelschule Algund – SSP Algund
Mittelschule Ahrntal/St. Johann – SSP Ahrntal
Mittelschule Eppan – SSP Eppan
Mittelschule Graun – SSP Graun
Mittelschule Innichen – SSP Innichen
Mittelschule Jenesien – SSP Tschöggberg
Mittelschule Kaltern – SSP Kaltern
Mittelschule Kastelruth – SSP Schlern
Mittelschule Klausen
Mittelschule Laas – SSP Laas
Mittelschule Lana – SSP Lana
Mittelschule Latsch – SSP Latsch
Mittelschule Leifers – SSP Leifers
Mittelschule Mals – SSP Mals
Mittelschule Naturns – SSP Naturns
Mittelschule Neumarkt
Mittelschule Olang – SSP Olang
Mittelschule Prad – SSP Prad am Stilfersjoch
Mittelschule Ritten – SSP Ritten
Mittelschule Sand in Taufers – Schulzentrum Sand in Taufers
Mittelschule Sarntal – SSP Sarntal
Mittelschule Schenna – SSP Meran/Obermais
Mittelschule St. Martin in Passeier – SSP St. Martin in Passeier
Mittelschule Terlan – SSP Terlan
Mittelschule Tramin – SSP Tramin
Mittelschule V. Raber – SSP Sterzing III
Mittelschule Vintl – SSP Vintl

Mittelschule Welsberg – SSP Welsberg
Gleichgestellte Mittelschule 'St. Antonius' PP. Franziskaner – Bozen
Gleichgestellte Mittelschule der Ursulinen – Bruneck
Gleichgestellte Mittelschule 'Maria Hueber' 'Herz Jesu Institut' – Mühlbach
Scuola media D. Alighieri - Centro storico – IC Bolzano I
Scuola media Alfieri – IC Europa 2 Bolzano
Scuola media E. Fermi – Bolzano Iv - Oltrisarco
Scuola media Foscolo – IC Bolzano VI
Scuola media Leonardo da Vinci – IC Bolzano III
Scuola media Segantini – IC Merano I

Oberschulen

Fachoberschule für Tourismus und Biotechnologie „Marie Curie“ – Meran
Technologische Fachoberschule „Max Valier“ – Bozen
Technologische Fachoberschule „Oskar von Miller“ – Meran
Technologische Fachoberschule Bruneck
Fachoberschule für Wirtschaft – Oberschulzentrum „Claudia von Medici“ Mals
Sozialwissenschaftliches Gymnasium – Oberschulzentrum „Claudia von Medici“ Mals
Fachoberschule für Wirtschaft, Grafik und Kommunikation – Brixen
Wirtschaftsfachoberschule „Franz Kafka“ – Meran
Wirtschaftsfachoberschule „Heinrich Kunter“ – Bozen
Wirtschaftsfachoberschule Bruneck
Wirtschaftsfachoberschule Innichen
Sozialwissenschaftliches Gymnasium Bozen
Fachoberschule für Tourismus Bozen
Fachoberschule für Wirtschaft – Oberschulzentrum Sterzing
Sozialwissenschaftliches Gymnasium Meran
Klassisches Gymnasium Meran
Klassisches Gymnasium Bozen
Fachoberschule für Landwirtschaft Auer
Fachoberschule für Wirtschaft Auer
Sozialwissenschaftliches Gymnasium Brixen
Sozialwissenschaftliches Gymnasium Bruneck
Gleichgestelltes Sozialwissenschaftliches Gymnasium „Maria-Hueber“ – Bozen
Realgymnasium „Albert Einstein“ – Meran
Realgymnasium „J. Ph. Fallmerayer“ – Brixen
Realgymnasium Bozen
Sprachengymnasium Bruneck
Realgymnasium Bruneck
Landesberufsschule für Handwerk und Industrie – Bozen
Landesberufsschule für Handel und Grafik „J. Gutenberg“ – Bozen
Landesberufsschule Schlanders
Landesberufsschule für das Gastgewerbe „Savoy“ Meran
Landesberufsschule für Handel, Handwerk und Industrie „Dipl. Ing. Luis Zuegg“ – Meran
Berufsbildungszentrum Bruneck
Landesberufsschule Handel, Handwerk und Industrie „Chr. J. Tschuggmall“ – Brixen
Landesberufsschule für das Gast- und Nahrungsmittelgewerbe "Emma Hellenstainer" – Brixen

IPSCT De' Medici – Bolzano
ITG Delai – Bolzano
ITI Galilei – Bolzano
Liceo Classico Carducci – Bolzano
Liceo Classico Dante Alighieri – Bressanone
Liceo pedagogico/artistico Pascoli – Bolzano
Liceo Scientifico Torricelli – Bolzano
Scuola Professionale Provinciale per il Commercio, Turismo e Servizi “L. Einaudi” – Bolzano
Liceo Artistico „Cademia“ – Ortisei

Kapitel 1: Die Studie und ihre Stichprobe

Einleitung

Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) ist ein internationales Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit dem Ziel, Phänomene und Verhaltensweisen, die die Gesundheit der Jugendlichen beeinträchtigen, zu beschreiben und zu verstehen. Die HBSC-Studie sammelt Informationen über die Verhaltensweisen der Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Italiens erste gesamtstaatliche Teilnahme an der Erhebung erfolgte in den Jahren 2001-2002 (HBSC-Italia, 2004; HBSC, 2001) und sie wurde in den Jahren 2006 (Cavallo, 2007) und 2010 (Cavallo, 2013; Lazzeri, 2013) wiederholt. Weitere Informationen zur Studie sind unter <http://www.hbsc.org>, <http://www.hbsc.unito.it> und <http://www.provinz.bz.it/eb/studien-erhebungen/gesundheit-lebensstil-schueler.asp> abrufbar.

Für die Durchführung der HBSC-Studie 2013-2014 in der Provinz Bozen war die Epidemiologische Beobachtungsstelle in Zusammenarbeit mit den Bildungsressorts verantwortlich. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte gemäß internationalen Vorgaben, damit sie repräsentativ für die jugendliche Bevölkerung in den unterschiedlichen Altersklassen ist. Für die Auswahl der Schüler/innen wurde das Cluster-Sampling verwendet, wobei als primäre Stichprobeneinheit die Schulklassse berücksichtigt wurde. Die Klassen wurden aus einer alphabetisch geordneten Liste aller öffentlichen und privaten Landesschulen, die von den Bildungsressorts und der Abteilung für Berufsbildung zusammengestellt wurde, ausgewählt. Bei der Auswahl der Klassen wurde die Schulstufe (Mittelschulen und Oberschulen) und Gemeinde berücksichtigt, um eine repräsentative Altersverteilung (11, 13 und 15 Jahre) und eine geographische Abdeckung des Territoriums zu gewährleisten. Für eine regionale Repräsentativität der Stichprobe wurde ein Umfang von rund 1.200 Schüler/innen pro Altersklasse berechnet. Mit dieser Stichprobengröße ist eine Schätzungsgenauigkeit von $\pm 3,5\%$ (berechnet aufgrund einer erwarteten Frequenz von 0,5 für eine binomische Variable) und einem 95%igen Konfidenzintervall garantiert. Für jede Altersklasse wurden zusätzliche 10-25% Schüler/innen in die Studie aufgenommen, um den Umfang der Stichprobe durch den erwarteten Nicht-Teilnahme-Prozentsatz trotzdem zu erreichen.

Zur Erhebung der Informationen wurde ein Fragebogen verwendet, der von einer internationalen multidisziplinären Forschergruppe ausgearbeitet und im Vergleich zur vorhergehenden Erhebung auf Anfrage der nationalen Koordinierungsgruppe mit einigen Fragen ergänzt wurde.

Der Fragebogen ist in sechs Abschnitte unterteilt:

- personenbezogene Daten (Alter, Geschlecht, Familienstruktur);
- sozialer Status (Beschäftigung und Bildungsgrad der Eltern);
- Indikatoren über das wahrgenommene Wohlbefinden (Gesundheit und Wohlergehen);
- Selbstwertgefühl (Bewertung der eigenen physischen Erscheinung und Grad der Selbstakzeptanz);
- soziales Umfeld und zwischenmenschliche Beziehungen (Beziehung zu den Eltern, Altersgenossen, schulisches Umfeld);
- gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (körperliche Aktivität und Freizeit, Ernährungsgewohnheiten und Mundhygiene, Alkohol- und Tabakkonsum).

Der Fragebogen für die 15-Jährigen wurde mit Fragen zu den Themen Drogenkonsum und Sexualverhalten erweitert. Außerdem wurde bei der diesjährigen Ausgabe der HBSC-Studie auf eine Online-Befragung zurückgegriffen, da sie zeit- und kostensparend ist und die Daten sofort verfügbar sind. Die Lehrkräfte wurden über die Vorgehensweise informiert und standen den

Schüler/innen bei eventuellen Unklarheiten beiseite. Wie vom internationalen HBSC-Protokoll vorgesehen, wurden Informationen über die schulische Einrichtung gesammelt, um die Analyse und das Verständnis der Antworten der Schüler und Schülerinnen zu erleichtern. Gleichzeitig zur Online-Befragung der Schüler und Schülerinnen wurde der Schulleitung ein Papierfragebogen ausgehändigt, um weitere Aspekte der Schule zu erheben (Merkmale und Ressourcen der Schule, Gesundheitsförderungsmaßnahmen).

1.2 Beschreibung der Stichprobe

In der Provinz Bozen wurden insgesamt 161 Klassen ausgewählt, zwei Drittel davon waren Mittelschulklassen. Die Teilnahme pro Klasse war sehr hoch und betrug 93.5% in den Mittelschulen und 84.9% in den Oberschulen. Insgesamt wurden 2.493 Fragebögen ausgefüllt. Die Kontrollen auf Qualität und Vollständigkeit bezüglich der verlangten Mindestinformationen ließen 1.934 Fragebögen für die Schlussanalyse in Frage kommen. Die 559 Fragebögen, die die Kontrollphase nicht bestanden, machen 22.4% am Gesamtwert aus. Der Grund des Ausschlusses dieser Fragebögen aus der Schlussanalyse ist das um sechs Monate höhere oder niedrigere Alter der betreffenden Jugendlichen im Vergleich zum Durchschnittsalter der jeweiligen Schulstufen.

Tabelle 1.1. Teilnahme pro Klasse

	In die Stichprobe aufgenommene Klassen	Anzahl der Klassen, die den Fragebogen abgegeben haben	Teilnahme in %
Erste Mittelschulklasse	54	51	94.4
Dritte Mittelschulklasse	54	50	92.6
Zweite Oberschulklasse	53	45	84.9
Insgesamt	161	146	90.7

Im Anschluss folgt die Verteilung der analysierten Stichprobe von 1.934 Jugendlichen nach Alter und Geschlecht. Die Gesamtzahl der Jungen beträgt 893 (46.2%). Der Anteil der Jungen steigt von 39.4% bei den 11-Jährigen auf 41.5% bei den 13-Jährigen. Insgesamt umfasste die Stichprobe mehr Mädchen als Jungen.

Tabelle 1.2. Zusammensetzung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht

	Jungen	Mädchen	Insgesamt
	% (N)	% (N)	% (N)
11 Jahre	39.4 (352)	38.6 (402)	39.0 (754)
13 Jahre	41.5 (371)	36.9 (384)	39.0 (755)
15 Jahre	19.0 (170)	24.5 (255)	22.0 (425)
Insgesamt	100 (893)	100 (1041)	100 (1934)

Tabelle 1.3. Zusammensetzung der Stichprobe nach Geburtsort und Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
In Italien geboren	95.5 (720)	94.2 (711)	93.6 (398)
Im Ausland geboren	4.5 (34)	5.8 (44)	6.4 (27)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Die Tabelle 1.3 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach italienischem oder ausländischem Geburtsort auf: 94,6% der Jugendlichen geben die Geburt auf italienischem Staatsgebiet an, 5,4% stammen aus dem Ausland. Insgesamt ergibt sich, dass für 94.6% der Jugendlichen beide Elternteile in Italien geboren wurden, während für 5.4% beide Eltern aus dem Ausland stammen.

Tabelle 1.4. Zusammensetzung der Stichprobe nach Geburtsort der Eltern und Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	%(N)	%(N)	%(N)
Beide Eltern in Italien geboren	95.5 (720)	94.2 (711)	93.6 (398)
Beide Eltern im Ausland geboren	4.5 (34)	5.8 (44)	6.4 (27)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Bibliographie Kapitel 1

HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at www.hbsc.org.

HBSC-Italia (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.

Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

Cavallo F., Giacchi M., Vieno A., Galeone D., Tomba A., Lamberti A., Nardone P., Andreozzi S. (a cura di) (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 13/5).

Lazzeri G., Giacchi M.V., Dalmasso P., Vieno A., Nardone P., Lamberti A., Spinelli A., Cavallo F. HBSC 2010 Group (2013). The methodology of the Italian HBSC 2010 study (Health Behaviour in School-aged Children). *Annali Igiene*, 25:225-33.

Vertiefungslektüre

Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2): 85-89.

Green L.W., Kreuter M.W. (1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield: Mountain view.

King A., Wold B., Smith C.T. and Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.

Smith C., Wold B. and Moore L. (1992). Health Behaviour Research with Adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 2 (2): 41-44.

The Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45:1-48.

World Health Organisation (WHO) (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneve, WHO.

Kapitel 2: Das familiäre Umfeld

Einleitung

Zu den zahlreichen Aufgaben, die die Jugendlichen in diesem Lebensabschnitt bewältigen müssen, gelten als besonders einschlägig jene, die mit der Veränderung der sozialen Beziehungen verbunden sind. Die Beziehung zu den Eltern wird neu definiert und den freundschaftlichen Beziehungen wird mehr Aufmerksamkeit beigemessen. Innerhalb der Familie und unter Gleichaltrigen lernen die Jugendlichen ihre soziale Rolle neu zu bestimmen, den Anforderungen und Erwartungen gerecht zu werden und im Einklang mit den unterschiedlichen Werten und Regeln zu leben (Lanz, 1999a, 1999b).

Kapitel 2 ergründet die Familienstruktur als Lebens- und Lebenswahrnehmungsumfeld für die Jugendlichen. Es befasst sich mit drei grundlegenden Aspekten der Familie, die die Gesundheit und das Wohlbefinden der Jugendlichen beeinflussen: der Familienstruktur, der Eltern-Kind-Beziehung und dem sozioökonomischen Status.

2.1 Die Familienstruktur

In Italien wie in den meisten anderen westlichen Ländern hat die Familienstruktur in den letzten Jahren einen großen Wandel erlebt. Wenn man von "Familie" spricht, ist immer öfter eine "nicht-traditionelle Familienstruktur", die aus unterschiedlichen Mitgliedern zusammengesetzt ist gemeint, die von der traditionellen, bestehend aus verheirateten Eltern mit biologischen Kindern, abweicht (Lanz, 1999a).

Im Allgemeinen betreffen die wichtigsten demografischen und familiären Veränderungen (seit 1965) folgende Aspekte: Rückgang der Eheschließungen, Anstieg der außerehelichen Lebensgemeinschaften, geringere Geburtenraten, zunehmende Instabilität der Ehen (Trennungen und Scheidungen), wichtige Etappen des Erwachsenenlebens (Eheschließung, erste Entbindung) zu einem späteren Zeitpunkt. Als "Eigenheiten" der italienischen Bevölkerung im Vergleich zum restlichen Europa, stechen eine außergewöhnlich niedrige Fruchtbarkeit und ein geringer Wunsch nach Ehe, das Fortbestehen der traditionellen Familienstruktur (geringer Anteil an außerehelichen Lebensgemeinschaften und Geburten), die Festigkeit und Haltbarkeit der Ehen (niedrige Trennungs- und Scheidungsrate) und der Übergang der Jugendlichen zum Erwachsenenalter zu einem späteren Zeitpunkt (später Auszug aus dem Familienhaus, hohes Alter bei der ersten Eheschließung, etc.) heraus (Barbagli, 1990; Carrà e Marta, 1995; Claes et al., 2005; ISTAT, 2000; Saraceno, 1995). Somit gehören zu den Veränderungen in der Familienstruktur eine geringere Anzahl an Familienmitgliedern, der Anstieg der Einpersonenhaushalte (Singles), der Rückgang der durch die Großeltern oder andere Verwandte erweiterten Familien (einst eine Ressource für die Familie) und die Entstehung neuer „Familienformen“ mit nur einem Elternteil, Patchworkfamilien, außereheliche Lebensgemeinschaften (Saraceno, 1995; Istat, 2002; AAVV, 2006).

Demnach entstehen neben der traditionellen Familienstruktur immer häufiger auch andere Formen von familiären Gemeinschaften. Für die jugendliche Bevölkerung sind die am häufigsten betroffenen Formen:

- Die „Einelternfamilie“: Einelternfamilien sind Familien mit Kindern, die nicht mit beiden Eltern zusammen in einem Haushalt wohnen. Die Eltern sind alleinerziehend. Alleinerziehende Eltern leben getrennt (ledige, verheiratete, geschiedene Eltern) oder sind verwitwet. Laut Scabini (2000) sollte dieser Ausdruck nur im Falle von einem verwitweten Elternteil verwendet werden. Dies hat entscheidenden Einfluss auf die Art und Weise, wie sie ihre elterliche Verantwortung (Pflichten und Rechte) wahrnehmen und ihre Aufgaben organisieren.

- Die „Patchworkfamilie“: Heute nennt man eine neu zusammen gewürfelte Lebensgemeinschaft Patchworkfamilie. Jede Patchworkfamilie ist anders. Anders in der Zusammensetzung, anders in ihrer Entstehungsgeschichte und anders in ihrem Familienleben. Bis ins 20. Jahrhundert hinein war der Grund für eine Wiederheirat meist der Tod eines Elternteils. In Italien sind Patchworkfamilien nicht so verbreitet wie in den USA oder in manchen nordeuropäischen Staaten. Die Patchworkfamilien kennzeichnen sich durch eine gewisse Fragilität. Gemäß Barbagli (1990) besteht die Hauptursache dieser Fragilität in der fehlenden „Institutionalisierung“ dieses Familienmodells: Es gibt keine wirklich festgelegten Rollen, bewährten Regeln oder bereits erprobten Lösungen, um die neuartigen Problemstellungen in Angriff zu nehmen, welche diese Bindungen mit sich bringen (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

Diese Veränderungen in der Familienstruktur belasten die zwischenmenschlichen Beziehungen und bleiben weiterhin insbesondere für die Jugendlichen im Entwicklungsalter ein heikles Thema. Die Wissenschaft beschäftigt sich mit der Analyse der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Familienstrukturen. Bis heute wird die Kernfamilie auch von vielen Wissenschaftlern als einziger Ort von Ordnung und Stabilität sakralisiert, und das, obwohl die Studien dazu mittlerweile sehr differenziert sind. Einerseits bietet eine Einelternefamilie weniger Unterstützung, andererseits werden durch größere Pflichten und Aufgabenstellungen Selbstständigkeit und Verantwortungsbewusstsein gefördert. Eine Patchworkfamilie kann auf der einen Seite verwirrend und belastend erscheinen, auf der anderen Seite durch das Zusammenleben mit unterschiedlichen Bezugspersonen das Sozialverhalten der Patchworkkinder trainieren (Francescato, 1994; Scabini, 2000). Wissenschaftler diskutieren über den Zusammenhang zwischen einer Patchworkfamilie oder einer Einelternefamilie und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die laut Studien bei einer traditionellen Familie nicht gegeben sind (Ardelt e Day, 2002; Coley, 1998; 2001; Griffin et al., 2000). Aber trotz wissenschaftlicher Evidenzen haben viele Autoren den Zusammenhang in Frage gestellt. Oliverio Ferraris (1997) behauptet beispielsweise, dass eventuelle Probleme oder Nachteile nicht von der Familienform abhängen, sondern von vielen anderen Faktoren. So geht eine schlechte psychische Gesundheit bei Patchworkkindern vielmehr mit der Schwere von familiären Konflikten, finanziellen Engpässen der Eltern einher (EURISPES, Telefono Azzurro, 2002; Riccio, 1997).

Die HBSC-Studie untersucht die Familienstruktur anhand der Frage über die Familienkonstellation im selben Haushalt. Die Jugendlichen werden aufgefordert anzugeben, welche Personen mit ihnen die meiste Zeit zusammenleben (Eltern, Stiefmutter/vater, Großeltern, andere Erwachsene, etc.). Aus den Antworten wurde die Familienstruktur abgeleitet.

Die Tabelle 2.1. zeigt die Verteilung der unterschiedlichen Familienmodelle: 56.4% der Jugendlichen leben bei beiden leiblichen Eltern und dieser Anteil steigt auf 84.0% bei Berücksichtigung der Großeltern. Einelternefamilien kommen in 11.6% der Fälle vor, wobei das Kind meistens bei der Mutter wohnt.

Tabelle 2.1. Familienart nach Zahl der Befragten in absoluten Werten und Prozentsatz

Familienart	% (N)
Mutter und Vater, keine anderen Erwachsenen	56.4 (1052)
Mutter und Vater und ein oder zwei Großeltern	27.6 (515)
Nur Mutter (mit oder ohne Großeltern)	10.5 (195)
Nur Vater (mit oder ohne Großeltern)	1.1 (20)
Patchworkfamilie (leibliche/r Vater oder Mutter plus neuer Ehepartner)	3.4 (63)
Nur Großeltern (ein oder zwei)	0.2 (3)
Sonstige Unterbringung ohne Eltern oder Großeltern	1.0 (18)
Insgesamt	100 (1866)

Einer von zehn Jugendlichen ist ein Einzelkind; etwas weniger als die Hälfte hat zwei oder mehr Geschwister.

Den Daten der Volkszählung 2011 zufolge, besteht eine Südtiroler Familie durchschnittlich aus 2,6 Mitgliedern, was dem gesamtstaatlichen Mittelwert entspricht. 58% der Paare haben mindestens ein Kind, 62.5% mehr als eines. Die Familien werden immer kleiner: Während bei der Volkszählung im Jahr 1971 die durchschnittliche Familiengröße noch 3,6 Personen pro Haushalt entsprach, ist sie bei der Volkszählung 2011 auf 2,4 gesunken.

Tabelle 2.2. Geschwister

	% (N)
Einzelkinder	11.0 (212)
1 Bruder oder Schwester	46.0 (890)
2 oder mehrere Brüder oder Schwestern	43.0 (832)
Insgesamt	100 (1934)

2.2 Die Qualität der Beziehung zu den Eltern

Die zwischenmenschliche Beziehung zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern beeinflusst die Gesundheit und das Wohlbefinden. Es ist wichtig, die historische Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung zu kennen, um die Zusammenhänge zu verstehen.

Wie Berichte über die italienische Familie (Donati, 2007) belegen, sind die Veränderungen der Familienstruktur nicht allein für bestimmte veränderte Familienaspekte verantwortlich, sondern werden auch von den veränderten Wertvorstellungen und den psychologischen und sozialen Rahmenbedingungen beeinflusst. Das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert, insbesondere was die Kommunikation betrifft (es wird mehr dialogisiert, Bedürfnisse und Wünsche werden zum Ausdruck gebracht, Vorzeigemodelle über die korrekte Kommunikation fördern das Gespräch). Insgesamt ist im Erziehungsbereich ein Rückgang konventioneller Normen der Einordnung, wie Disziplin, gute Umgangsformen und Achtung,

festzustellen. Auf der anderen Seite nehmen Autonomiewerte, wie persönliche Selbständigkeit, eigene Urteilsfähigkeit und Selbstbewusstsein, zu. Zum Ausdruck kommt dabei ein Schwinden des prämodernen Wertes der Autorität. Das erzieherische Verhältnis verliert sein hierarchisches Gefälle und tendiert zu einer zunehmend partnerschaftlichen Beziehung (Lanz et al., 1999a; 1999b; Claes et al., 2005).

Durch die Kommunikation entstehen Bindung und Beziehung und diese scheinen grundlegend für das Wohlergehen der Einzelnen zu sein. Das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern hat gesundheitliche Auswirkungen. Zwischenmenschliche Probleme können zu psychosomatischen und psychischen Erkrankungen (Field et al., 2001), Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen (Ardelt e Day, 2002; Garnefski, 2000; Vieno et al., 2009; Lanz et al., 1999a) und Suchtkrankheiten führen. Ein gutes Eltern-Kind-Verhältnis gibt Kraft und ist Lebensinhalt, Raum für die eigene Selbstentfaltung und Ort zur Befriedigung wichtiger emotionaler Bedürfnisse (Dallago e Santinello, 2006; Santinello, 2005).

In den Tabellen 2.3 und 2.4 sind die Antworten der Jugendlichen bezüglich der Dialogfähigkeit mit dem Vater und der Mutter in Bezug auf Probleme, die ihnen Sorgen bereiten, zusammengefasst.

Die Kommunikationsfähigkeit nimmt mit ansteigendem Alter ab: 74.1% der 11-Jährigen finden den Dialog „sehr einfach“ oder „einfach“, während es bei den 15-Jährigen nur mehr 55.1% sind. Gleichzeitig erhöht sich der Anteil jener, die das Gespräch mit dem Vater als „schwierig“ oder „sehr schwierig“ bezeichnen: von 22.7% der 11-Jährigen auf 39.5% der 15-Jährigen. Die Kommunikation mit der Mutter scheint den Jugendlichen leichter zu fallen: 87.3% der 11-Jährigen und 80.7% der 15-Jährigen bezeichnen sie als „einfach“ oder „sehr einfach“, während 11.8% der 11-Jährigen und 18.3% der 15-Jährigen sie als schwierig wahrnehmen.

Tabelle 2.3. Wie einfach ist es für dich, mit deinem Vater über deine Sorgen zu sprechen?

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Sehr einfach	34.4 (259)	20.7 (156)	16.7 (71)
Einfach	39.7 (299)	40.3 (204)	38.4 (163)
Schwierig	16.3 (123)	27.5 (208)	27.3 (116)
Sehr schwierig	6.4 (48)	8.3 (63)	12.2 (52)
Ich habe keinen Vater	3.3 (25)	3.2 (24)	5.4 (23)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Tabelle 2.4. Wie einfach ist es für dich, mit deiner Mutter über deine Sorgen zu sprechen?

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Sehr einfach	51.5 (388)	35.2 (266)	29.6 (126)
Einfach	35.8 (270)	44.0 (332)	51.1 (217)
Schwierig	8.6 (65)	16.6 (125)	14.1 (60)
Sehr schwierig	3.2 (24)	3.3 (25)	4.2 (18)
Ich habe keine Mutter	0.9 (7)	0.9 (7)	0.9 (4)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Das Gespräch mit dem Vater finden die heranwachsenden Jungen (aller Altersstufen) einfacher als die Mädchen, während es bei der Mutter keine geschlechtsbezogenen Unterschiede gibt.

Abbildung 2.1 – Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Kommunikation mit dem Vater „leicht“ oder „sehr leicht“ fällt (nach Geschlecht und Alter)

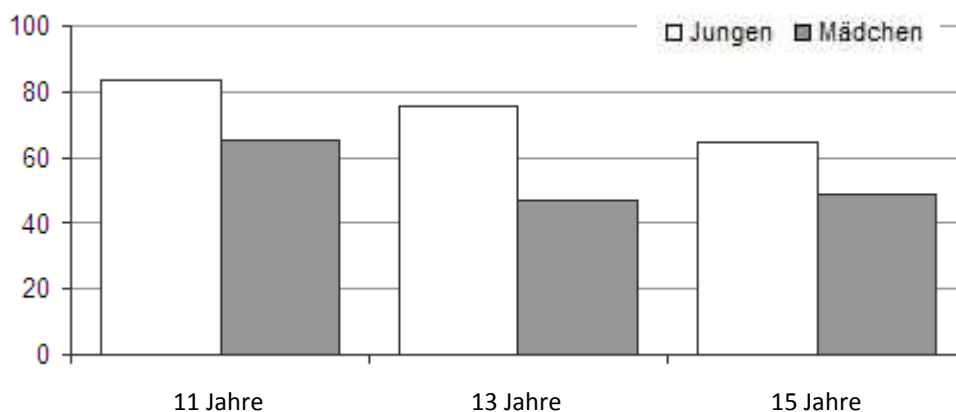
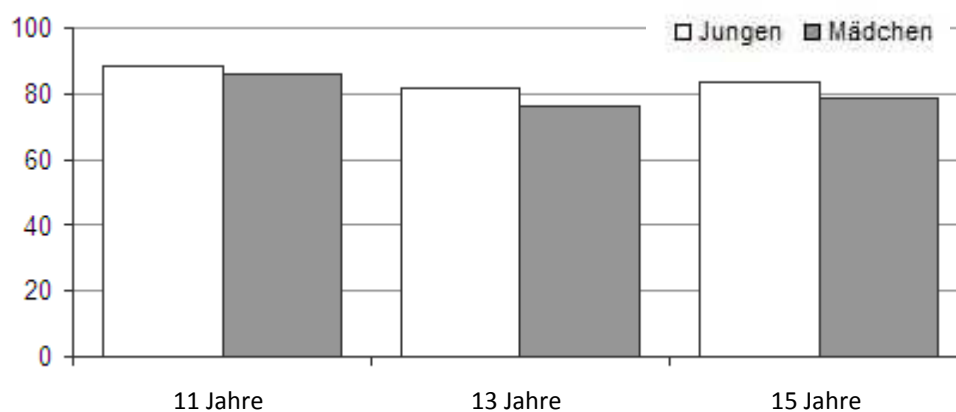


Abbildung 2.2 – Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Kommunikation mit der Mutter „leicht“ oder „sehr leicht“ fällt (nach Geschlecht und Alter)



2.3 Der sozioökonomische Aspekt

Die finanzielle Situation der Familie steht im Einklang mit dem Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder und kann zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit führen (Albrecht et al., 2000; Mackenbach et al., 1997; Costa et al., 1998; Zambon et al., 2006). Unterschiedliche Studien zeigen, dass eine gute persönliche finanzielle Situation die Eltern-Kind-Beziehung positiv beeinflusst (Geckova et al., 2003; Due et al., 2003; Kosteniuk et al., 2003; Ruiz et al., 2002).

Im HBSC-Studienprotokoll umfasst die sozioökonomische Situation drei Aspekte: die finanzielle Situation (Einkommen), die soziale Integration (Bildungsgrad) und die Berufstätigkeit (Alder, 1994). Diese drei Aspekte werden wie folgt bestimmt:

- Finanzielle Situation (Einkommen): Aufgrund des Konsumverhaltens wird das Einkommen geschätzt (Jugendliche kennen die Einkommenshöhe der Eltern meistens nicht). Der wirtschaftliche Wohlstand wird aufgrund von Allgemeingütern wie Auto, Computer, Schlafzimmer, Urlaub etc. anhand der FAS-Skala (*Family Affluence Scale*, Skala des Wohlstandes der Familien) gemessen (Currie et al., 1997).
- Soziale Integration: Bildungsgrad der Eltern.
- Berufstätigkeit der Eltern.

Hinzu kommt ein weiteres Bewertungskriterium, nämlich die subjektive Wahrnehmung des familiären Wohlstandes von Seiten der Jugendlichen. Anhand einer 5-Punkte-Skala von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht gut“ bewerten die Jugendlichen die finanzielle Situation ihrer Familie.

Die nachstehenden Tabellen zeigen die Ergebnisse der Bewertungen von Seiten der Jugendlichen. Der Großteil schätzt die eigene finanzielle Situation als durchschnittlich (40.4%) oder gut (50.3%) ein; nur wenige Familien können sich die für die Berechnung des Index berücksichtigten Güter nicht leisten (9.3%). Im Vergleich zur Studie 2009/10 erscheint die sozioökonomische Situation allgemein besser zu sein: Der Anteil der Jugendlichen mit geringen Konsummöglichkeiten ist deutlich gesunken.

Tabelle 2.5. Sozioökonomischer Status gemäß der Family Affluence Scale (von „geringen Konsummöglichkeiten“ zu „hohen Konsummöglichkeiten“)

FAS	HBSC 2014: % (N)	HBSC 2009-10: % (N)
Gering	9.3 (180)	10.7 (238)
Mittel	40.4 (782)	47.2 (1047)
Hoch	50.3 (972)	42.1 (934)
Insgesamt	100.0 (1934)	100.0 (2219)

27.8% der Jugendlichen wissen über die Schulausbildung des Vaters nicht Bescheid. Für 24.1% der Jugendlichen ist der Bildungsgrad der eigenen Mutter unbekannt. Etwas weniger als ein Drittel der Väter kann einen Mittelschulabschluss vorweisen (28.6%) und ebenso viele Mütter einen Berufsschulabschluss (31.1%). Jeweils 1% der Väter und Mütter haben nur die Grundschule besucht und 13.0% der Väter und 13.5% der Mütter haben einen Universitätsabschluss.

Tabelle 2.6. Bildungsgrad der Eltern

	Vater			Mutter		
	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Grundschule	0.7 (5)	1.2 (9)	2.4 (10)	0.7 (5)	1.1 (8)	0.2 (1)
Mittelschule	22.7 (171)	31.0 (234)	35.1 (149)	18.3 (138)	22.3 (168)	24.0 (102)
Berufsschule	14.9 (112)	20.8 (157)	21.4 (91)	25.1 (189)	35.2 (266)	34.4 (146)
Oberschule	6.2 (47)	11.7 (88)	17.2 (88)	5.0 (38)	9.1 (69)	18.1 (77)
Universität	12.7 (96)	14.2 (107)	11.3 (48)	12.2 (92)	15.2 (115)	12.7 (54)
Weiss nicht	42.8 (323)	21.2 (160)	12.7 (54)	38.7 (292)	17.1 (129)	10.6 (45)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Schlussfolgerungen

Die Familie beeinflusst am einschneidendsten die Bedeutsamkeit von Werten und die Lebensqualität. Zu den drei Kernelementen eines harmonischen Familienlebens gehören die Familienstruktur, die wahrgenommene Eltern-Kind-Beziehung und die sozioökonomischen Aspekte. Wenngleich in Südtirol die traditionelle Familienstruktur vorherrscht, sind andere Familienmodelle wie die Patchworkfamilie oder die Einelternfamilie im Vormarsch und müssen bei der Sozialplanung berücksichtigt werden. Alleinerziehende haben, ob männlich oder weiblich, besondere Herausforderungen zu meistern. Hinzu kommen in vielen Einelternfamilien finanzielle Probleme. Familienforscher haben festgestellt, dass Kinder, die in alternativen Familienformen aufwachsen, oft eher in der Lage sind Verantwortung zu übernehmen, sensibler auf gesellschaftliche Diskriminierungen reagieren und über flexiblere Rollenauffassungen von Mann und Frau verfügen als Kinder aus traditionellen Familien. Problematisch gestaltet sich das Verhältnis zum Jugendlichen nur, wenn die neuen Bezugspersonen nicht vollständig integriert werden.

Das Eltern-Kind-Verhältnis ändert sich mit dem Alter, wobei sich der Dialog mit den 15-Jährigen schwieriger gestaltet als mit den 11- und 13-Jährigen. Die Pubertät ist eine Phase der Ablösung, geprägt vom Wunsch nach Unabhängigkeit und eigenständigem Handeln und einer Verlagerung der Wertvorstellungen. Das Verhältnis zur Mutter verläuft meistens besser als zum Vater, wobei die Mädchen die größeren Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Vater haben als die Jungen. Gründe dafür könnten ein geringeres Selbstwertgefühl und Wohlbefinden von Seiten der Mädchen sein.

Die sozioökonomischen Aspekte wurden anhand von unterschiedlichen Indikatoren gemessen. Der Großteil der befragten Familien hat ein durchschnittliches bis hohes Einkommen, trotzdem sind finanziell benachteiligte Fälle zu verzeichnen. Der Anteil der Universitätsabgänger unter den Eltern liegt weiterhin unter dem europäischen Standard. Die sozioökonomischen Aspekte beeinträchtigen die Lebensqualität und somit das Wohlergehen der Jugendlichen; dies sollte von der Familienpolitik berücksichtigt werden.

Bibliographie Kapitel 2

- AAVV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Firenze, Istituto degli Innocenti,.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A.(1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M.,Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*. Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11: 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*. Milano, Rizzoli.
- Carrà E.,Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano, Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*. Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchee C.(2005). *Parenting and culture in adolescence*, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*.Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). 3. *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37:121–130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*. Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175–1181.

- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61:603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Milano, Cortina.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Torino, Claudiana Editrice.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16:23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Kapitel 3: Das schulische Umfeld

Einleitung

Die Persönlichkeitsentwicklung und Vermittlung von Werten findet nicht nur nach Schulschluss statt, zumal Kinder und Jugendliche mehr und mehr Zeit in der Schule oder in anderen Betreuungseinrichtungen verbringen.

Die Schule steht den Jugendlichen in dieser einschneidenden Entwicklungsphase bei, insbesondere was den Umgang mit Gleichaltrigen, das Erkennen der Fähigkeiten und den Erwerb der Selbstständigkeit betrifft. Eine angenehme Schulatmosphäre fördert die Charakterisierung der Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen der Jugendlichen und die aktive Teilnahme an Entscheidungsprozessen (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007).

Die internationale Fachliteratur schenkt der aktiven Beteiligung der Schule am Entwicklungsverlauf der Jugendlichen immer mehr Aufmerksamkeit (Fredricks, 2004). Es hat sich herausgestellt, dass die Merkmale der Schule (Struktur, Ambiente, Umfeld), der Freundeskreis und die schulischen Aktivitäten (Santinello et al., 2009) das Wohlergehen der Jugendlichen beeinflussen (Crosnoe e Needham, 2004). Darüber hinaus fördert das Gefühl der Zugehörigkeit zur Schule die Motivation zu guten schulischen Leistungen und ruft bio-psycho-soziales Wohlergehen bei den Jugendlichen hervor (Vieno et al., 2005; 2007).

Das Gefühl der Zugehörigkeit zur schulischen Gemeinschaft führt zu psychischem und emotionalem Wohlbefinden, intrinsischer Motiviertheit, prosozialem Verhalten und zu guten schulischen Leistungen (Osterman, 2000). Die Schule trägt somit zu einer positiven Weiterentwicklung und Selbstverwirklichung der Jugendlichen bei. Neuere Studien haben gezeigt (Carter, 2007), dass der Einfluss der Eltern und der Schule auf die Persönlichkeitseigenschaften der Jugendlichen sich aus dem Vorbild der Eltern und Lehrer, der durch sie geprägten Lebensordnung, der Familienstruktur, der Lehrer-Kind-Beziehung, der Schulatmosphäre und der Raumgestaltung ergibt (Dishion, 1995).

Das Ziel dieses Kapitels ist es, erstens, die von den Jugendlichen wahrgenommene Schulumgebung, Lehrer-Kind-Beziehung, das Verhältnis mit den Schulkameraden und die strukturellen und organisatorischen Eigenschaften der Schule zu beschreiben sowie mit den Antworten der Schulleitung, was die Merkmale der Schule betrifft, zu vergleichen.

3.1 Schulstruktur, interne Organisation und Förderung des Wohlbefindens (Studie über die Schule)

Eine neue und interessante Perspektive ergibt sich aus dem Erkennen der Zusammenhänge zwischen den individuellen und organisatorischen Faktoren, die zum Wohlbefinden führen (Subramanian, Jones & Duncan, 2003). In der Tat können die strukturellen, organisatorischen Aspekte des Lebensumfeldes einige individuelle Faktoren (bspw. gesundheits- und lebensstilkorreliertes Verhalten) unterstützen, die zum individuellen Wohlergehen beitragen (Vieno et al., 2005). In diesem Sinne sind die strukturellen und organisatorischen Merkmale der Schule imstande, das Wohlergehen und die Anpassungsfähigkeit der Jugendlichen zu beeinflussen (Crosnoe e Needham, 2004).

Zur Bewertung der Schule und ihrer Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und korrekter Lebensstile, wurden einige organisatorische und strukturelle Informationen über den Schulkomplex gesammelt. Diese Fragen wurden sowohl von Seiten der Schüler und Schülerinnen als auch von der Schulleitung beantwortet.

Die schulinternen Ressourcen wurden von Seiten der Schulleiter im Vergleich zum Bedarf als angemessen bewertet (über 60%); die Turnhallen erhielten eine etwas weniger gute Bewertung, da nur etwas mehr als die Hälfte der Schulleiter (58.4%) ihren Zustand als gut definierten. Das Schulgebäude ist laut Meinung der Schulleiter in 57.6% der Fälle renovierungsbedürftig.

Tabelle 3.1. Die strukturellen Ressourcen der Schule und deren Angemessenheit im Vergleich zum Bedarf

	Stimmt genau	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht	Weiss nicht	Nicht vorhandene Ressource	Insgesamt
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Erneuerung des Schulgebäudes	28.8 (19)	28.8 (18)	27.3 (18)	13.6 (9)		1.5 (1)	100 (66)
Der Schulhof ist in gutem Zustand	24.2 (18)	36.4 (24)	22.7 (15)	16.7 (11)			100 (66)
Die Turnhalle ist in gutem Zustand	24.6 (16)	33.8 (22)	23.1 (15)	18.5 (12)			100 (65)
Die Labors sind gut ausgerüstet	21.2 (14)	40.9 (27)	19.7 (13)	16.7 (11)		1.5 (1)	100 (66)
Zeitgerechte Instandhaltungsarbeiten	16.7 (11)	50.0 (33)	19.7 (13)	10.6 (7)	1.5 (1)	1.5 (1)	100 (66)
Die Toiletten sind in gutem Zustand	24.2 (16)	40.9 (27)	21.2 (14)	13.6 (9)			100 (66)
Belüftungs-Heizsystem funktioniert gut	21.5 (14)	40.0 (26)	26.2 (17)	12.3 (8)			100 (65)
Behindertengerechte Ausstattung	31.8 (21)	33.3 (22)	21.2 (14)	13.6 (9)			100 (66)
Bedürfnisgerechte Klassenzimmer	23.1 (15)	38.5 (25)	24.6 (16)	13.8 (9)			100 (65)
Genügend audio-visuelle Hilfsmittel	25.8 (17)	43.9 (25)	15.2 (10)	15.2 (10)			100 (66)
Zimmertemperatur angemessen	23.1 (15)	43.1 (28)	20.0 (13)	13.8 (9)			100 (65)

In den Schulen werden viele Initiativen zur Förderung der körperlichen Aktivität durchgeführt und in 90.2% der Schulen in regelmäßigen Abständen. Maßnahmen gegen Gewalt und Schülermobbing sowie zur Vorbeugung des Drogenkonsums finden etwas seltener statt. Etwas mehr als die Hälfte der Schulen organisieren Initiativen über gesunde Ernährung (regelmäßig in 56.9% der Schulen). Im Vergleich zur HBSC-Umfrage 2009-10 ist der Prozentsatz der Maßnahmen gegen Gewalt, Schülermobbing (von 55,2% auf 70,3%) und Drogenkonsum (von 48,9% auf 68,8%) gestiegen.

Tabelle 3.2. Von der Schule ergriffene Gesundheitsförderungsmaßnahmen zugunsten der Entwicklung und des Erwerbs von Kompetenzen, die das Wohlbefinden der Schüler stärken

	Ernährung und Essgewohn- heiten	Körperliche Aktivität und Sport	Gewalt und Mobbing	Missbrauch von Substanzen
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Ja, regelmäßig	56.9 (37)	92.2 (59)	70.3 (45)	68.8 (44)
Ja, gelegentlich	43.1 (28)	7.8 (5)	29.7 (19)	31.3 (20)
Insgesamt	100 (65)	100 (64)	100 (64)	100 (64)

Den Aussagen der Schulleiter zufolge wirken die Schüler bei den organisatorischen Tätigkeiten aktiv mit: bei schul- und regelpolitischen Entscheidungen (69.3%), der Organisation von Events (48.5%) und Initiativen zur Gesundheitsförderung (41.0%) und etwas seltener bei der Klassenlehrertätigkeit.

Tabelle 3.3. Häufigkeit der Miteinbeziehung der Schüler in einige organisatorische Aspekte der Schule

	Festlegung schulische Regeln	Organisation der sportlichen Tätigkeiten	Festlegung gesundheits- fördernde Maßnahmen	Planung Schultätig- keiten	Unterricht in den Klassen	Schüler/innen sind über Entschei- dungen informiert	Meinung der Schüler/ innen werden berücksichtigt	Schüler/innen entscheiden mit
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Meistens	43.1 (28)	18.8 (12)	10.9 (7)	22.7 (15)	12.5 (8)	63.1 (41)	41.5 (27)	50.8 (33)
Oft	26.2 (17)	29.7 (19)	39.1 (25)	25.8 (17)	25.0 (16)	33.8 (22)	32.3 (21)	24.6 (16)
Manchmal	30.8 (20)	42.2 (27)	40.6 (26)	43.9 (29)	50.0 (32)	3.1 (2)	23.1 (15)	21.1 (15)
Selten		7.8 (5)	6.3 (4)	7.6 (5)	10.9 (7)	0	3.1 (2)	1.5 (1)
Nie	0	1.6 (1)	3.1 (2)	0	1.6 (1)	0	0	0
Insgesamt	100 (65)	100 (64)	100 (64)	100 (66)	100 (64)	100 (65)	100 (65)	100 (65)

Drogenhandel/-konsum ist nur in 6.2% der Schulen ein erhebliches Problem. Zu den mäßigen oder geringfügigen Problemen zählen der übermäßige Verkehr (53.2%), die rassistischen/ethnischen Spannungen (46.8%) und die Abfälle auf der Straße (40.7%).

Tabelle 3.4. Wahrnehmung einiger Probleme im Schulgelände nach ihrer Schwere

	Ethische Spannungen	Abfall	Drogenhandel /-konsum	Gewalt, Vandalismus	Übermäßiger Verkehr	Aufgelassene Gebäude	Kriminalität
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Erhebliches Problem	1.6 (1)	1.6 (1)	6.2 (4)	1.6 (1)	3.1 (2)		
Mäßiges Problem	11.3 (7)	6.3 (4)	21.5 (14)	9.4 (6)	14.1 (9)	1.6 (1)	3.1 (2)
Geringfügiges Problem	35.5 (22)	34.4 (22)	27.7 (18)	21.9 (14)	39.1 (25)	9.4 (6)	30.8 (20)
Nicht vorhandenes Problem	51.6 (32)	57.8 (37)	36.9 (24)	67.2 (43)	43.8 (28)	84.4 (54)	60.0 (39)
Weiss nicht			7.7 (5)			4.7 (3)	6.2 (4)
Insgesamt	100 (62)	100 (64)	100 (65)	100 (64)	100 (64)	100 (64)	100 (65)

Tabelle 3.5. Strukturen oder Räume, wo die Schüler/innen ihre Anliegen, Sorgen und Klagen unterbreiten können

	Briefkasten für Ratschläge, Vorschläge	Internetseite, Forum, Blog	Bürozeiten	Umfragen bei Schüler/innen
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Ja	54.0 (34)	75.4 (46)	9.5 (6)	14.1 (9)
Nein	46.0 (29)	24.6 (15)	90.5 (57)	85.9 (55)
Insgesamt	100 (63)	100 (61)	100 (63)	100 (64)

Die Schulleiter bewerten als angemessen/sehr angemessen verschiedene Aspekte der näheren Umgebung der Schule: in 90% die Sauberkeit, die öffentlichen Verkehrsmittel, die Orte zur Ausübung körperlicher Aktivität und in mehr als 70% die Treffpunkte für die Bürger/innen und die Treffs für Jugendliche.

Laut Schulleiter werden in nur 16,4% der Gebiete abendliche Veranstaltungen organisiert und in 22,2% gibt es viele kulturelle Vorstellungen. Es sind genügend Treffpunkte für Jugendliche in 62,9% der Gebiete vorhanden und in 40% gibt es viele sozialtätige Vereine.

Tabelle 3.6. Bewertung der Angemessenheit des Gebiets, in welchem sich die Schule befindet

	Treffpunkte für Bürger/innen	Treffs für Jugendliche	Orte für körperliche Aktivität	Öffentl. Verkehrs- mittel	Sauberkeit
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Überhaupt nicht geeignet	4.7 (3)	3.2 (2)	4.6 (3)	1.5(1)	1.7(1)
Wenig geeignet	20.3 (13)	22.2 (14)	4.6 (3)	7.7 (5)	1.7 (1)
Geeignet	56.3 (36)	65.1 (41)	55.4 (36)	49.2 (32)	46.6 (27)
Sehr geeignet	18.8 (12)	9.5 (6)	35.4 (23)	41.5 (27)	50.0 (29)
Insgesamt	100 (64)	100 (63)	100 (65)	100 (65)	100 (58)

Tabelle 3.7. Bewertung der Aktivitäten und Veranstaltungen im Gebiet, in welchem sich die Schule befindet

	Viele Attrak- tionen am Abend	Viele kulturelle Veranstal- tungen	Wenige kulturelle Veranstalt- ungen	Keine Ausstattung für kulturelle Veranstal- tungen	Wenig Tätigkeiten zur Ablenkung für Kinder	Wenige Treff- punkte	Viele sozial tätige Vereine
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Stimmt überhaupt nicht	5.0 (3)	4.8 (3)	29.5 (18)	50.0 (31)	36.1 (22)	35.5 (22)	5.5 (3)
Stimmt kaum	15.0 (9)	12.7 (8)	32.8 (20)	27.4 (17)	21.3 (13)	27.4 (17)	9.1 (5)
Stimmt ein wenig	21.7 (13)	22.2 (14)	6.6 (4)	6.5 (4)	16.4 (10)	24.2 (15)	14.5 (8)
Weder richtig noch falsch	10.0 (6)	4.8 (3)	9.8 (6)	6.5 (4)	13.1 (8)	8.1 (5)	1.8 (1)
Stimmt ziemlich	31.7 (19)	33.3 (21)	13.1 (8)	4.8 (3)	8.2 (5)	3.2 (2)	29.1 (16)
Stimmt	11.7 (7)	14.3 (9)	8.2 (5)	4.8 (3)	4.9 (3)	1.6 (1)	25.5 (14)
Stimmt genau	5.0 (3)	7.9 (5)					14.5 (8)
Insgesamt	100 (60)	100 (63)	100 (61)	100 (62)	100 (61)	100 (62)	100 (55)

3.2 Beziehung zu den Lehrpersonen

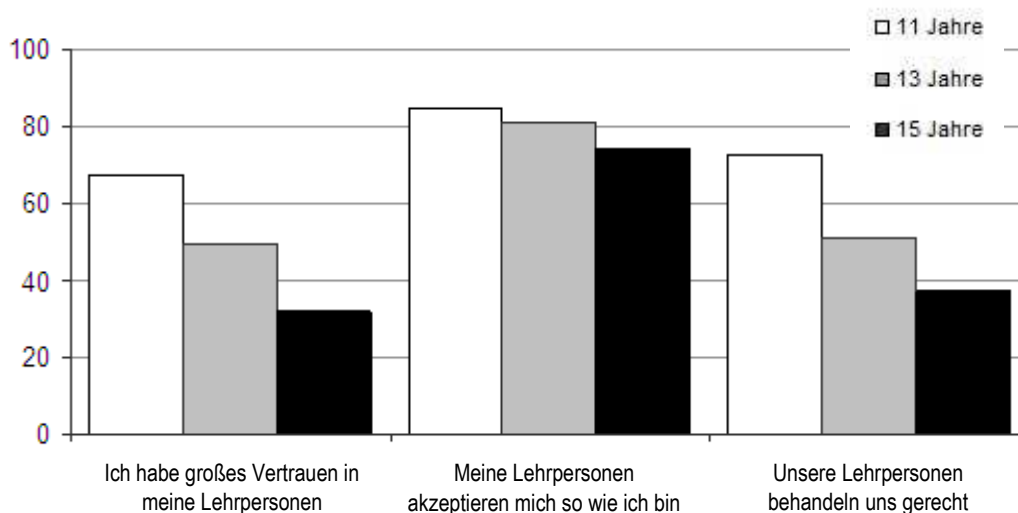
Die helfende Lehrer-Schüler-Beziehung ist Grundlage des Lernens (Pianta e Stuhlman, 2004; Vieno et al., 2007). Sie festigt im Jugendlichen den Lernwillen und verhilft Lehrern zu

Arbeitszufriedenheit (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007; Hamre e Pianta, 2001). Einige Längsschnittstudien (Skinner, 1998) zeigen, dass lehrerseitige Wärme und Empathie das Selbstwertgefühl des/r Schülers/Schülerin innerhalb der Klassengemeinschaft steigern. Das Lehrer-Schüler-Verhältnis trägt zur Leistungssteigerung (Graziano, 2007) und zur Persönlichkeitsentwicklung bei (bei Ermutigung und Vertrauensbezeugung). Aus einigen Untersuchungen geht hervor, dass eine gute Lehrer-Schüler-Beziehung sich positiv auf den Gesundheitszustand der Jugendlichen auswirkt (bspw. Kopfschmerzen) (Santinello et al. 2009).

Um die Lehrer-Schüler-Beziehung zu erheben, haben die 15-Jährigen folgende Aussagen mit „stimmt genau“ bis „stimmt nicht“ beantwortet: „Unsere Lehrer behandeln uns gerecht/fair“, „In meiner Klasse fühle ich mich ermutigt, meine Meinung auszudrücken“ und „Wenn ich einmal zusätzliche Hilfe brauche, dann kann ich sie von meinen Lehrern bekommen“.

Die Antworten sind wichtig, denn sie beschreiben das Klima innerhalb der Schulgemeinschaft und ermöglichen es, Rückschlüsse auf das "relationale Wohlbefinden" und das Selbstwertgefühl der Schüler und Schülerinnen zu ziehen. Die Daten wurden mit jenen der Vorjahre (HBSC 2005-06) verglichen, auch um die Wirkung der bisher umgesetzten Initiativen und die eventuelle Verbesserung der negativen Aspekte zu erfassen. Der Grad der Übereinstimmung mit der Aussage, fair von den Lehrpersonen behandelt zu werden nimmt mit dem Alter ab: von 72,9% bei den 11-Jährigen, auf 51,6% bei den 13-Jährigen, auf 37,4% bei den 15-Jährigen. Im Wesentlichen unverändert bleibt die Situation in Bezug auf die Aussage über das Vertrauen den Lehrpersonen gegenüber: 67,8% der 11-Jährigen vertrauen den Lehrpersonen, im Vergleich zu 49,8% der 13-Jährigen und 32,0% der 15-Jährigen. Viel höher fällt der Prozentsatz der Schüler, die von ihren Lehrern/innen so akzeptiert werden wie sie sind, aus: 84,8% der 11-Jährigen haben dieses Gefühl der Akzeptanz im Vergleich zu 81,0% der 13-Jährigen und 74,3% der 15-Jährigen.

Abbildung 3.1 – Übereinstimmung (stimmt genau/stimmt) mit den Aussagen über das Lehrpersonal

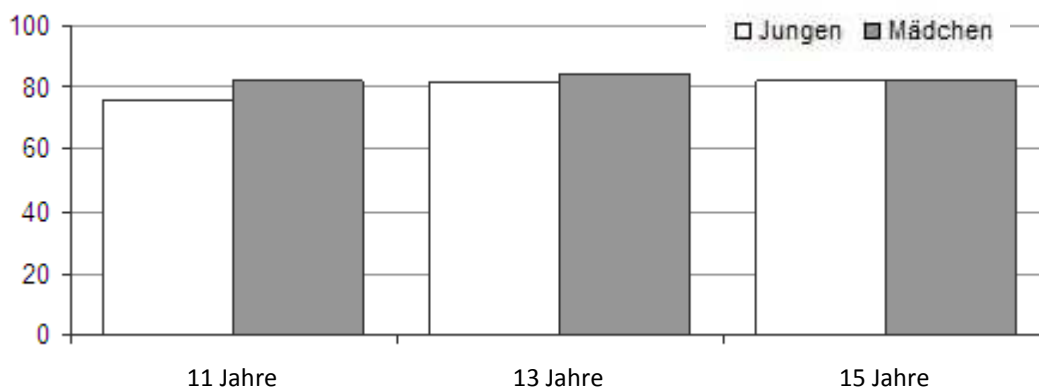


3.3 Beziehung zu den Mitschülern

Das Verhältnis der Klassenkameraden/innen untereinander ist ein entscheidender Wohlfühlfaktor (Barth, 2004; Goodenow, 1993) und beeinflusst die Beteiligung der Schüler und Schülerinnen an den schulischen Aktivitäten (Lubbers, 2006) und folglich die Motiviertheit gute Ergebnisse zu erzielen: Schüler, die zu ihren Klassenkameraden/innen kein oder kein gutes Verhältnis haben, neigen zu schlechteren Schulnoten (Wentzel, 2003; Zettergren, 2003), zu niedrigeren schulischen

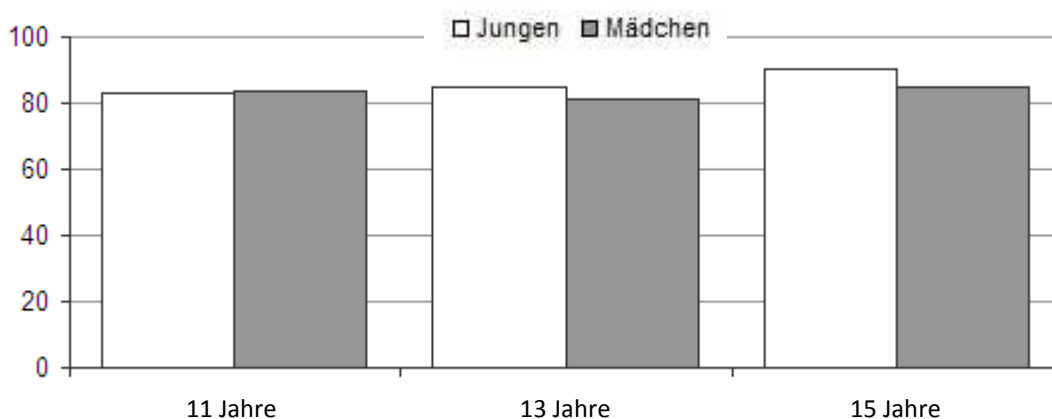
Leistungen (Buhs, 2006), zu mehr Absenzen (Fredricks, 2004) und zu einem höheren Schulabbruchrisiko (Jimerson, 2000). Im Gegenzug erhöht die Tatsache, zu den Schulkameraden/innen ein freundschaftliches Verhältnis zu haben, die Beteiligung an den schulischen Aktivitäten (Wentzel e Caldwell, 1997) und die Entwicklung sozialer Verhaltensweisen und von schulischem Einsatz (Wentzel, 2003). Zur Bewertung des Verhältnisses der Klassenkameraden/innen untereinander wurden folgende Aussagen von Seiten der Jugendlichen beantwortet: „Die meisten meiner Mitschüler sind nett und hilfsbereit“ und „Meine Mitschüler akzeptieren mich so, wie ich bin“. Die Kriterien für ein gutes Verhältnis zu den Klassenkameraden/innen sind Akzeptanz und Hilfsbereitschaft: Für über 80% aller Befragten sind die Mitschüler nett und hilfsbereit, mit ähnlichen Prozentsätzen in allen drei Altersgruppen (79.2%, 82.8% und 81.9%).

Abbildung 3.2 – Prozentsatz der Jugendlichen, die die Aussage „Großteil meiner Mitschüler ist hilfsbereit und nett“ mit „stimmt genau“ oder „stimmt“ beantworten, nach Alter und Geschlecht



Es versteht sich von selbst, dass die Solidarität der Altersgenossen neben der Anerkennung durch die Erwachsenen den Wachstumsprozess in Bezug auf das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit zur Bewältigung von Notlagen und der für das Jugendalter typischen Schwierigkeiten stärkt. Über 80% der Befragten fühlen sich von den Klassenkameraden/innen akzeptiert, die 15-Jährigen am meisten mit 87,1% im Vergleich zu 83,2% der 13-Jährigen und 83,3% der 11-Jährigen.

Abbildung 3.3 – Prozentsatz der Jugendlichen, die die Aussage „Meine Mitschüler akzeptieren mich so, wie ich bin“ mit „stimmt genau“ oder „stimmt“ beantworten, nach Alter und Geschlecht



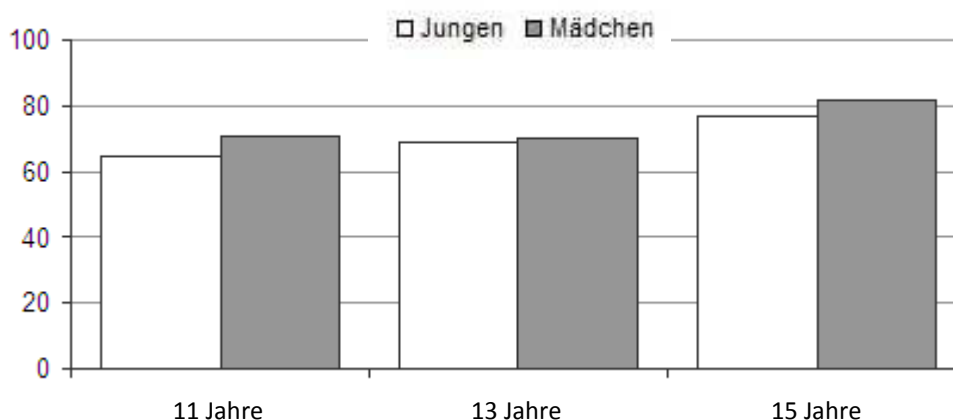
Ein schlechtes Verhältnis der Klassenkameraden/innen untereinander kann unter anderem zu Mobbing und Gewalt ausarten. Die Jugendlichen haben die Frage über die Häufigkeit von Schülermobbing in den letzten zwei Monaten mit einer 5-Punkte-Skala von „nie“ bis „mehrmals in der Woche“ beantwortet. Eine weitere Frage beschäftigte sich mit Gewalt unter den Schülern und Schülerinnen in den letzten 12 Monaten („Hast du mit jemandem gerauft oder dich geprügelt?“). Im Vergleich zu den vorhergehenden Erhebungen ist der Anteil der Jugendlichen, die noch nie gemobbt wurden, gestiegen (71.5%). Dieser positive Trend kann insbesondere bei den 15-Jährigen und vor allem bei den Jungen beobachtet werden. Mobbingopfer kommen häufiger bei den 11-Jährigen vor (3.0% aller Befragten).

Das Mobbing hat mittlerweile subtilere Formen angenommen und erfolgt meistens per Handy, Chat, soziale Netzwerke oder Videoportale wie YouTube oder eigens erstellte Internetseiten. Das Internet-Mobbing ist unter Schülern sehr verbreitet.

Tabelle 3.8. Wie oft hast du in den letzten beiden Monaten Formen von Schülermobbing erlitten, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	68.3 (515)	69.9 (528)	79.8 (339)
1-2-mal	19.1 (144)	18.9 (143)	15.1 (64)
2-3-mal/Monat	5.0 (38)	4.4 (33)	1.9 (8)
1-mal/Woche	3.7 (28)	3.7 (28)	1.9 (8)
>1-mal/Woche	3.8 (29)	3.0 (23)	1.4 (6)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 3.4 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, in den letzten beiden Monaten nie Opfer von Schülermobbing gewesen zu sein, nach Alter und Geschlecht



Die häufigsten Opfer sind Schüler/innen im Alter von 11 Jahren, einem besonders schwierigen Entwicklungsalter mit einer hohen Empfindlichkeit für das mögliche Erleiden und auch Zufügen von

Verletzungen. Was als Scherz empfunden wird, kann dramatische Folgen nach sich ziehen, wie zum Beispiel soziale Isolierung, Stress, psychische Probleme oder Suizid.

73.3% der Jugendlichen behaupten, nie gerauft zu haben, vor allem die 15-Jährigen; die 13-Jährigen gehen als die Streitsüchtigsten hervor (über 4 Mal im Jahr).

Entscheidend ist ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren: elterliche Fürsorge und Aufmerksamkeit, Aufklärung durch Eltern und Schule gleichermaßen, die Medienkompetenz der Kinder sowie nicht zuletzt die Einrichtung von Institutionen, die eine möglichst frühzeitige Klärung der Probleme in der realen Welt ermöglichen.

Tabelle 3.9. "Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten gerauft oder dich geprügelt?", nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	72.1 (544)	70.5 (532)	80.5 (342)
Einmal	31.1 (99)	13.2 (100)	10.6 (45)
2-mal	6.6 (50)	7.4 (56)	4.2 (18)
3-mal	3.1 (23)	3.4 (26)	0.9 (4)
4-mal oder öfter	5.0 (38)	5.4 (41)	3.8 (16)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

3.4 Die Beziehung zur Schule

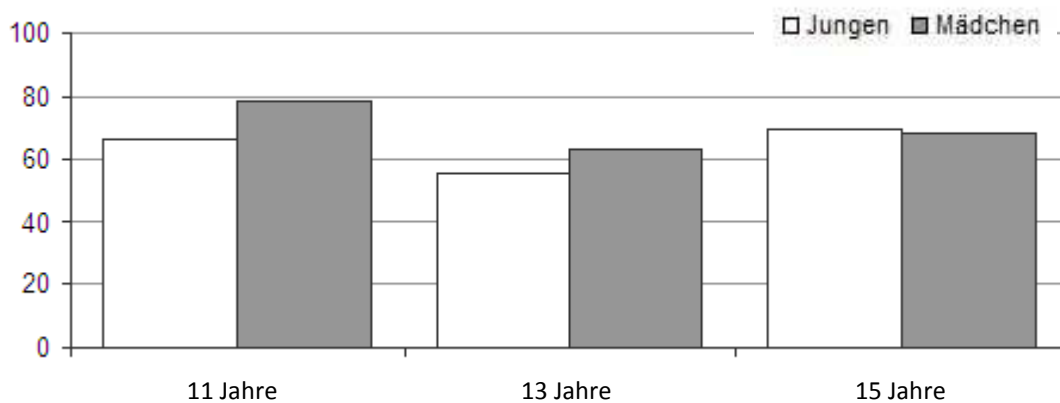
Die Schule ist mit Sicherheit eine der wichtigsten Bildungseinrichtungen, wo Jugendliche fast den ganzen Tag verbringen. Schulisches Lernen beruht auf guten Beziehungen zwischen Lehrerinnen und Lehrern und ihren Schülerinnen und Schülern. Es geht grundsätzlich um ein Schulklima, das auf Anerkennung basiert und auf diese Weise die individuelle Entwicklung der Schülerinnen und Schüler fördert. Untersuchungen belegen die Bedeutung der Beziehungsebenen, um emotionale Verhaltensprobleme (Bennett, 2003), Ablehnung (Risi, 2003) und soziale Isolierung zu vermeiden. Eine kürzliche Untersuchung (Carter, 2007) zeigt, dass in der Schule integrierte Jugendliche seltener riskante Verhaltensweisen für die Gesundheit annehmen. Schulisches Lernen beruht auf guten Beziehungen und diese sind wichtig für den Aufbau von sozialen Kompetenzen. Respektvolles Kommunizieren, die Unterstützung bei Schwächen und die gleichzeitige Selbstwahrnehmung von vorhandenen Stärken führen zu einem guten Schulklima. Durch regelmäßige Rückmeldungen über individuelle Fortschritte und Leistungsbeurteilungen in Bezug auf die früheren Leistungen wird die Motivation der Schülerinnen und Schüler gefördert (Torney-Purta, 2002). Meinungsäußerung ohne die Ablehnung der Mitschüler/innen fürchten zu müssen, ist für allgemeine Akzeptanz und ein angenehmes Schulklima verantwortlich (Vieno, 2005).

Die HBSC-Studie beschäftigt sich auch mit der Schule-Schüler-Beziehung, wobei die Antworten anhand einer 4-Punkteskala von „gefällt mir sehr gut“ bis „gefällt mir überhaupt nicht“ bewertet wurden. In der Tabelle 3.10 sind die Meinungen der Jugendlichen über die Schule angeführt. Der Anteil der 11-Jährigen, denen die Schule sehr gut/recht gut gefällt, beträgt 72.8% und sinkt bei den 13-Jährigen auf 59.6%. Mit 11 und 13 Jahren fällt die Bewertung der Schule bei den Mädchen besser als bei den Jungen aus.

Tabelle 3.10. „Was hältst du derzeit von der Schule?“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Gefällt mir sehr gut	23.7 (179)	8.2 (62)	11.5 (49)
Gefällt mir recht gut	49.1 (370)	51.4 (388)	57.2 (243)
Gefällt mir nicht sehr	20.4 (154)	29.3 (221)	25.9 (110)
Gefällt mir überhaupt nicht	6.8 (51)	11.1 (84)	5.4 (23)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 3.5 – Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Schule „sehr gut“ und „recht gut“ gefällt, nach Alter und Geschlecht



Schlussfolgerungen

Insgesamt gefällt die Schule gut/sehr gut etwas mehr als der Hälfte der befragten Schüler/innen (66,8%). Es kann ein rückläufiger Trend dieser Quote im Vergleich zur vorherigen Umfrage (73,9%) beobachtet werden. Die allgemeine Bewertung der Lehrer/innen scheint positiv zu sein: Sie sind in der Tat korrekt, aufmerksam und hilfsbereit. Die allgemeine Einstellung zur Schule bereitet insbesondere bei den 13-Jährigen Sorgen, wo einem von zehn Jugendlichen die Schule wenig oder überhaupt nicht gefällt. Dies sollte Anlass zur Reflexion und Rückfrage sein.

Deutlich positiv, wie erwartet, fällt die Bewertung der Beziehung zu den Klassenkameraden/innen aus, die als freundlich, höflich und hilfsbereit gelten. Das Phänomen des Mobbing und der Gewalt unter Schülern und Schülerinnen bedarf großer Aufmerksamkeit und eines sofortigen Eingreifens, um die Situation schnell zu beenden.

Bibliographie Kapitel 3

Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.

Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.

- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (pp 421-471). New York, Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007), The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of School Psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B.K., Pianta R.C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28: 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33: 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49:366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8:1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research.

- In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Milano, Unicopli.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36: 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39:177-190.
- Wentzel K.R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K.R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K.J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16

Kapitel 4: Sport und Freizeit

Einleitung

Der Zusammenhang zwischen körperlichem Aktivitätsverhalten und Gesundheit ist in weiten Teilen sehr gut erforscht: Regelmäßige körperliche Aktivität ist nachweislich gesundheitsfördernd und integraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Sitzende Tätigkeiten gelten als Risikofaktoren für die Gesundheit, deren Folgen sich gravierend auf das Wohlergehen der Person in jedem Lebensalter auswirken.

Während im Schul- und Entwicklungsalter der gesundheitspädagogische Aspekt im Vordergrund steht, gewinnt im Erwachsenenalter die Frage nach der Möglichkeit, Krankheitsrisiken zu mildern an Bedeutung. Im Entwicklungsalter kommt es zusätzlich zu einer Reihe von funktionalen und Stoffwechselveränderungen, denen das Wachstum und die Entwicklung ausgesetzt sind. Im Übrigen, ist die Bewegung Grundvoraussetzung für eine gute Gesundheit im Erwachsenenalter (WHO, 2010 und 2011; EU Working Group, 2008).

Um zu verstehen, wie Jugendliche ihren Tag und die alltäglichen Tätigkeiten planen, wurden in diesem Abschnitt die Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität, die Nutzung von Fernsehen und Videospielen, die Zeit mit Freunden/innen und die Häufigkeit der Benutzung von Handys und Computer analysiert.

4.1 Körperliche Aktivität

Nach Angaben der WHO beträgt das empfohlene Ausmaß an moderater bis intensiver körperlicher Aktivität für Jugendliche (15-17 Jahre) mindestens 60 Minuten täglich (WHO, 2010), wobei Bewegungsspiele, Freizeit- und Sporttätigkeiten, Fahrweg, Turnunterricht, Familien-, Schul- und Gemeinschaftsaktivitäten berücksichtigt werden.

Körperliche Aktivität, Gesundheit und Lebensqualität sind eng miteinander verbunden. Bewegungsmangel und körperliche Inaktivität führen auf Dauer zu Übergewicht oder anderen Folgekrankheiten. Es gibt eine Reihe von Studien, die die positive Auswirkung der körperlichen Aktivität im Jugendalter auf die Gesundheit im Erwachsenenalter bestätigen (Janssen, 2007).

Körperlich aktive Jugendliche (Janssen, 2009; WHO 2011) bleiben es auch im Erwachsenenalter. Übrigens ist die Teilnahme an Freizeit- und Sporttätigkeiten im Gegensatz zur TV- und Computer-Nutzung eine wertvolle Gelegenheit, sich zu verbessern, die eigenen Grenzen zu überwinden, Spaß zu haben, neue Freundschaften zu schließen und gesund aufzuwachsen.

Die körperliche Aktivität fördert nicht nur die motorischen Fähigkeiten, sondern auch die Sozialisierung, Persönlichkeitsbildung, verbessert das Selbstwertgefühl und erhöht die zwischenmenschlichen Beziehungen (Boreham, 2001; Alfermann, 2000).

Körperliche Leistungsfähigkeit, allgemeine Fitness und Selbstständigkeit werden durch körperliche Aktivität gefördert (EU Working Group „Sport and Health“, 2008). Ferner begünstigt sie die kognitive Leistungsfähigkeit. Auch das Selbstbild und die Lebenszufriedenheit werden dadurch gefördert.

Das Ausmaß der körperlichen Aktivität unserer Jugendlichen wurde anhand der Frage „Wie oft hast du in den letzten 7 Tagen körperliche Aktivitäten für insgesamt mindestens 60 Minuten pro Tag betrieben?“ erfasst. Zu den bewegungsfaulen gehörten nur 3.2% der befragten Jugendlichen; die restlichen trainieren 1 bis 7 Tage die Woche. Jungen üben körperliche Aktivität mit häufigeren Trainingseinheiten als Mädchen aus.

Abbildung 4.1. – Häufigkeit der körperlichen Aktivität pro Woche in Prozent (Anzahl der Tage mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität), nach Alter

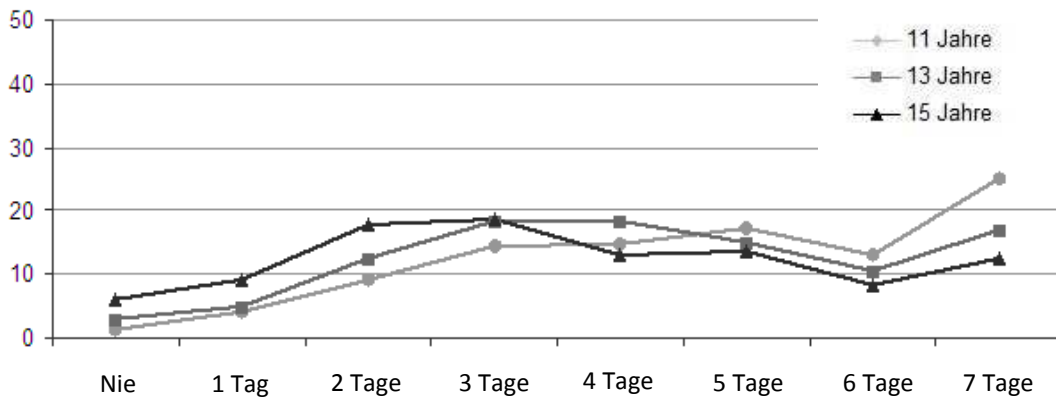
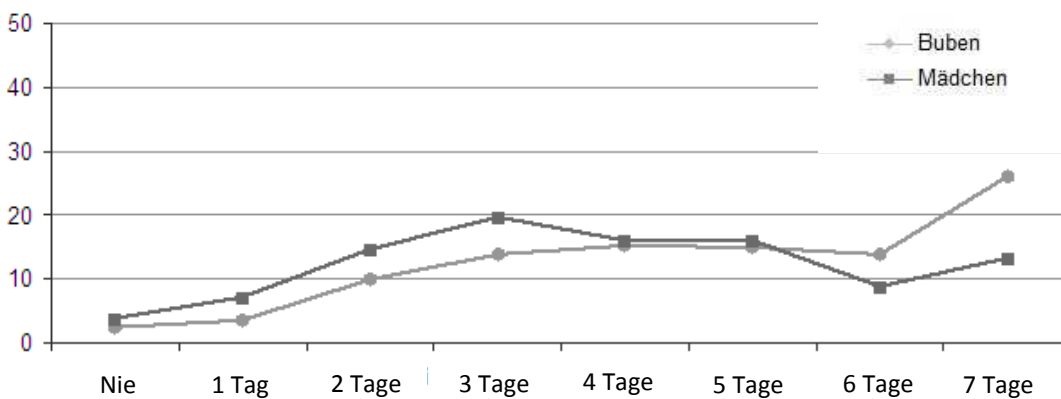
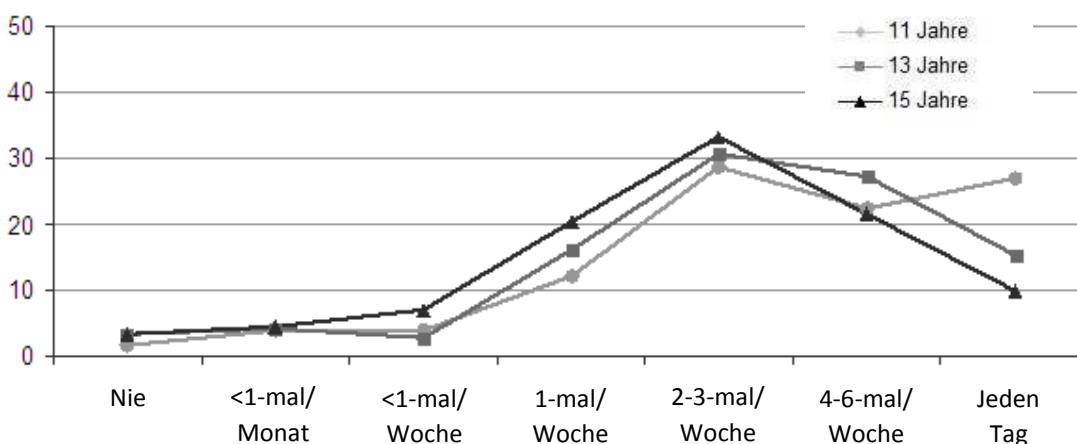


Abbildung 4.2 – Häufigkeit der körperlichen Aktivität pro Woche in Prozent (Anzahl der Tage mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität), nach Geschlecht



Die Schüler/innen wurden gebeten, die Anzahl der Anlässe pro Woche, an denen sie intensive körperliche Aktivität ausüben, bei der sich der Atem beschleunigt, es zu Schweißbildung und Ermüdungsgefühl kommt, anzugeben.

Abbildung 4.3 – Häufigkeit der intensiven körperlichen Aktivität pro Woche in Prozent außerhalb der Schulzeit, nach Alter



4.2 Tätigkeiten im Sitzen

Der Mangel an angemessenen Strukturen, verfügbarer Zeit und Sicherheit der Außenbereiche verlagert die Freizeitaktivitäten der Jugendlichen zunehmend in den Innenbereich, insbesondere in das Zuhause zum Fernseher oder zu Videospielen (Sonneville, 2009). Bewegungsmangel oder geringe körperliche Aktivität führen zu einem niedrigen Energieverbrauch (Biddle, 2004). TV- und Computer-Nutzung sind passive Freizeitaktivitäten, die das Bedürfnis nach und die Gelegenheit zu körperlicher Bewegung reduzieren (CDC, 2001).

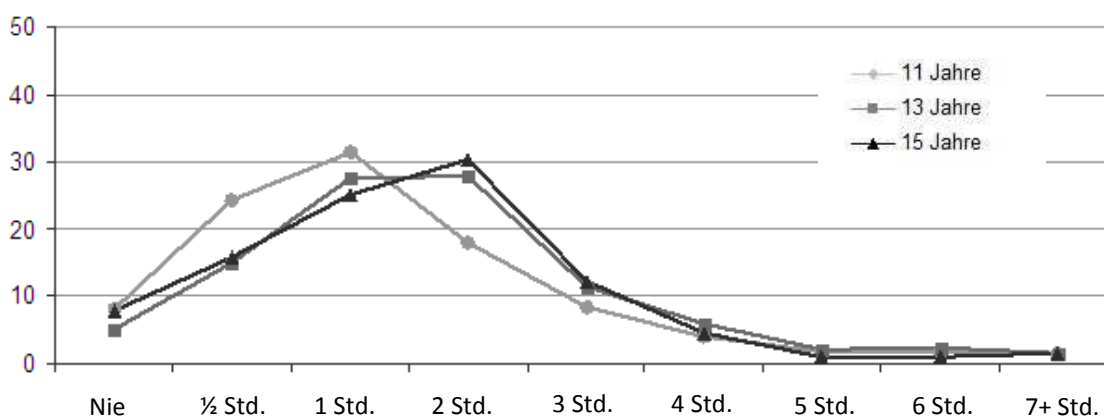
Obwohl die Ergebnisse der HBSC-Studie keinen eindeutigen Zusammenhang zeigen (Janssen, 2005; Borraccino, 2009), zählt ein bewegungsarmer Lebensstil zu den Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (Hume, 2009). Weiters wurde eine körperlich inaktive Lebensweise in Verbindung zu anderem gesundheitsschädlichen Verhalten gesetzt, wie zum Beispiel dem Drogenkonsum und verschiedenen Arten von Störungen, Gewalt, Aggression (Kuntsche, 2006).

Eine bewegungsarme Lebensweise in der Kindheit führt zu negativen Auswirkungen im Erwachsenenalter; vermehrte TV-Nutzung hat eine Gewichtszunahme im Erwachsenenalter zur Folge (Parsons 2008), während gezielte Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität das Risiko von Übergewicht reduzieren (DeMattia, 2007). Die HBSC-Erhebung wurde zusätzlich zur körperlichen Aktivität mit Fragen über die Tätigkeiten im Sitzen erweitert. Es wurde die TV-, Videospiel- und Computer-Nutzung in Stunden pro Tag gemessen. Zur globalen Erforschung der Verhaltensmodelle unterscheidet der Fragebogen zwischen Werktagen und Wochenende.

4.2.1 Häufigkeit der Fernseher- und Computernutzung und der neuen Kommunikationsformen

Den Empfehlungen der internationalen Leitlinien zufolge (Committee on Public Education, 2001; UK Government, 2010) ist eine TV-, Videospiel-, Computer- und Internet-Nutzung von über zwei Stunden pro Tag nicht ratsam. Nur ein kleiner Anteil der Jugendlichen verbringt mehr als zwei Stunden pro Tag vor dem Fernseher: 18.2% der 11-Jährigen, 24.0% der 13-Jährigen und 21.1% der 15-Jährigen. Eine Fernsehnutzung von über 5 Stunden pro Tag geben 3.7% der 11-Jährigen, 4,1% der 13-Jährigen und 2,8% der 15-Jährigen an.

Abbildung 4.4 – Vor dem Fernseher (YouTube, DVD o. a.) verbrachte Zeit in Prozent, nach Alter



Rund ein Drittel der Schüler/innen erklärt, mehr als 2 Stunden am Computer oder mit der Spielkonsole, dem Tablet oder Smartphone zu spielen (14.6% der 11-Jährigen, 17.9% der 13-Jährigen und 14.6% der 15-Jährigen). Die Dauer der PC-Nutzung für Videospiele ist bei Jungen etwas länger als bei Mädchen.

Abbildung 4.5 – Den Videospielen (PC, Spielkonsole, Tablet, Smartphone o. a.) gewidmete Zeit in Prozent, nach Alter

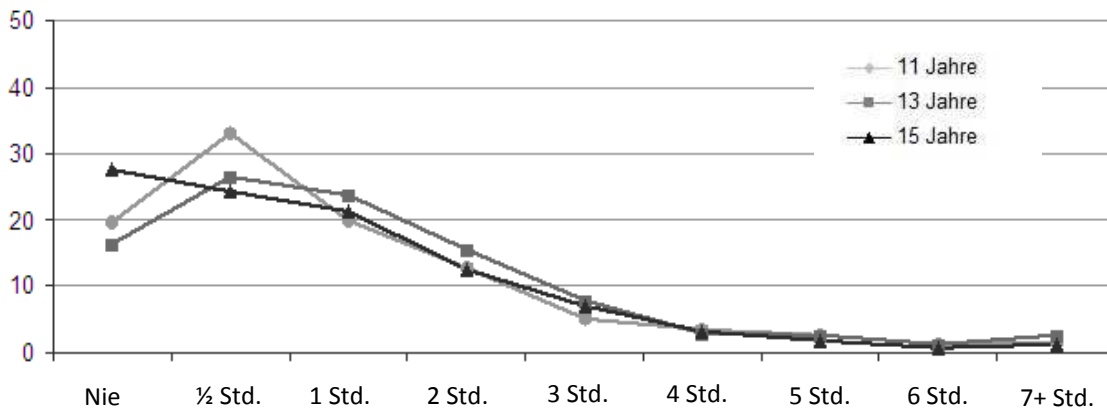
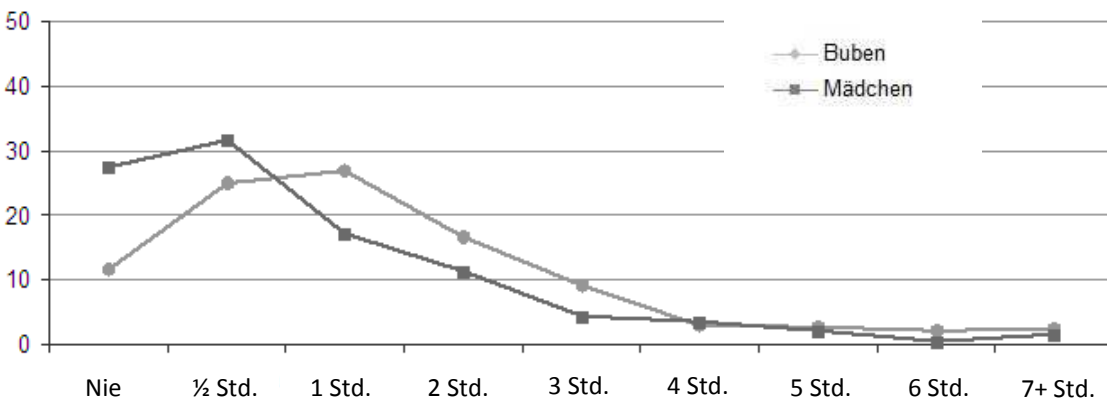


Abbildung 4.6 – Den Videospielen (PC, Spielkonsole, Tablet, Smartphone o. a.) gewidmete Zeit in Prozent, nach Geschlecht



Die Verwendung des Internets in "intensivem" Ausmaß (> 2 h / Tag) nimmt mit dem Alter zu. Der Anteil der Jugendlichen, die das Internet mehr als 2 Stunden pro Tag nutzen, beträgt 13,9% bei den 11-Jährigen, 25,7% bei den 13-Jährigen und 35,5% bei den 15-Jährigen. Es gibt keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht.

Abbildung 4.7 – Am Computer, Tablet, Smartphone zum Surfen, Chatten o. a. verbrachte Zeit in Prozent, nach Alter

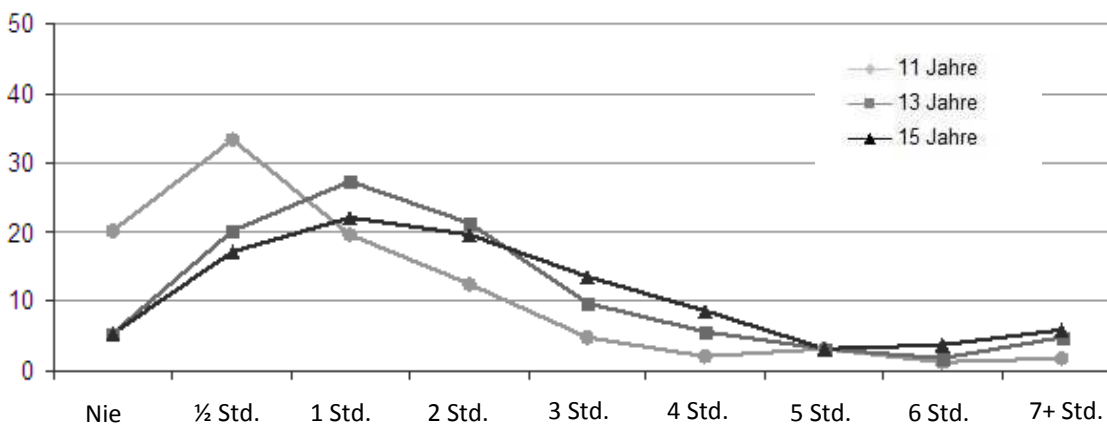
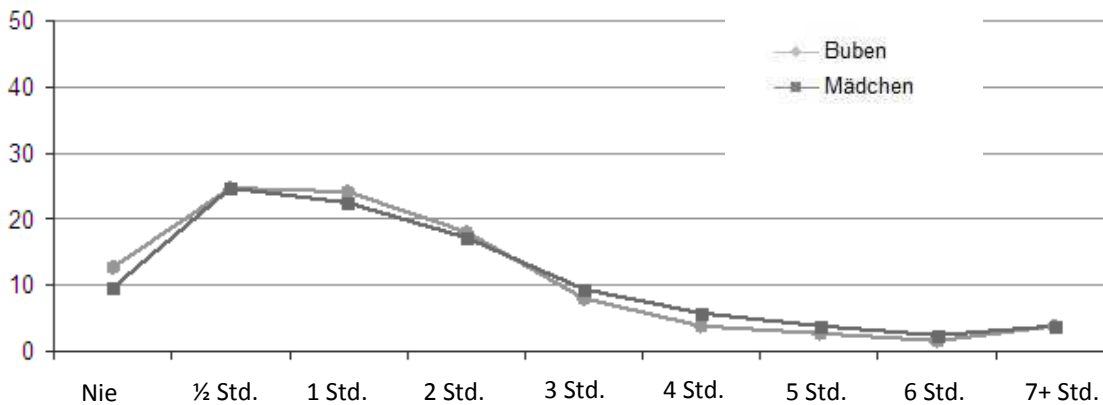


Abbildung 4.8 – Am Computer, Tablet, Smartphone zum Surfen, Chatten o. a. verbrachte Zeit in Prozent, nach Geschlecht



Die Zeitangaben der Jugendlichen, was die TV- und Videospiel-Nutzung betrifft, stellen eine Überschätzung der effektiven Dauer dieser Freizeitbeschäftigungen dar. Das Summieren der Zeitangaben der drei Beschäftigungen, TV-, Videospiel- und Internet-Nutzung, ergibt folgende Ergebnisse: die 11-Jährigen verbringen 36.5% ihrer Zeit mit Fernsehen, 31.9% mit Videospielen und 31.6% mit Internet surfen; bei den 13-Jährigen sind es jeweils 34.7% ihrer Zeit für Fernsehen und Videospielen und 30.7% für das Internet. Für die 15-Jährigen sind es 35.6% für das Fernsehen, 27.9% für Videospiele und 36,5% für das Internet. Der Fernseher bleibt zwar die beliebteste Freizeitbeschäftigung, mit dem Alter steigt aber das Interesse am Internet und sinkt jenes für die Videospiele.

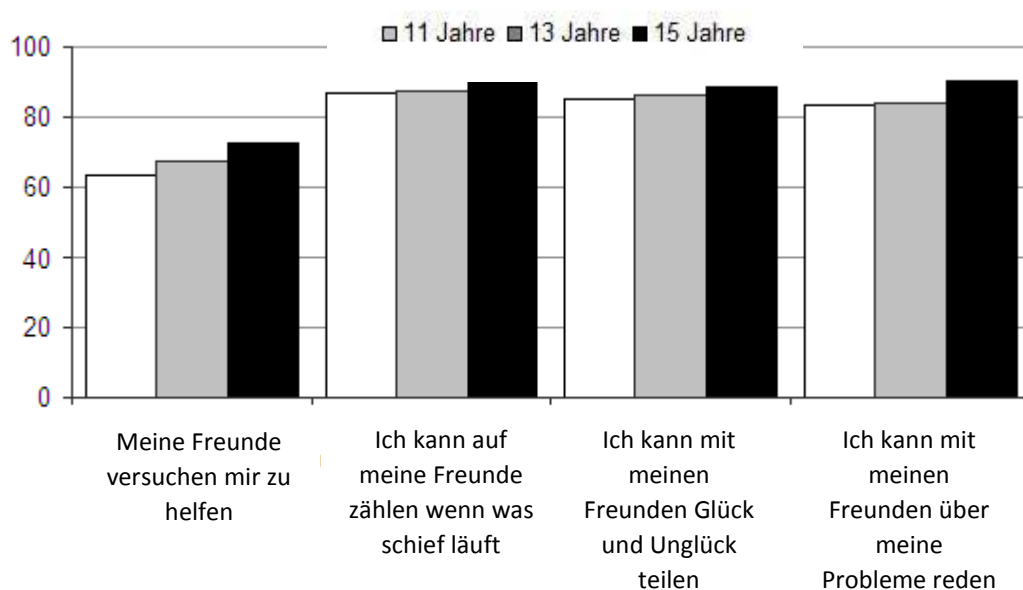
4.3 Beziehung zu den Altersgenossen

Eine wichtige Rolle für die Persönlichkeits- und Identitätsbildung spielt auch das soziale Umfeld des Jugendlichen. Es wirkt sich auf das Selbstwertgefühl des Jugendlichen aus. Anerkennung, Liebe und das Gefühl von Geborgenheit unter Gleichaltrigen sind für die Jugendlichen von besonderer Bedeutung (Laible, 2004). Die Verwendung des Telefons und der Austausch von Nachrichten sind die häufigsten Kommunikationsformen zwischen Gleichaltrigen und werden in diesem Abschnitt in Bezug auf die Häufigkeit und Verbreitung der Verwendung analysiert. Über 80% der 13- und 15-jährigen Jugendlichen berichten, mit ihren Freunden täglich über Handy, SMS-Nachrichten oder das Internet in Kontakt zu stehen; bei den 11-Jährigen sinkt der Prozentsatz auf 63.1%.

Tabelle 4.5. Jugendliche, die täglich mit ihren Freunden in Kontakt sind, nach Alter und Kommunikationsmittel

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Telefon, FaceTime, Skype	3.2 (15)	0.8 (5)	1.1 (4)
SMS, WhatsApp, WeChat	60.3 (287)	51.6 (324)	45.4 (167)
E-Mail	1.1 (5)	0.5 (3)	
Facebook, Gmail, Messenger	14.5 (69)	16.4 (103)	25.3 (93)
Andere Soziale Netzwerke	21.0 (100)	30.7 (193)	28.3 (104)
Insgesamt	100 (476)	100 (628)	100 (368)

Abbildung 4.9. Prozentsatz der Jugendlichen, die die vier Aussagen mit “stimmt ziemlich”, “stimmt” und “stimmt genau” beantwortet haben, nach Alter



Schlussfolgerungen

Analog zu den vorhergehenden HBSC-Erhebungen bestätigen die Daten 2014 ein hohes Aktivitätsverhalten von Seiten der Südtiroler Jugendlichen. Die Umgebung und die vorhandenen Strukturen regen zu körperlicher Bewegung, sei es als Leistungssport oder Freizeitbeschäftigung, an. TV, Computer (einschließlich der Netzwerk-Varianten, Facebook u. a.) sind nicht in der Lage, die zwischenmenschlichen Beziehungen virtuell zu ersetzen.

Die vielfältigen Kommunikationsmöglichkeiten wirken sich auch auf unser Sozialverhalten und unseren Lebensstil (Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung etc.) aus. Mobile Technologien machen unsere Kommunikation direkter und unmittelbarer und erleichtern es den Jugendlichen, mit Gleichaltrigen in Verbindung zu bleiben. Der Einfluss digitaler Kommunikationsmittel auf das

Alltagsverhalten der Jugendlichen und die damit verbundenen negativen Auswirkungen müssen weiterhin vertieft werden.

Bibliographie Kapitel 4

Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents, and Television. *Pediatrics*, 107:423-26

Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on selfconcept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65

Biddle S.J., Gorely T., Marshall S.J., Murdey I., Cameron N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33.

Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 19:915-29

Borraccino A., Lemma P., Iannotti R.J., Zambon A., Dalmasso P., Lazzeri G., Giacchi M. Cavallo F. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41:749–756.

DeMattia L., Lemont L., Meurer L. (2007). Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity Reviews*, 8:69–81

EU Working Group “Sport and Health” (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>

Hume C., Singh A., Brug J., Mechelen W., Chinapaw M. (2009). Dose-response associations between screen time and overweight among youth. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4:61–4

Janssen I., Katzmarzyk P.T., Boyce W.F., Vereecken C., Mulvihill C., Roberts C., Currie C., Pickett W. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6:123–132

Janssen I. (2007). Guidelines for physical activity in children and young people. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 32:S122–S135.

Janssen I., Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40

Kuntsche E., Pickett W., Overpeck M., Craig W., Boyce W., de Matos M.G. (2006). Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 39:908–915

Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence*, 27:703-16.

CDC (2001). Increasing physical activity (A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 50:1–14.

Parsons T.J., Manor O., Power C. (2008). Television viewing and obesity: a prospective study in the 1958 British birth cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62:1355–63.

Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatrics*, 21:9-81

U.K. Government(2010).https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213739/dh_128144.pdf

WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>

WHO (2011) Global Recommendations on Physical Activity for Health
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>

Kapitel 5: Essgewohnheiten und ernährungsrelevante Aspekte

Einleitung

Zu den Risikofaktoren, die wesentlich zur Verbreitung von chronisch degenerativen Erkrankungen beitragen (Monteiro, 2005), gehört die Ernährung mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit. Grundlegende Veränderungen in der Ernährung können positive oder negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben und nicht nur das Körpergewicht, sondern auch die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten wie beispielsweise Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Beschwerden beeinflussen (CDC, 2011). Das Wohlergehen steht im Mittelpunkt der strategischen Maßnahmen zur Vorsorge von Krankheiten, die in Zusammenhang mit einer nicht korrekten Ernährungsweise und einem unangemessenen Lebensstil stehen.

Der fortlaufende Veränderungsprozess aufgrund der Empfehlungen der WHO zur Bekämpfung der ernährungsbedingten Risiken fördert die gesunde Lebensweise (WHO, 2002; WHO 2010).

Es ist daher wichtig, dass alle aktiv am Veränderungs- und Konsolidierungsprozess von gesundheitsförderndem Verhalten mitwirken und dies gilt vor allem im Entwicklungsalter, wo ein guter Gesundheitszustand ein gesundes Wachstum und die körperlichen und emotionalen Veränderungen unterstützt.

Die Ernährungsgewohnheiten im Jugendalter werden anfänglich von der Familie (Benton, 2004; Verzeletti, 2010) und anschließend von den Gleichaltrigen und der Gesellschaft geprägt (Salvy, 2009). Verhaltensweisen, die in jungen Jahren angenommen werden, werden in der Regel im Erwachsenenalter beibehalten und deshalb sind altersgerechte Präventionsmaßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils unerlässlich (NHMRC, 2013). Eine gesunde Lebensweise im Jugendalter erhöht die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter in gutem Gesundheitszustand zu sein und im hohen Alter über eine gute körperliche Leistungsfähigkeit zu verfügen, mit offensichtlichen Vorteilen für den Betroffenen und das Gesundheitssystem.

In den Industrieländern ist das Risiko von Übergewicht und Fettleibigkeit ein besonders relevantes Problem. Es ist in den letzten Jahrzehnten in der Tat zu einem deutlichen Anstieg der Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit in allen Altersklassen gekommen (Wang, 2006; Low, 2009). Dieser Anstieg ist zum Teil auf die Veränderungen im Lebensstil, auf den Bewegungsmangel und auf Lebensmittel mit hohem Energiegehalt und niedrigem Nährwert zurückzuführen (WHO, 2010). In den letzten Jahren konnte in einigen Ländern eine stabile, manchmal auch etwas rückläufige Tendenz der Prävalenzraten von Übergewicht beobachtet werden (Keane, 2014; Orden, 2013; Schmidt 2013; Lioret, 2009).

Anhand der HBSC-Studie werden Informationen über einige Ernährungsgewohnheiten gesammelt. Im Mittelpunkt stehen das Frühstück sowie empfohlene Lebensmittel wie beispielsweise Obst und Gemüse und nicht empfohlene Lebensmittel wie beispielsweise Süßwaren und zuckerhaltige Softdrinks (INRAN, 2003; NHMRC, 2013; NewZeland, 2012).

Zur Berechnung des Körpergewichts der Jugendlichen wurden die selbsterklärten anthropometrischen Daten erhoben (Gewicht und Größe) (Currie, 2001). Die Werte des Body-Mass-Indexes (BMI) wurden den unterschiedlichen Gewichtsklassen zugeteilt (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Fettleibigkeit) (Cole, 2000; 2007).

Die Mundhygiene ist ein weiteres Thema dieses Abschnitts. Viele Mundhöhlenerkrankungen sind auf unkorrektes mangelndes Zähneputzen im Jugendalter zurückzuführen (Mobley, 2009). Die Überwachung der Gewohnheiten der Jugendlichen geben Aufschluss über die notwendigen Erziehungsmaßnahmen (Plutzer, 2008).

5.1 Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeiten

Das Frühstück ist für das körperliche und psychische Gleichgewicht der Jugendlichen eine wichtige Mahlzeit. Das Frühstück erleichtert das Lernen, verbessert die Leistungen in der Schule und verhindert den Verzehr von kalorienreichen Snacks (Hoyland, 2009; Kant, 2008).

Die Jugendlichen wurden gebeten, die Häufigkeit des wöchentlichen Frühstücks an Schultagen zu quantifizieren. Das Frühstück sollte in etwa 20% der täglichen Energiezufuhr bereitstellen.

Die Gewohnheit zu frühstücken nimmt mit dem Alter ab: Es frühstücken 69.6% der 11-Jährigen, 63.4% der 13-Jährigen und 59.5% der 15-Jährigen.

Tabelle 5.1: “Wie oft frühstückst du normalerweise an Schultagen?“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	15.0 (113)	21.6 (163)	24.0 (102)
1 Tag	3.4 (26)	2.9 (22)	4.0 (17)
2 Tage	2.9 (22)	4.2 (32)	4.0 (17)
3 Tage	4.6 (35)	3.7 (28)	3.8 (16)
4 Tage	4.4 (33)	4.1 (31)	4.7 (20)
5 Tage	69.6 (525)	63.4 (479)	59.5 (253)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Um sich optimal zu entwickeln, ist es für Kinder von großer Bedeutung, dass sie eine gesunde Ernährung erhalten und dazu gehören Zwischenmahlzeiten, die den Appetit zwischen den Hauptmahlzeiten stillen. Der wichtigste Faktor dabei ist, dass ihr Energiebedürfnis aus einer Vielfalt von Nahrungsmitteln befriedigt werden kann.

Während für das Frühstück der Prozentsatz der Jugendlichen, die nicht frühstücken, mit dem Alter steigt (von 15.0% auf 24.0%), sind es in erster Linie die 11-Jährigen, die vormittags und nachmittags keine Zwischenmahlzeit essen (von 15.0% auf 8.9%).

Tabelle 5.2: „Isst du normalerweise ein Jausenbrot?“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nein	15.0 (113)	9.7 (73)	8.9 (38)
Am Vormittag	20.4 (154)	22.3 (168)	27.5 (117)
Am Nachmittag	28.5 (215)	25.3 (191)	19.8 (84)
Vormittags als auch nachmittags	36.1 (272)	42.8 (323)	43.8 (186)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

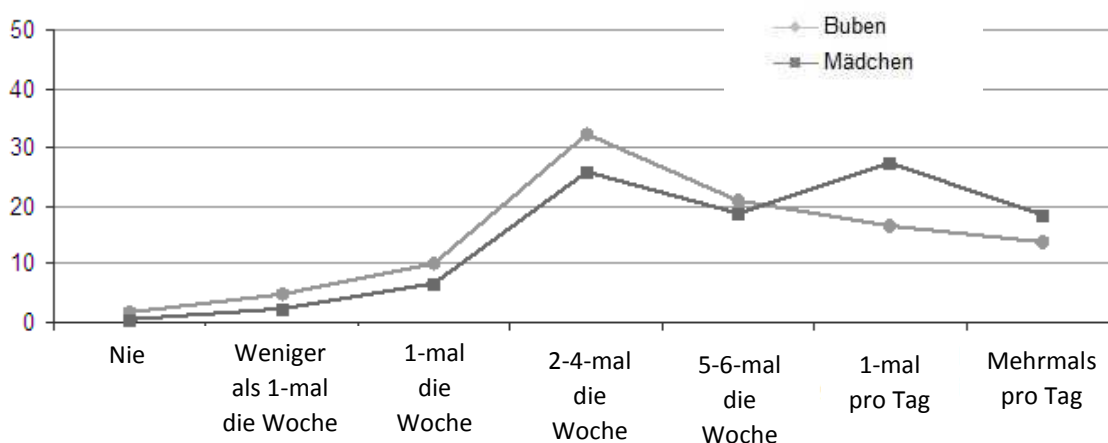
5.2 Obst- und Gemüsekonsum

Die Erhebung des Obst- und Gemüsekonsums lässt Rückschlüsse auf die Ernährungsgewohnheiten zu. Es sind verschiedene Inhaltsstoffe von Gemüse und Obst, denen gesundheitsfördernde Wirkungen zugeschrieben werden, darunter Ballaststoffe, Vitamine und Mineralsalze (Pearson, 2009; Mainvil, 2009). Die nationalen und internationalen Leitlinien empfehlen den Verzehr von 5 Obst- und Gemüseportionen pro Tag (INRAN, 2003; WHO Technical Report Series, 2003). Nur 16.2% der Jugendlichen essen mehrmals am Tag Obst, darunter Mädchen häufiger als Jungen.

Tabelle 5.3: „Wie oft isst du normalerweise in der Woche Obst?“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	1.6 (12)	0.9 (7)	0.9 (4)
Weniger als 1-mal in der Woche	4.0 (30)	3.3 (25)	3.3 (14)
1-mal in der Woche	7.7 (58)	8.3 (63)	8.9 (38)
2-4-mal in der Woche	23.2 (175)	31.5 (238)	33.6 (143)
5-6-mal in der Woche	19.4 (146)	19.9 (150)	20.2 (86)
Einmal täglich	24.0 (181)	22.4 (169)	19.1 (81)
Mehrmals täglich	20.2 (152)	13.6 (103)	13.9 (59)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 5.1 – Häufigkeit des Obstkonsums in Prozent, nach Geschlecht

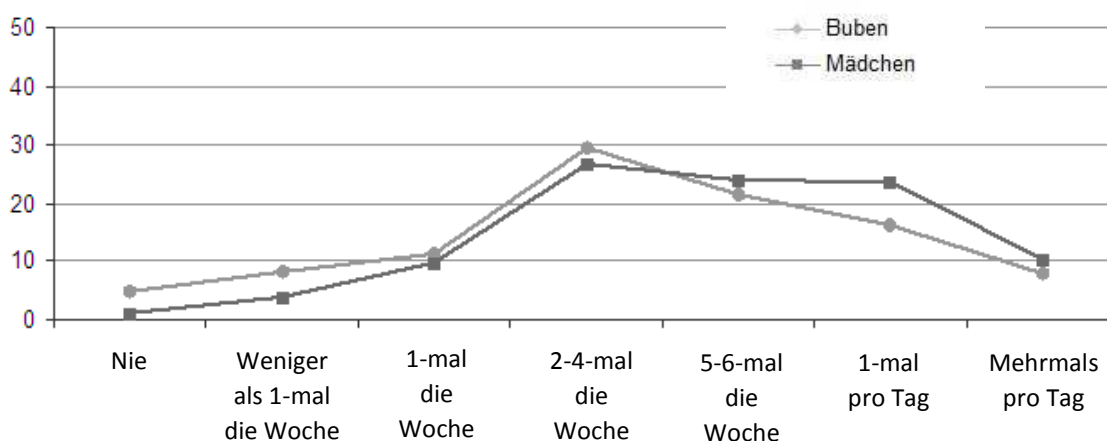


Auch der Gemüsekonsum hält sich sehr niedrig: Zirka einer von zehn Jugendlichen (9.2%) erklärt, mehrmals am Tag Gemüse zu essen. Der tägliche Gemüsekonsum kommt bei Mädchen häufiger als bei Jungen vor.

Tabelle 5.4: „Wie oft isst du normalerweise in der Woche Gemüse?“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	3.7 (28)	2.4 (18)	2.8 (12)
Weniger als 1-mal in der Woche	8.8 (66)	5.0 (38)	2.8 (12)
1-mal in der Woche	10.9 (82)	12.3 (93)	6.8 (29)
2-4-mal in der Woche	25.7 (194)	29.1 (220)	30.1 (128)
5-6-mal in der Woche	20.7 (156)	24.6 (186)	23.8 (101)
Einmal täglich	20.8 (157)	18.4 (139)	22.6 (96)
Mehrmals täglich	9.4 (71)	8.1 (61)	11.1 (47)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

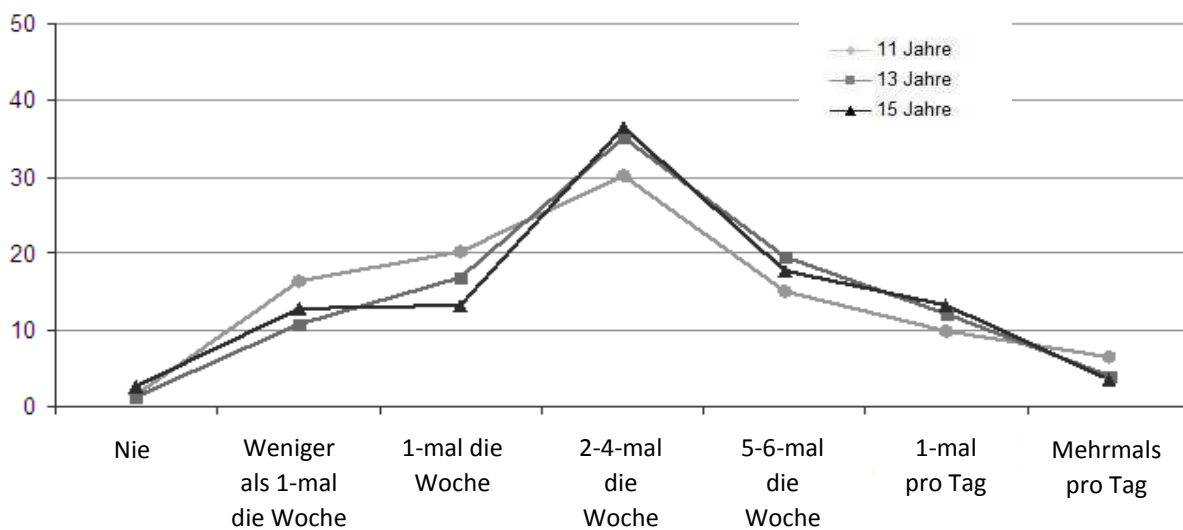
Abbildung 5.2 – Häufigkeit des Gemüsekonsums, nach Geschlecht



5.3 Konsum von Süßwaren und kohlenensäurehaltigen Softdrinks

Der Süßwarenkonsum ist begleitet von einer hohen Kalorien-, Fett- und Zuckeraufnahme. Gleichzeitig werden aber wenig essentielle Nährstoffe geliefert (Malik, 2010; Vartanian, 2007). Rund einer von fünf Jugendlichen isst jeden Tag oder auch mehrmals am Tag Süßwaren. Der Süßwarenkonsum ist im Alter von 11 Jahren am größten: Die gelegentlichen Verbraucher (nie oder weniger als ein Mal in der Woche) sinken von 18.0% bei den 11-Jährigen auf 15.7% bei den 15-Jährigen.

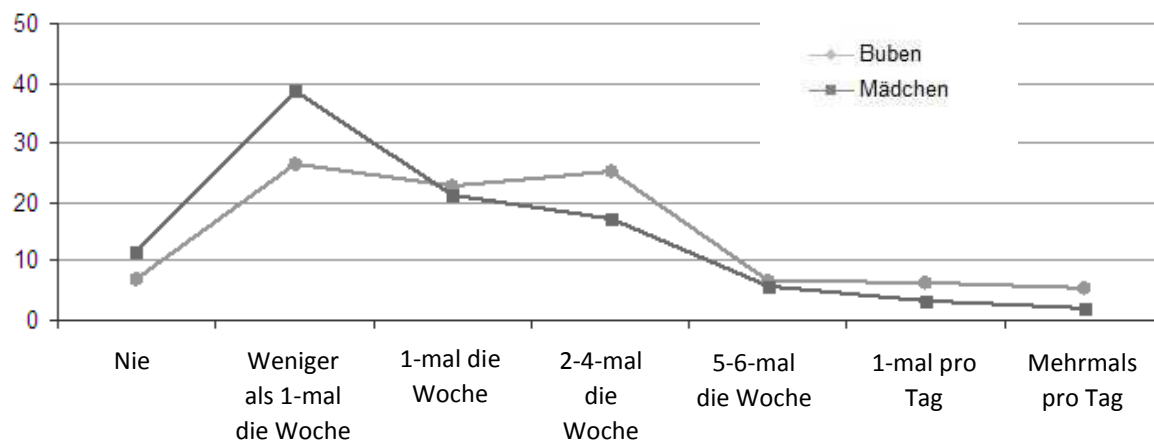
Abbildung 5.3 – Häufigkeit des Konsums von Süßwaren, Bonbons oder Schokolade, nach Alter



Analoges gilt für den Konsum von zuckerhaltigen Getränken: Die gelegentlichen Verbraucher im Alter von 11 Jahren stellen einen Anteil von 48.6% dar, während jener im Alter von 15 Jahren auf 41.2% sinkt.

Unter den Erwartungen liegt der Anteil der Jugendlichen, die einen häufigen Konsum von zuckerhaltigen Getränken angeben, vielleicht aufgrund einer ausreichenden Bewusstheit über den Zuckergehalt der Getränke.

Abbildung 5.4 – Häufigkeit des Konsums von zuckerhaltigen Getränken in Prozent, nach Geschlecht



5.4 Ernährungsrelevante Aspekte

Anhand der Gewichts- und Größenwerte wurde der Body-Mass-Index (BMI) der Jugendlichen berechnet. Alter und Geschlecht spielen bei der Interpretation des BMI eine wichtige Rolle. Die BMI Werte werden folgenden Gewichtsklassen zugeteilt: Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Fettleibigkeit. Grundlage dieser Gewichtsklassen sind die Cole-Tabellen (2000, 2007).

In der Provinz Bozen sind 87.3% der Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren normalgewichtig, mit unerheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Altersklassen. Unter

den wenigen übergewichtigen Jugendlichen befinden sich tendenziell mehr Jungen, was auch die Daten der anderen Regionen sowie die Studie vor 4 Jahren bestätigen.

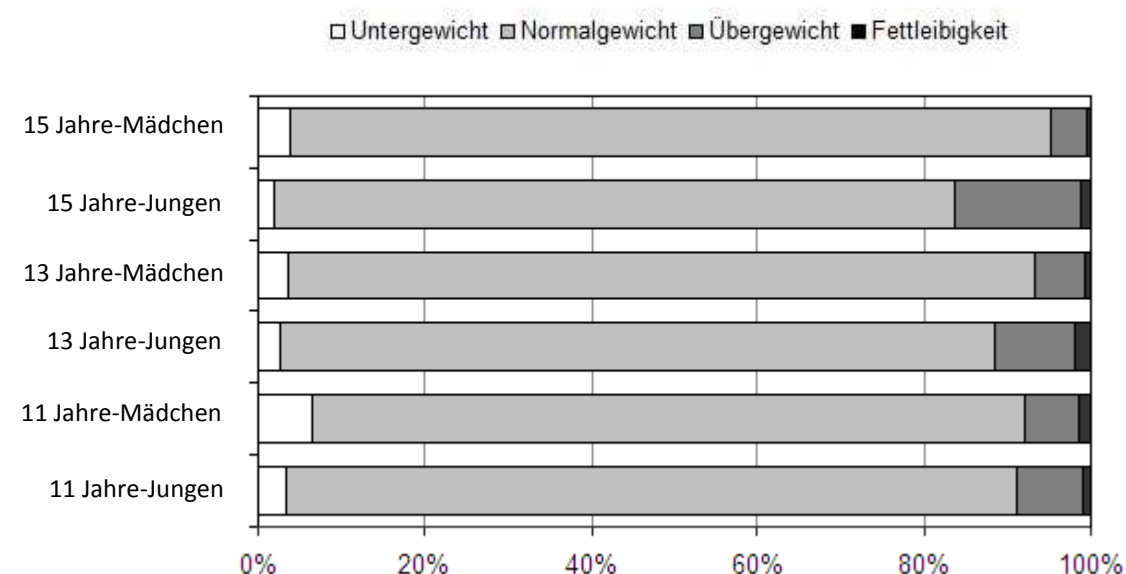
Südtirol ist die Provinz mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Jugendlichen in Italien und einem fast unmerklichen Anteil an fettleibigen Jugendlichen. Bereits in der nahen Provinz Trient ist der Anteil der übergewichtigen Jugendlichen unter den 11-Jährigen fast doppelt so hoch und auch in den anderen Altersklassen sehr viel höher. Die Daten sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da sie auf selbsterklärten Werten basieren und vor allem die Körpergröße in dieser Altersgruppe tendenziell überschätzt wird.

Im Vergleich zur Erhebung 2009-10 ist der Prozentsatz der übergewichtigen und fettleibigen Jugendlichen konstant geblieben (9%). Diese eigentlich tröstlichen Daten sind in gewissem Maße sicherlich den zahlreichen, zu diesem Thema durchgeführten Präventionsprojekten zu verdanken. Der Vergleich mit einer im Frühjahr 2014 durchgeführten Direkterfassung von Gewicht und Größe der 8-jährigen Kinder zeigt eine andere Wirklichkeit auf: Die Anteile von Fettleibigkeit von 4% und Übergewicht von 13% weichen von den Werten der HBSC-Studie ab und lassen eine weitgehende Unterschätzung der in der vorliegenden Studie erklärten Gewichts- und Größenwerte annehmen.

Tabelle 5.5. Einstufung des Gewichtes gemäß BMI (berechnet auf der Grundlage der erklärten Gewichte- und Größenwerte), nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Untergewicht	5.1 (38)	3.2 (24)	3.1 (13)
Normalgewicht	86.6 (649)	87.7 (657)	87.6 (369)
Übergewicht	7.1 (53)	7.7 (58)	8.6 (36)
Fettleibigkeit	1.2 (9)	1.3 (10)	0.7 (3)
Insgesamt	100 (749)	100 (749)	100 (421)

Abbildung 5.5 - Verteilung der Stichprobe nach BMI-Klassen und Alter und Geschlecht in Prozent



Die Bedeutung, die die Jugendlichen ihrem Aussehen zumessen, hat in den letzten Jahren starke Änderungen erfahren. Bis zu den 80er Jahren vermittelten die Jugendlichen ihre Zugehörigkeit zu Gruppen oder Jugendbewegungen über die Kleidung, das Make-up oder die Frisur; die Figur nahm dabei eine nebensächliche Rolle ein, was sich in den letzten 20 Jahren allerdings geändert hat: Die Pflege der äußeren Erscheinung beschränkt sich nicht mehr nur auf austauschbare Accessoires wie Kleidung oder Frisur, sondern betrifft immer mehr den Körper, der zu einem Raum der Selbstverwaltung, einem Ausdruck von Individualität und Identität wird und unauslöschlich durch Tätowierungen, Piercings, Diäten oder in Fitness-Studios geformt wird (Kasten 2006).

Diese körperlichen Ausdrucksweisen scheinen sich an wenigen vorgegebenen Modellen zu orientieren, welche der Diversität keinen Spielraum lassen. Je einheitlicher die vorgegebenen Modelle sind, desto schwieriger wird es, ihnen zu entsprechen (Orbach 2009). Es ist keine Neuheit, dass sich mehr Jungen als Mädchen „ok“ fühlen, denn Mädchen neigen eher dazu, mit ihrem Aussehen kritisch zu sein und sich zu dick oder zu mager zu finden. Die Unzufriedenheit steigt mit dem Alter an. Während 60.1% der 11-Jährigen das eigene Körpergewicht als „ok“ empfinden, beträgt dieser Anteil unter den 15-Jährigen um fast 10% weniger. In dieser Altersklasse erfährt der Körper bedeutende Umwandlungen, die von den Jugendlichen nur mit Mühe akzeptiert werden. Vor allem für die Mädchen bedeutet erwachsen werden, jene kindlichen körperlichen Merkmale zu verlieren, die heute das Schönheitsideal kennzeichnen: schmale Hüften, Waschbrettbauch und keine Körperhärchen. In der Tat, geben 16,5% der Jugendlichen an, eine Diät zur Gewichtsreduzierung durchzuführen. Die Anzahl der Jugendlichen, die einer Diät folgen, steigt mit dem Alter und ist bei Mädchen höher.

Tabelle 5.6.: „Denkst du, dein Körper ist...“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Mager	11.1 (84)	13.2 (100)	13.9 (59)
Ok	60.1 (453)	51.1 (386)	47.3 (201)
Dick	28.8 (217)	35.6 (269)	38.8 (165)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 5.6– Prozentsatz der Jugendlichen, die sich zu dick fühlen („eindeutig zu dick“ oder „ein wenig zu dick“), nach Alter und Geschlecht

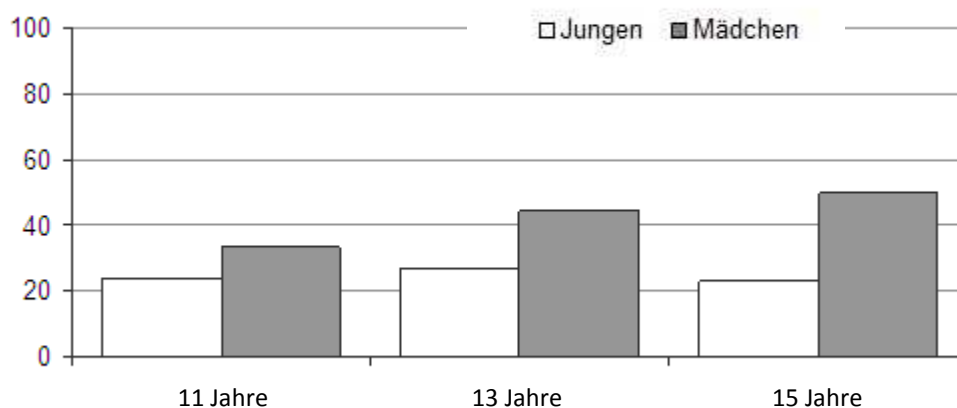
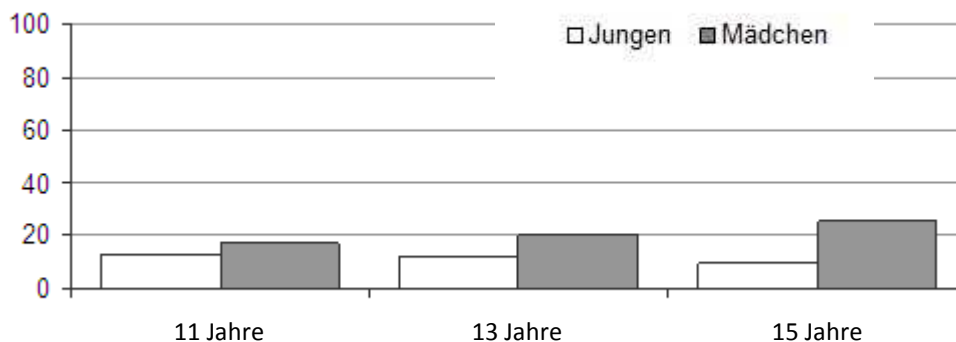


Tabelle 5.7. "Folgst du zur Zeit einer Diät um Gewicht zu verlieren?" nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nein, mein Gewicht ist zurecht	60.9 (459)	55.1 (416)	50.1 (213)
Nein, sollte einige Kilo verlieren	16.4 (124)	20.7 (156)	22.8 (97)
Nein, sollte einige Kilo zunehmen	7.6 (57)	7.8 (59)	7.8 (33)
Ja	15.1 (114)	16.4 (124)	19.3 (82)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 5.7– Häufigkeit der Jugendlichen, die einer Diät folgen, nach Alter und Geschlecht



5.5 Mundhygiene

Mundgesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Gesundheit. Beeinträchtigungen der Mundgesundheit können die Lebenszufriedenheit einschränken und verschiedene Körperorgane nachhaltig schädigen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist die Erhaltung der Mund- und Zahngesundheit in Kindheit und Jugend von besonderer Bedeutung, da Schädigungen an bleibenden Zähnen irreversibel sind und die Mundgesundheit in allen nachfolgenden Lebensphasen beeinflussen. Die häufigsten Krankheiten am Gebiss von Kindern und Jugendlichen sind Zahnkaries und Parodontitis (NHMRC, 2003).

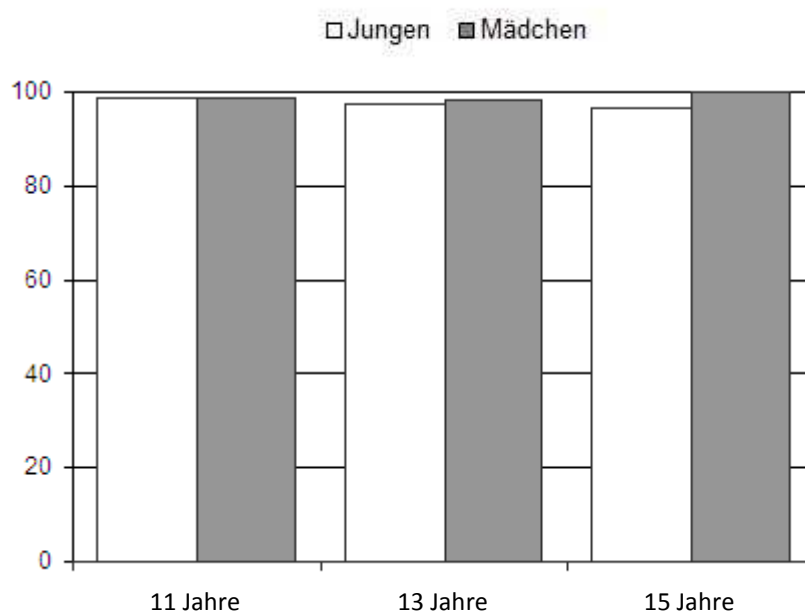
Die Jugendlichen wurden gefragt, wie oft sie sich die Zähne putzen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie“ bis zu „mehr als ein Mal pro Tag“.

Projekte zur Kariesprophylaxe in Kindergärten und Grundschulen werden in Südtirol regelmäßig durchgeführt. 98.6% der 11-Jährigen, 97.9% der 13-Jährigen und 98.5% der 15-Jährigen putzen mindestens ein Mal am Tag ihre Zähne, wobei diese Anteile gegenüber der Studie 2009-10 ansteigend sind.

Tabelle 5.8. „Wie oft putzt du täglich deine Zähne“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Mehr als 1-mal am Tag	79.0 (596)	76.0 (574)	80.9 (344)
1-mal am Tag	19.6 (148)	21.9 (165)	17.6 (75)
Mindestens 1-mal die Woche, aber nicht alle Tage	0.5 (4)	1.2 (9)	0.7 (3)
Weniger als 1-mal in der Woche	0.5 (4)	0.8 (6)	0.5 (2)
Nie	0.3 (2)	0.1 (1)	0.2 (1)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 5.8 – Häufigkeit der Jugendlichen, die mindestens 1-mal pro Tag die Zähne putzen, nach Alter und Geschlecht



Schlussfolgerungen

Wenngleich auf nationaler und europäischer Ebene von einem tendenziellen Anstieg der Fettleibigkeit die Rede ist, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, scheint in Südtirol das Phänomen des Übergewichts bei Jugendlichen rückläufig zu sein. Südtirol ist im gesamtstaatlichen Vergleich die Provinz mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Jugendlichen, obwohl der Obst- und Gemüsekonsum (aus der Studie hervorgehende Daten) gegenüber anderen norditalienischen Regionen nicht hervorragend ist. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers entspricht jedoch nicht der Wirklichkeit. 87.3% der Befragten sind normalgewichtig, aber 33.7% davon halten sich für zu dick und 12.6% zu mager. Tendenziell besitzen mehr Mädchen als Jungen einen normalen Body-Mass-Index, sind aber trotzdem unzufriedener mit dem eigenen Körper als ihre männlichen Altersgenossen.

Bibliographie Kapitel 5

Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 28:858-69.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.

Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320:1240-3.

Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335: 194-7.

Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). *Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.

Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.

Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.

Keane E., Kearney P.M., Perry I.J., Kelleher C.C., Harrington J.M. (2014) Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health*, 14:974. doi: 10.1186/1471-2458-14-974.

Lioret S., Touvier M., Dubuisson C., Dufour A., Calamassi-Tran G., Lafay L., Volatier J.L., Maire B. (2009). Trends in child overweight rates and 24h energy intake in France from 1999–2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 17:1092-100

Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 38:57-9.

Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder A.I. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 23:210-7.

Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.

Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma. http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf

Ministry of Health of New Zealand. (2012) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf>

Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic Pediatrics*, 9:410-4.

Monteiro P.O., Victora C.G. (2005). Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. *Obesity Review*, 6:143-54.

- NHMRC (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents*.
https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_131204_0.pdf
- Orden A.B., Bucci P.J., Petrone S. (2013). Trends in weight, height, BMI and obesity in 291 schoolchildren from Santa Rosa (Argentina), 1990-2005/07. *Annals of Human Biology*, 40:348-54.
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 12:267-83.
- Plutzer K., Spencer A.J. (2008) Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36:335-46.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- Schmidt Morgen C., Rokholm B., Sjöberg Brixval C., Schou Andersen L., Geisler Andersen L., Rasmussen M., Nybo Andersen A.M., Due P., Sorensen T.I. (2013). Trends in prevalence of 293 overweight and obesity in danish infants, children and adolescents--are we still on a plateau? *PLoS One*, 8:e69860.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Transferability of health promotion and health education approaches between non-communicable and communicable diseases*. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/transferability-of-health-promotion-2014.pdf>
- Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97:667-75.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*, 54:394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1:11-25.
- WHO (2002). *Move for Health*. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2003). Technical Report Series, No. 916. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, World Health Organization and Food and Agricultural Organization.
- WHO (2010). *Global strategy on diet, physical activity and health*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>

Kapitel 6: Risikoverhalten

In diesem Kapitel wird eines der meist diskutierten Themen der Gesundheitsförderung im Jugendalter behandelt: die risikobehafteten Verhaltensweisen. In diesem Lebensabschnitt unterliegen die sozialen Beziehungen radikalen Änderungen, die Altersgenossen nehmen eine immer größere Bedeutung ein und es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, Verhaltensweisen auszuprobieren und anzunehmen, die Folgen für die Gesundheit haben. Dazu gehört der Konsum von legalen Substanzen wie Tabak oder Alkohol und illegalen Suchtmitteln wie Cannabis oder anderen psychoaktiven Drogen. In der HBSC-Studie werden auch einige Aspekte zum Sexualleben untersucht, wie die Verwendung von Kondomen oder anderen Verhütungsmitteln, sowie die Häufigkeit von Unfällen.

In der jüngsten Umfrage wurden die 15-Jährigen über ihre Erfahrungen mit dem Glücksspiel befragt, ein weiteres wichtiges im Bereich der öffentlichen Gesundheit anerkanntes Thema.

6.1 Konsum von Substanzen

Viele Jugendliche rauchen irgendwann eine Zigarette oder konsumieren andere Substanzen. Dies geschieht normalerweise im Entwicklungsalter. Die Phänomene des Missbrauchs, die zu den typischen riskanten Verhaltensweisen in der Adoleszenz gehören, haben einen ausführlich dokumentierten Einfluss auf die Gesundheit: von den unmittelbaren Auswirkungen wie beispielsweise dem Unfalltod bis zu den langfristigen Auswirkungen wie den Tumorerkrankungen. Beim Konsum von Substanzen kommen neben den gesundheitlichen auch familiäre und soziale Streitigkeiten und wirtschaftliche Probleme hinzu (DiClemente, 1996; WHO, 1998).

Die Reduzierung des Substanzenkonsums gilt als Hauptziel der Gesundheitsförderung des XXI Jahrhunderts der WHO (WHO, 1998).

6.1.1 Tabakkonsum

Trotz der bekannten lang-, mittel- und kurzfristigen gesundheitlichen Folgen, bleibt das Rauchen „die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache“, mit enormen Behandlungskosten und häufigem vorzeitigen Ableben (WHO 2011; Weltbank, 1999).

Der Tabakkonsum beginnt meistens in der Adoleszenz. Die Erhebung des Ausmaßes dieses Phänomens ist ein wichtiger Bestandteil einer wirksamen Gesundheitspolitik zur Vermeidung der Gewohnheit bzw. raschen Entwöhnung (Jarvis, 2004; Cavallo, 2007). Jugendliche verbinden mit dem Rauchen viele für sie positive Aspekte: Verbesserung der schlechten Laune, ein Gefühl der Zugehörigkeit, Gewichtskontrolle, ein Gefühl der Reife und Selbständigkeit (Audrain-McGovern 2012; Lambert, 2002).

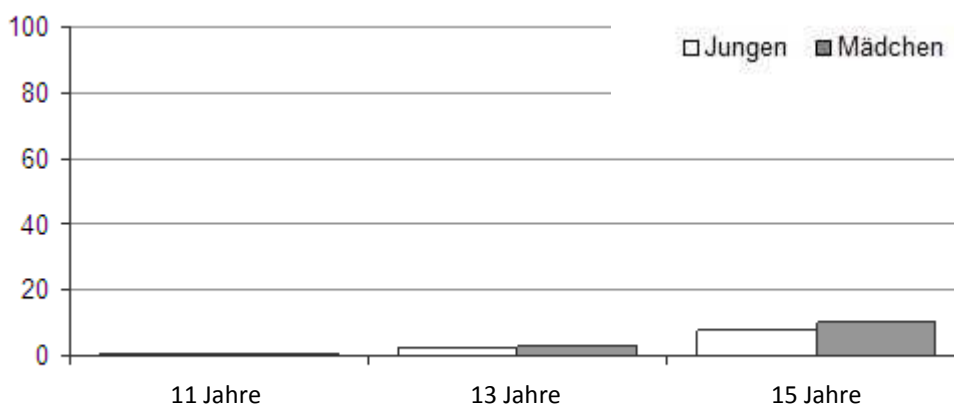
Die Mehrheit der befragten Schüler und Schülerinnen ist Nichtraucher. Der Vergleich mit der Studie 2009-10 zeigt eine steigende Tendenz des Prozentsatzes der Nichtraucher in allen Altersgruppen. Eine bedeutende Anzahl von 15-Jährigen sind regelmäßige Raucher (9,4%), wenn auch hier ein Abwärtstrend zu verzeichnen ist: 2009-10 war dieser Prozentsatz 13,8%.

Es ist zu beachten, dass es in der Lebensphase zwischen 11 und 15 Jahren zu wesentlichen Veränderungen in der Einstellung und den Verhaltensweisen kommt. Deshalb, auch wenn wir vor einer negativen Entwicklung stehen, beträgt der Unterschied zwischen der Gruppe der Nichtraucher bei den 11-Jährigen und 15-Jährigen 22,8%.

Tabelle 6.1: „Wie oft rauchst du derzeit“ nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Jeden Tag	0.5 (4)	2.6 (20)	9.4 (40)
Mindestens 1-mal in der Woche	0.3 (2)	3.3 (25)	5.2 (22)
Weniger als 1-mal in der Woche	1.1 (8)	6.9 (52)	10.1 (43)
Ich rauche nicht	98.1 (740)	87.2 (658)	75.3 (320)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Raucherfahrung hat fast ein Drittel der 15-Jährigen (24.7%). Der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen ist vergleichsweise gering: Wir finden unter Mädchen und Jungen gleich viele Raucher/innen bzw. Nichtraucher/innen.

Abbildung 6.1 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag zu rauchen, nach Alter und Geschlecht

6.1.2 Alkoholkonsum

Der Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist ein ernst zu nehmendes Phänomen. Einigen Autoren zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen dem Einstiegsalter in den Alkoholkonsum und dem Missbrauch im Erwachsenenalter (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001). Je früher junge Menschen ihren ersten Alkoholrausch erleben, umso größer gestaltet sich ihr Risiko, im späteren Lebenslauf Alkoholprobleme zu entwickeln. Andere Autoren beschreiben den Alkoholkonsum als typischen Habitus in unserer Kultur, ein probates Symbol des Erwachsenseins (Engels, 2000, 2006). Aktuelle Studien finden in dieser Altersgruppe eher einen Rückgang des Alkoholkonsums, trotzdem bleibt er in vielen Ländern die meist verwendete Substanz im Jugendalter (Brand, 2007).

So zeigt etwa die HBSC-Studie aus dem Jahr 2014 einen deutlichen Rückgang sowohl des regelmäßigen Konsums wie auch der Trunkenheitserfahrungen bei 11- bis 15-Jährigen. Insgesamt wächst die Gruppe der Jugendlichen, die keinen Alkohol trinken, von 18.1% bei den 15-Jährigen auf 82.8% bei den 11-Jährigen. Insbesondere bei den 11- und 13-Jährigen sind die Quoten der Alkoholkonsumenten in der aktuellen Erhebung zurückgegangen. Hier scheinen Präventionsmaßnahmen, Jugendschutz und verstärkte Kontrollen zu wirken. Bei den 15-Jährigen sind diejenigen, die nie trinken, mit 18.1% eindeutig in der Minderheit. Das zeigt unter anderem

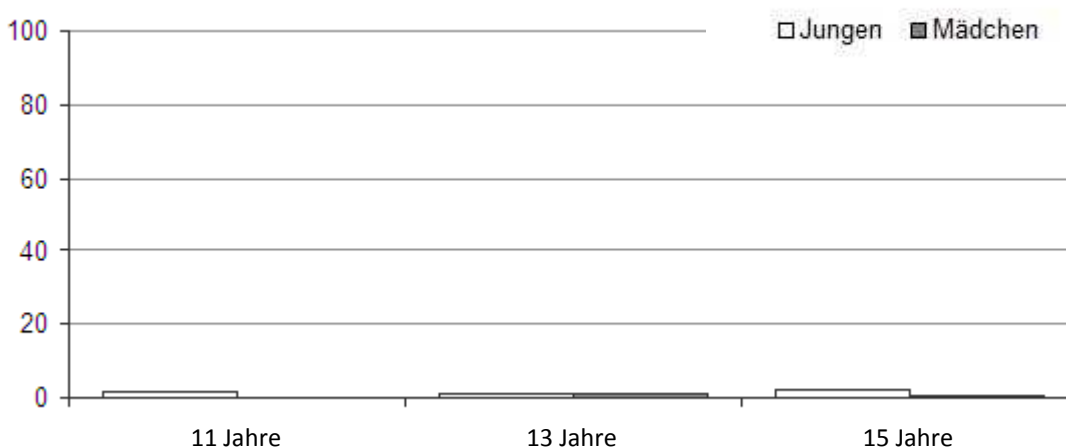
auch, dass hier der Jugendschutz überhaupt nicht greift, vielleicht auch aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahre im Jugendalter gar nicht mehr greifen kann. Bei den befragten 13-Jährigen trinken 5,2% einmal pro Woche, 42,9% einmal im Monat oder seltener. Die Zahl der Nichttrinker/innen sinkt in dieser Altersgruppe im Vergleich zur letzten Studie auf 50,9 (-6,5%). Auch bei den befragten 11-Jährigen sinken die Nichttrinker auf 82,8% im Vergleich zu 86,5% in der vorherigen Erhebung. Die Gruppe, die in diesem Alter Konsumerfahrungen mit Alkohol angibt, macht das selten und weniger als einmal im Monat (16,1%), vermutlich zu besonderen Anlässen.

Tabelle 6.3 „Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier oder Wein oder hochprozentige Getränke?“ nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Jeden Tag	0.9 (7)	1.1 (8)	1.2 (5)
Jede Woche	0.3 (2)	5.2 (39)	27.8 (118)
Jeden Monat	2.7 (20)	11.9 (90)	29.4 (124)
Selten	13.4 (101)	31.0 (234)	23.5 (100)
Nie	82.8 (624)	50.9 (384)	18.1 (77)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind auch in Bezug auf den Alkoholkonsum vergleichsweise gering. Wir finden unter Mädchen und Jungen gleich viele Alkoholkonsumerfahrene wie Abstinente. Mehrere Studien führen diesen Umstand darauf zurück, dass in gleichberechtigten, „gegenderten“ Gesellschaften Mädchen auf gleicher Augenhöhe wie Jungen am öffentlichen Leben teilhaben dürfen.

Abbildung 6.2. – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag Alkohol zu trinken, nach Alter und Geschlecht



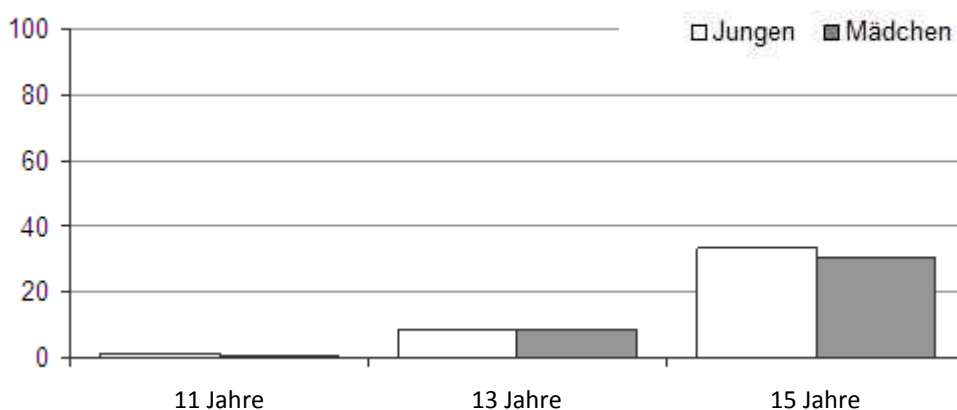
Werden die Jugendlichen befragt, wie oft sie so viel Alkohol getrunken haben, dass sie richtig betrunken waren, so verringert sich die Anzahl der Alkoholräusche von 2009 auf 2014 in allen drei Altersgruppen: 16,5% der 15-Jährigen haben die Rauscherfahrungen bisher einmal gemacht

(16.8% im Zeitraum 2009-10) und über 10-mal erzählen 6.6% der 15-Jährigen bis zum Rausch getrunken zu haben (7.2% im Zeitraum 2009-10).

Tabella 6.5 „Wie oft hast du dich bis zum Rausch betrunken?“

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	95.8 (722)	82.9 (626)	51.8 (220)
1-mal	3.3 (25)	8.6 (65)	16.5 (70)
2-3-mal	0.8 (6)	5.2 (39)	16.5 (70)
4-10-mal		2.0 (15)	8.7 (37)
Mehr als 10-mal	0.1 (1)	1.3 (10)	6.6 (28)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

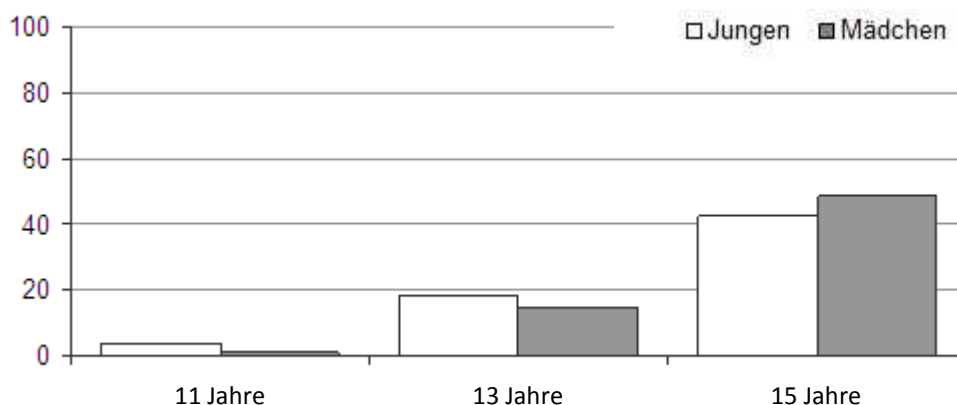
Abbildung 6.3. – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, sich zwei Mal oder öfters betrunken zu haben, nach Alter und Geschlecht



Binge-Drinking ist ein Trinkverhalten, das sich in den letzten zehn Jahren zunehmend unter jungen Europäern und somit auch jungen Italienern verbreitet hat. Binge-Drinking steht für den Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken bei einer einzelnen Trinkgelegenheit. Während das Binge-Drinking als positiver Alkoholexzess wahrgenommen wird, der zu einem spaßigen Rauschzustand führt und die sozialen Kontakte erleichtert, hinterlässt das allgemeine Besäufnis im Gegenteil einen unangenehmen Nachgeschmack. Neben den allgemein bekannten negativen Auswirkungen des Alkohols, hat eine US-Studie ergeben, dass das Binge-Drinking das Immunsystem bei gesunden jungen Menschen erheblich beeinträchtigt.

„Rauschtrinken“ ist ein gefährlicher Zeitvertreib, den in Südtirol 17,3% der Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren betreiben. Die Zahl der so genannten Binge-Trinker ist über alle Altersgruppen hinweg und bei beiden Geschlechtern im Vergleich zum Jahr 2010 leicht gesunken. Dennoch ist dieses gezielte Betrinken weiterhin bei fast der Hälfte der 15-Jährigen (45,9%) verbreitet und die Mädchen in diesem Alter trinken häufiger exzessiv als die Jungen.

Abbildung 6.4 – Prozentsatz der Jugendlichen, die 5 oder mehr alkoholische Getränke bei einer einzelnen Trinkgelegenheit (einem Abend, einer Feier, alleine, usw..) in den letzten 12 Monaten getrunken haben, nach Alter und Geschlecht



6.1.3 Cannabis

Der Drogenkonsum (wie Cannabis) und im Allgemeinen das Experimentieren mit Drogen, gehören zu den meist diskutierten Risikoverhaltensweisen der Jugendlichen. Dies liegt daran, dass trotz der Bemühungen und zahlreichen Präventionsmaßnahmen, die Ausbreitung des Phänomens unter Jugendlichen weiterhin Anlass zur Sorge ist (Currie, 2008; Faggiano, 2005).

Besorgniserregend ist insbesondere das durchschnittlich frühe Einstiegsalter in den Drogenkonsum. Internationale Daten zeigen eine Zunahme des Drogenkonsums und die Vorverlagerung des Erstkonsums zu einem früheren Zeitpunkt (Welte 1999 begleitet ; Beck, 2000). Die Untersuchung dieses Phänomens bleibt weiterhin eine Priorität der Öffentlichen Gesundheit, um neue Präventivmaßnahmen und Kontrolle anzugehen.

Tabelle 6.6 „Wie oft hast du in deinem Leben Cannabis geraucht?“ (nur 15-Jährige)

	Jungen	Mädchen	Insgesamt
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	82.4 (140)	85.1 (217)	84.0 (357)
1-2-mal	7.1 (12)	6.7 (17)	6.8 (29)
3-5 Tage	3.5 (6)	2.7 (7)	3.1 (13)
6-9 Tage	1.2 (2)	1.2 (3)	1.2 (5)
10-19 Tage	2.4 (4)	1.2 (3)	1.6 (7)
20-29 Tage		1.2 (3)	0.7 (3)
30 oder mehr Tage	3.5 (6)	2.0 (5)	2.6 (11)
Insgesamt	100 (170)	100 (255)	100 (425)

16.0% der befragten 15-jährigen Schüler/innen, 17,6% der Jungen und 14,9% der Mädchen, geben an, schon einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht zu haben. Laut vorliegender Untersuchung finden wir unter den 15-Jährigen keine regelmäßig stark konsumierenden Cannabiskonsumenten.

6.2 Glücksspiel

Die Untersuchung des Glücksspiels im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen und dem daraus resultierenden Einfluss auf die Entwicklung einer Pathologie wurde lange außer Acht gelassen und rückt erst seit ein paar Jahren in den Fokus der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit. Die wenigen hierzu existierenden Studien zeigen, dass die Teilnahme an Glücksspielen von vergleichsweise vielen Jugendlichen praktiziert wird. In diesem Zusammenhang finden sich auch unter Kindern und Jugendlichen glücksspielbezogene negative Konsequenzen, ebenso wie vergleichsweise hohe Prävalenzraten für problematisches Glücksspielen (Blinn-Pike, 2010).

Wie bei den Erwachsenen berichtet die Literatur auch bei Jugendlichen von kriminellem Verhalten, Depressionen und sogar Selbstmord aufgrund der Spielsucht (Derevensky, 2004).

Das Glücksspiel stellt trotz der gesetzlichen Verbote eine beliebte Form der Unterhaltung bei Jugendlichen dar und die Daten bestätigen, dass bis zu 80% der Jugendlichen irgendeine Form von Glücksspiel im Leben ausprobiert haben, weitere 10-15% ein Risikoverhalten aufweisen und 8,4% bereits ernsthafte Suchtprobleme haben (Derevensky, 2000).

Es wurden verschiedene Studien durchgeführt, um zu verstehen, aufgrund welcher Faktoren und in welcher Art und Weise es zur Entwicklung und Chronizität der Spielsucht unter Jugendlichen kommt. Es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um die Rolle der Gesellschaft, der sozioökonomischen Merkmale, der Medien, der Werte, Überzeugungen und Verhaltensweisen in Bezug auf dieses Suchtverhalten zu verstehen.

Im Rahmen der Umfrage HBSC 2014 wurden zum Thema Glücksspiel folgende Informationen erhoben: die Erfahrungen der Jugendlichen mit Wetten und Geldeinsätzen, um das Ausmaß der "Sucht" bewerten zu können und den Anteil der "gefährdeten" Jugendlichen, die einer Spielsucht entgegengehen oder bereits "ernsthafte Probleme" haben, zu schätzen.

Abbildung 6.5.1. Prozentsatz der 15-Jährigen, die gewettet oder Geldeinsätze gespielt haben, nach Geschlecht

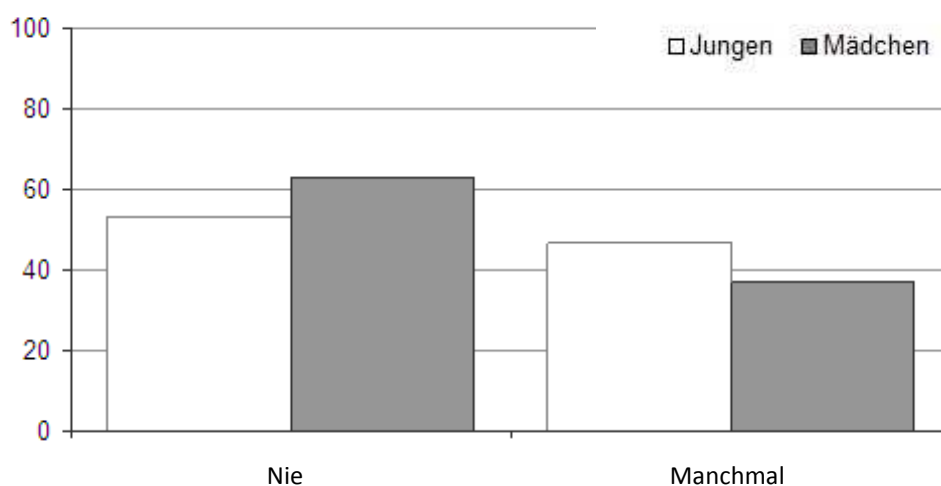
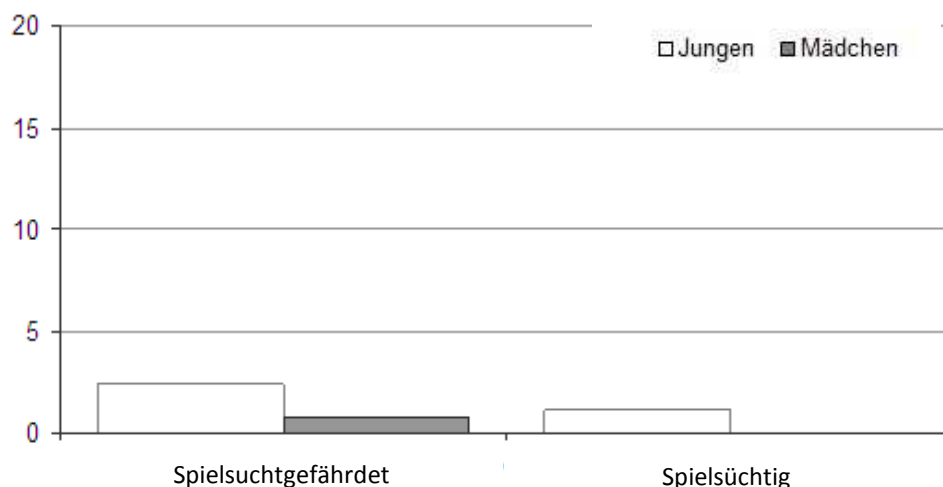


Abbildung 6.5.2. Prozentsatz der "gefährdeten" 15-Jährigen oder mit bereits "ernsthaften Spielproblemen", nach Geschlecht



6.3 Sexualverhalten

Das Sexualverhalten hat Auswirkungen auf die Gesundheit und die Entwicklung der Jugendlichen (Raphael, 1996; Wellings, 2006). Geschlechtskrankheiten und unerwünschte Schwangerschaften gehören weltweit zu den größten sozialen und wirtschaftlichen Jugendproblemen (Ellison, 2003; WHO, 2007). Insbesondere ungewollte Schwangerschaften können durch koordinierte Initiativen der Schule, Familie und Gesundheitseinrichtungen verhindert werden. Zur Ausarbeitung wirksamer pädagogischer Maßnahmen ist das Wissen über die Art und den Umfang des Phänomens erforderlich, zusammen mit der Bestimmung der Faktoren, die die Jugendlichen zu solchem Risikoverhalten verleitet.

Fragen zum Sexual- und Verhütungsverhalten wurden nur den 15-Jährigen gestellt.

Von den insgesamt 425 Befragten (255 Jungen und 170 Mädchen) geben 23.1% an, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Dies bedeutet im Vergleich zur letzten Studie im Zeitraum 2009-10 einen Rückgang von 2.4%. Der Unterschied bei den Geschlechtern zeigt sich folgendermaßen: von den 98 Jugendlichen mit Erfahrungen im Geschlechtsverkehr sind dies 66 Mädchen und 32 Jungen.

Tabelle 6.7 „Hast du bereits Geschlechtsverkehr gehabt?“ (bezeichnet auch als „Sex haben“, „schlafen mit“, ...) (nur 15-Jährige)

	Buben	Mädchen	Insgesamt
	% (N)	% (N)	% (N)
Ja	18.8 (32)	25.9 (66)	23.1 (98)
Nein	81.2 (138)	74.1 (189)	76.9 (327)
Insgesamt	100 (170)	100 (255)	100 (425)

Sexuell aktive Jugendliche wurden ergänzend nach dem Gebrauch von hormonellen Verhütungsmitteln sowie einer Kondombenutzung beim letzten Geschlechtsverkehr befragt. Internationale Studien haben gezeigt, dass Jugendliche bei gesundheitsrelevanten Fragen verantwortungsbewusstes Verhalten vorgeben, obwohl es nicht immer der Wahrheit entspricht. Dies trifft auch auf die Verwendung eines Kondoms als Verhütungsmittel zu (AAVV, 2004). Daher wurde bei der Frage auf den letzten Geschlechtsverkehr Bezug genommen. 77.4% der Jugendlichen haben bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt, 78.1% der Jungs und 77.3% der Mädchen.

**Tabelle 6.8 „Hast du oder dein Partner bei eurem letzten Geschlechtsverkehr mit Kondom verhütet?“
(nur 15-Jährige, die bereits Geschlechtsverkehr hatten)**

	Buben	Mädchen	Insgesamt
	% (N)	% (N)	% (N)
Ja	78.1 (25)	77.3 (51)	77.6 (76)
Nein	15.6 (5)	22.7 (15)	20.4 (20)
Weiss nicht	6.3 (2)		2.0 (2)
Insgesamt	100 (32)	100 (66)	100 (98)

6.4 Unfälle

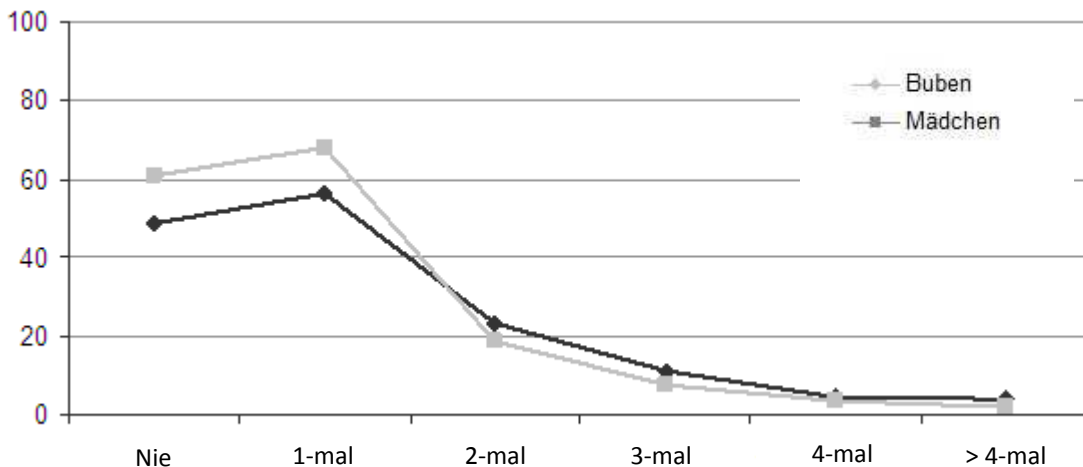
Verletzungen gelten als zentrales Public-Health-Problem, da sie vor allem im Kindes- und Jugendalter zu den vermeidbaren Todesursachen und Behandlungsanlässen beitragen. Verletzungen als Folge eines Unfalles werden oftmals mit verschiedenen Risiken beispielsweise im Verhalten oder der Umgebung in Verbindung gebracht.

Die Jugendlichen wurden gefragt, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer Verletzung durch eine/n Ärztin/Arzt oder ein anderes Gesundheitspersonal versorgt werden mussten.

Tabelle 6.9 „Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten Unfälle erlitten, für die du eine ärztliche oder krankenschwägerische Behandlung in Anspruch nehmen musstest?“

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Nie	65.8 (496)	58.1 (439)	64.7 (275)
1-mal	20.3 (153)	24.4 (184)	16.9 (72)
2-mal	7.0 (53)	11.5 (87)	9.9 (42)
3-mal	3.7 (28)	3.4 (26)	4.9 (21)
4-mal oder mehr	3.2 (24)	2.5 (19)	3.5 (15)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 6.6 Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, in den letzten 12 Monaten einen Unfall erlitten zu haben, nach Geschlecht



Schlussfolgerungen

Die vorliegenden HBSC-Daten zeigen, dass der Alkoholkonsum unter den 15-Jährigen weiterhin relativ weit verbreitet ist, auch wenn sich der rückläufige Konsumtrend der letzten Jahre fortsetzt. Jugendliche mit moderatem Alkoholkonsum verringern stetig ihren Konsum, während der kleine Anteil, der bereits viel und intensiv trinkt, weiterhin seine Trinkhäufigkeit und -menge steigert. Die Jüngeren trinken weniger, die (etwas) Älteren hingegen häufiger und exzessiver; so kann gesagt werden, dass sich der Alkoholkonsum unter den 15-Jährigen grundlegend gewandelt hat (Eisenbach-Stangl E. et al., 2008). Es ist ein Rückgang des Alkoholkonsums bei den Jüngeren und eine „Radikalisierung“ der Trinkgewohnheiten bei den etwas Älteren zu beobachten. In der Literatur spricht man von der „Normalisierung“ des Rauschtrinkens. Zwei wesentliche Voraussetzungen sind für die Normalisierung von Rauschtrinken von entscheidender Bedeutung. Einerseits muss es von der Gesellschaft akzeptiert sein und andererseits muss die Substanz leicht zugänglich sein, was bei Alkohol aufgrund seiner Legalität der Fall ist. Das Phänomen des Rauschtrinkens wird demnach normalisiert, da es zunehmend in der Gesellschaft oder zumindest in Teilen davon akzeptiert wird und die Zugänglichkeit von Alkohol gegeben ist (Starzer, A. et al., 2009). Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Jungen deutlich häufiger Alkohol trinken als Mädchen, sich bei Betrachtung des Rauschtrinkens dieser Unterschied aber deutlich verringert.

Bibliographie Kapitel 6

A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.

Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents.*Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.

Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.

Blinn-Pike L., Worthy S.L.,Jonkman J.N.(2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47:223–236.

- Brand D.A., Saisana M., Rynn L.A., Pennoni F., Lowenfels A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine*, 4: e151.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Derevensky J., Gupta R. (2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the G.A. 20 Questions. *Journal of Gambling Studies*, 16: 227–251.
- Derevensky J.L., Gupta R. (2004). *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Ellison M.A. (2003). Authoritative Knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortions, adoptions, and single motherhood: social stigma and structural violence. *Medical Anthropology Quarterly*, 17: 322-347.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25: 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440–449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2 Jarvis MJ. *Why people smoke? British Medical Journal*; 328: 277-279.
- Lambert M., Verduykt P., Van den Broucke S. (2002). *Summary on the literature on young people, gender and smoking*. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P. (2006). *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- Welte J.W., Barnes G.M., Hoffman J.H., Dintcheff B.A. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34: 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.

World Bank (1999). *Development in Practice: Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington DC: A World Bank Publication.

WHO (2006). *Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe*. Factsheet EURO/02/06 ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2013: Breaking the chain of transmission*. Geneva: World Health Organisation.

WHO (2011). *WHO Report on the global tobacco epidemic 2011. Warning about the dangers of tobacco. Mpower 2011*. Geneva, Switzerland.

Kapitel 7: Gesundheit und Wohlbefinden

Einleitung

Die subjektive Gesundheit ist ein Konstrukt, welches auf der individuellen Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Gesundheit basiert. Gerade für das Jugendalter ist die subjektive Gesundheit als Indikator der Gesundheitsberichterstattung wichtig, da Krankheit und Mortalität in dieser Lebensphase eine eher geringe Rolle spielen. Die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes ist eng an die WHO Definition von Gesundheit gekoppelt, die diese als eine multidimensionale Größe mit einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene versteht (Herzlich, 1973; WHO, 1998; HC, 1997; Wismar, 2012; Baum, 2013). Im Jugendalter ist ein guter Gesundheitszustand eine wichtige Ressource, deren Fehlen oder Beeinträchtigung negative gesundheitliche Konsequenzen im Erwachsenenalter haben kann. Beeinträchtigt wird der Gesundheitszustand der Jugendlichen von den vermeidbaren Risikofaktoren wie beispielsweise einer unangemessenen Ernährung oder anderen unangemessenen Verhaltensweisen und Gewohnheiten.

Die subjektive Beschwerdelast, definiert über somatische (z.B. Kopfschmerzen) und psychische Symptome (z.B. Nervosität), gilt als wichtiger Indikator des Wohlbefindens.

Die HBSC-Studie überwacht die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes und des psychophysischen Wohlbefindens der Jugendlichen anhand folgender 4 Makrokategorien:

- a) Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes (ausgezeichnet, gut, ziemlich gut, schlecht);
- b) Wahrnehmung des eigenen Wohlbefindens (Werte-Skala von 0 bis 10);
- c) Auftreten und Häufigkeit (jeden Tag, mehr als 1 Mal in der Woche, 1 Mal in der Woche, 1 Mal im Monat, selten oder nie) einiger Symptome, die wichtige Indikatoren des Wohlbefindens/Unwohlseins sind;
- d) Medikamentenkonsum (kein Medikament im letzten Monat, 1 Medikament oder mehr als eines im letzten Monat).

7.1. Wahrnehmung der eigenen Gesundheit

Die individuelle Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Gesundheit bei Jugendlichen ist von zentraler Bedeutung (Bowling, 2014).

Jüngste Studien haben gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Gesundheit und der gemessenen Gesundheit besteht. Eine schlechtere Wahrnehmung der eigenen Gesundheit steht in Zusammenhang mit einer verringerten Lebenserwartung (Friedman, 2014; Bowling, 2014; Burstroem, 2001), mit höheren Abwesenheiten, Angstsymptomen und Depression (Gaspar, 2003), mit Misserfolg in der Schule und mit einer negativen Einstellung zum Leben, der Schule und der Kommunikation mit den Eltern (Ravens-Sieberer, 2004).

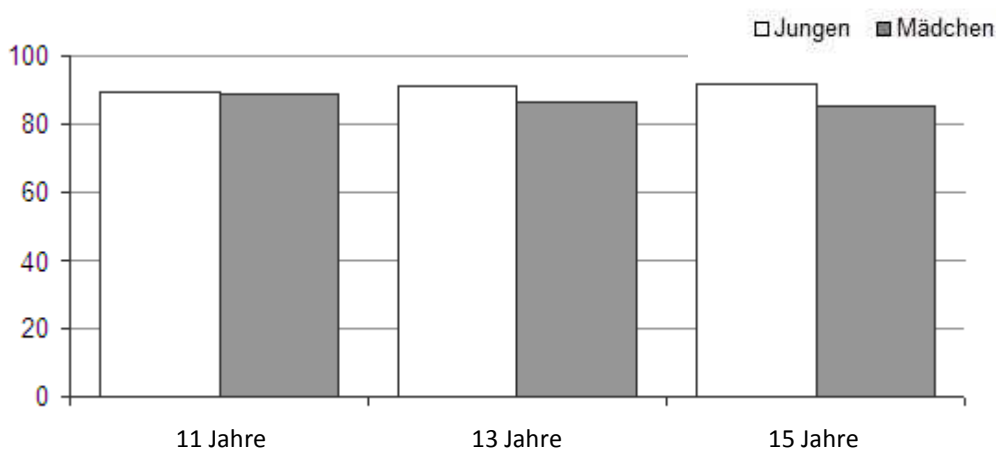
Die Kinder und Jugendlichen wurden gefragt, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzen. Die vierstufige Antwortmöglichkeit reichte dabei von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“. Die Kategorien „einigermaßen“ und „schlecht“ wurden anschließend in der Kategorie „schlechterer Gesundheitszustand“ zusammengefasst.

Im Geschlechtervergleich lässt sich erkennen, dass Mädchen ihren Gesundheitszustand insgesamt zu einem geringeren Anteil als „ausgezeichnet“ und zu einem höheren Anteil als „schlecht“ bezeichnen als Jungen.

Tabelle 7.1: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand bezeichnen?“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Ausgezeichnet	37.1 (280)	35.2 (266)	26.6 (113)
Gut	52.1 (393)	53.8 (406)	61.2 (260)
Diskret	9.9 (75)	9.8 (74)	10.1 (43)
Schlecht	0.8 (6)	1.2 (9)	2.1 (9)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 7.1 – Prozentsatz der Jugendlichen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet bezeichnen, nach Geschlecht und Alter



7.2. Das wahrgenommene Wohlbefinden

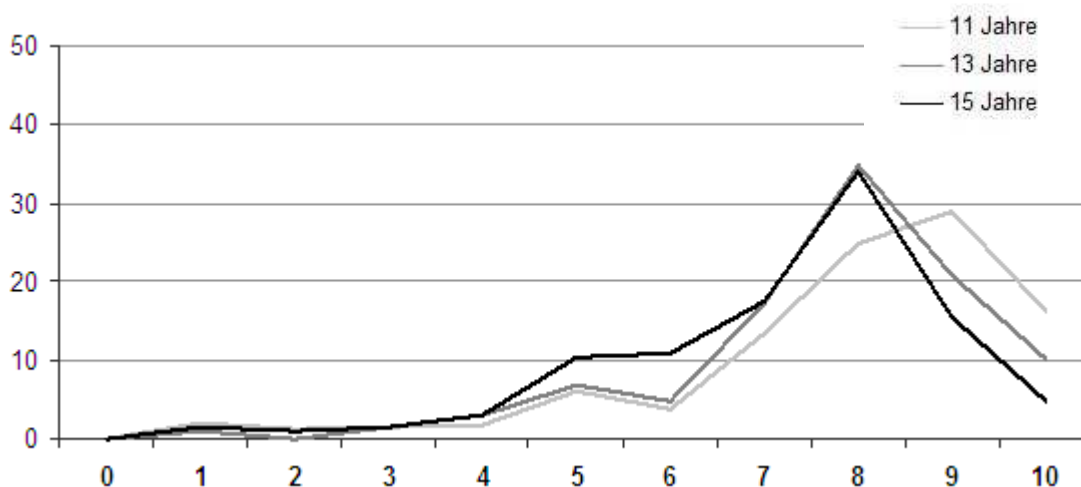
Die Bewertung des eigenen Lebens ist ein Ausdruck des eigenen Wohlbefindens und wird von zahlreichen Faktoren geprägt. Die Lebenszufriedenheit beinhaltet die allgemeine Einschätzung des eigenen Lebens (Friedman, 2014; Ravens-Sieberer, 2004; Huebner, 1991).

Im Jugendalter wird die Lebenszufriedenheit maßgeblich durch eigene (Lebens-) Erfahrungen sowie durch die familiären Beziehungen geprägt.

Die Bewertung der Lebenszufriedenheit erfolgte über die Darstellung einer Leiter mit elf Sprossen. Das obere Ende der Leiter wurde mit „das beste denkbare Leben“ (10 Punkte) und das untere Ende mit „das schlechteste denkbare Leben“ (0 Punkte) bezeichnet. Die Jugendlichen wurden danach gefragt, auf welcher Sprosse (=Punkte) sie ihr derzeitiges Leben verorten. Nach dem HBSC-Standard wird ein Wert von mindestens 6 als höhere Lebenszufriedenheit definiert

Im Vergleich zur Studie 2009/10 haben sich die Urteile sowohl der Jungen als auch der Mädchen um höhere Skalawerte verbessert.

Abbildung 7.2 – Wahrgenommenes Wohlbefinden, gemessen auf der Skala von 0 (= schlechtest mögliches Leben) bis 10 (= bestmögliches Leben), nach Alter



7.3. Die erklärten Symptome

Die subjektive Beschwerdelast, definiert über somatische (z.B. Kopfschmerzen) und psychische Symptome (z.B. Nervosität), gilt als wichtiger Indikator des Wohlbefindens. Mobbing, schulische Belastung und Tabakkonsum schlagen sich ebenfalls häufig in verschiedenen psychosomatischen Beschwerden nieder (Torsheim, 2001). Die Beschwerdelast steigt im Laufe des Jugendalters an.

Die Jugendlichen wurden gefragt, wie oft sie in den letzten 6 Monaten unter verschiedenen Beschwerden (u.a. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Nervosität und Benommenheit) litten. Die fünfstufige Antwortmöglichkeit reichte dabei von „fast täglich“ bis zu „selten oder nie“.

15.8% der 11-Jährigen, 13.9% der 13-Jährigen und 19.1% der 15-Jährigen litten in den letzten 6 Monaten unter mindestens einer psychosomatischen Beschwerde pro Tag.

Insgesamt ist der Anteil der Mädchen, die über verschiedene wöchentlich auftretende psychosomatische Beschwerden berichten höher als bei den Jungen. Am häufigsten leiden die Jugendlichen unter Einschlafproblemen, gefolgt von Nervosität, Reizbarkeit und Kopfschmerzen.

Tabelle 7.3: „Wie oft hast du in den letzten sechs Monaten eines der folgenden Symptome verspürt: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, schlechte Stimmung, Reizbarkeit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafschwierigkeiten, Schwindelanfälle?“

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Jeden Tag	15.8 (119)	13.9 (105)	19.1 (81)
Mehr als 1 Mal in der Woche	14.7 (111)	18.4 (139)	23.3 (99)
1 Mal in der Woche	15.8 (119)	17.7 (134)	20.9 (89)
1 Mal im Monat	23.1 (174)	31.4 (237)	23.5 (100)
Selten oder nie	30.6 (231)	18.5 (140)	13.2 (56)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Abbildung 7.3 – Häufigkeit der Symptome, nach Geschlecht

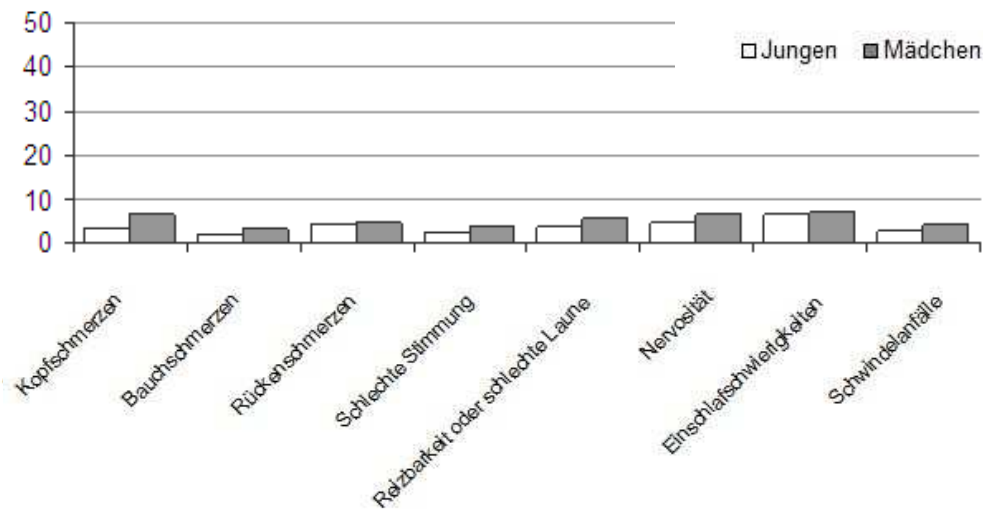
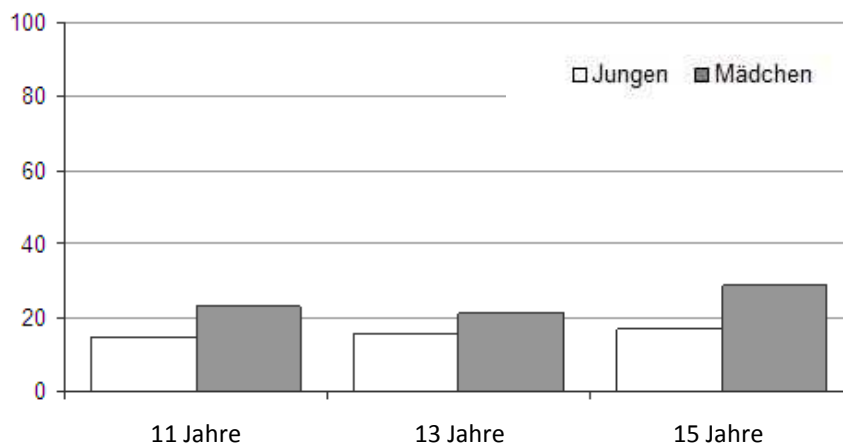


Abbildung 7.4 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag mindestens an einem Symptom zu leiden, nach Alter und Geschlecht



Die Symptome wurden in einer zweiten Analysephase in zwei Kategorien unterteilt (Haugland, 2001a; Haugland, 2001b): somatische Symptome (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Einschlafprobleme und Schwindelanfälle) und psychische Symptome (schlechte Stimmung, Reizbarkeit, Nervosität). Die somatischen Symptome werden häufiger von den Mädchen und allgemein von den 15-jährigen Jugendlichen erklärt.

Abbildung 7.5 Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag mindestens an einem Symptom wie Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen, Einschlafschwierigkeiten, Schwindelanfälle zu leiden, nach Alter und Geschlecht

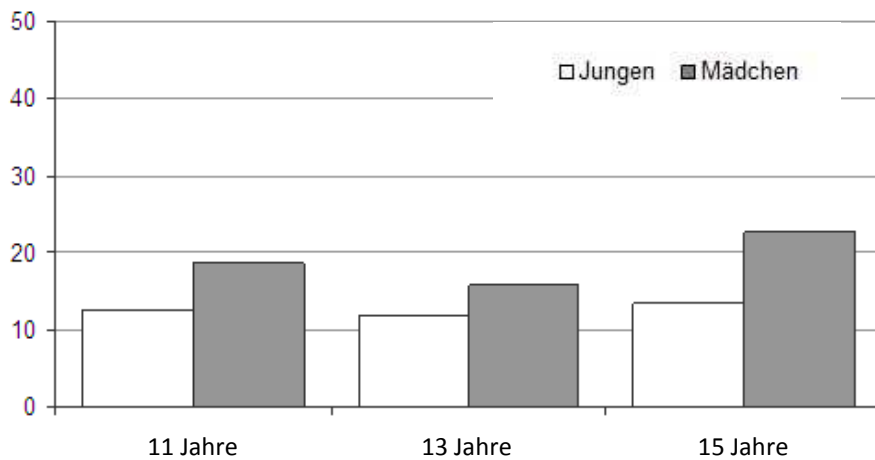
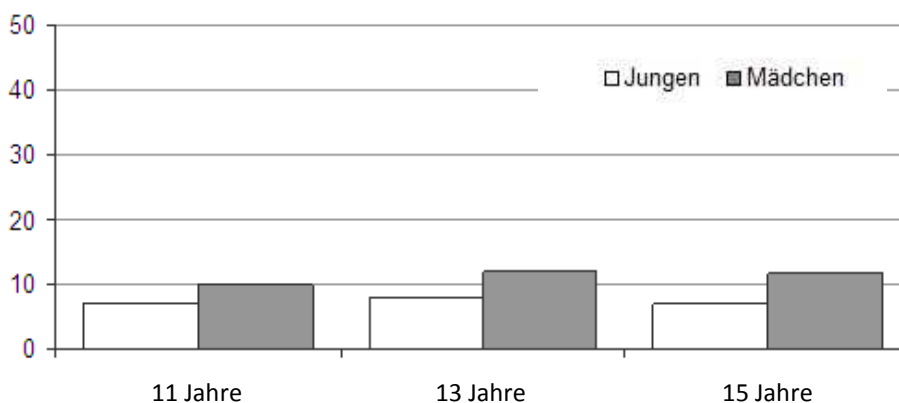


Tabelle 7.4: „Wie oft hast du in den letzten sechs Monaten psychische Symptome verspürt?“, nach Alter

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
	% (N)	% (N)	% (N)
Jeden Tag	8.6 (65)	9.9 (75)	9.9 (42)
Mehr als 1 Mal in der Woche	12.2 (92)	15.0 (113)	18.8 (80)
1 Mal in der Woche	16.7 (126)	20.3 (153)	22.8 (97)
1 Mal im Monat	27.6 (208)	30.7 (232)	31.1 (132)
Selten oder nie	34.9 (263)	24.1 (182)	17.4 (74)
Insgesamt	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Tabelle 7.6 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag mindestens an einem Symptom wie schlechte Stimmung, Reizbarkeit, Nervosität zu leiden, nach Alter und Geschlecht



7.4. Medikamentenkonsum

Die subjektive Erfahrung mit Krankheitssymptomen ist ein Indikator für die Gesundheit, die oft mit einem erhöhten Medikamentenkonsum und einer häufigen Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen verbunden ist (Belmaker, 1985). Der Medikamentengebrauch wurde zum ersten Mal in der Ausgabe 2010 der HBSC-Studie thematisiert (Cavallo, 2010).

Die Jugendlichen wurden gefragt, wie oft sie im letzten Monat (nie, einmal, mehrmals) Medikamente aufgrund folgender Beschwerden eingenommen haben: Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Schlafstörungen, Nervosität, andere. Die Einnahme von Medikamenten steigt mit dem Alter und ist bei Mädchen höher als bei Jungen.

Abbildung 7.7 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, im letzten Monat mindestens ein Mal Medikamente eingenommen zu haben, nach Alter und Geschlecht

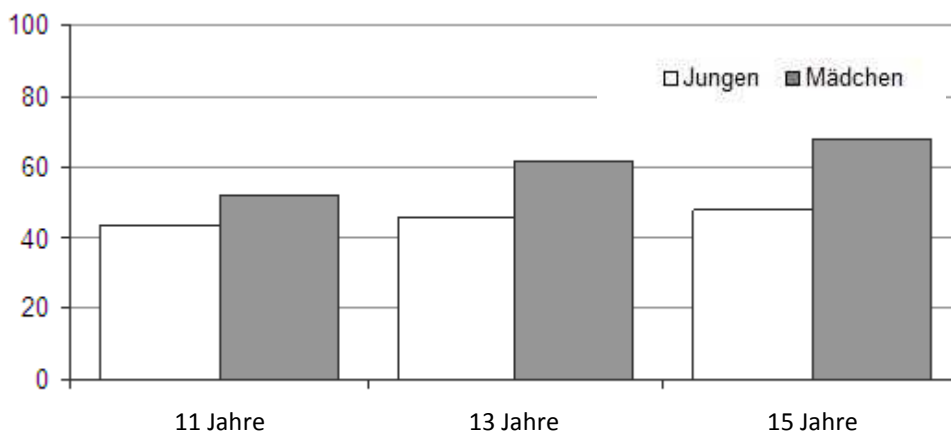
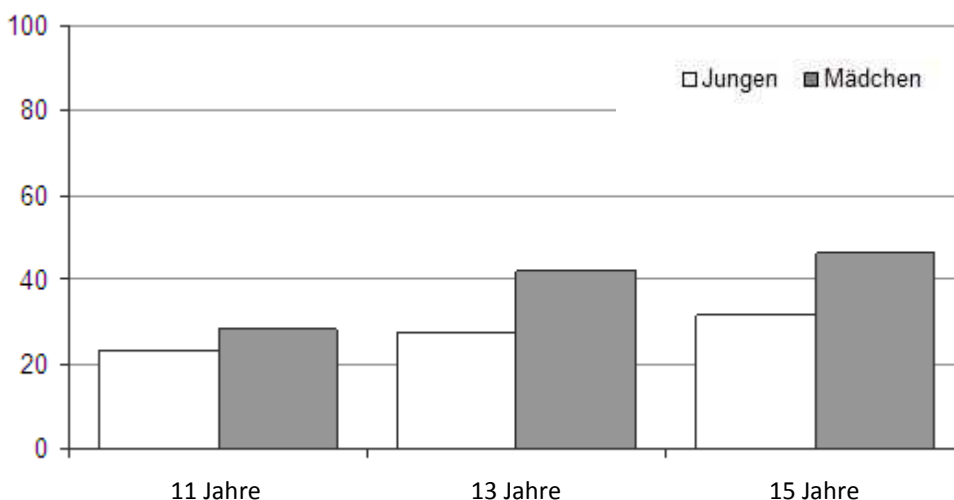


Abbildung 7.8 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, im letzten Monat mindestens ein Mal Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen zu haben, nach Alter und Geschlecht



Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse aus der HBSC-Studie 2013/14 zeigen wichtige Geschlechtsunterschiede in der subjektiven Gesundheit, die vor allem im Laufe des Jugendalters zum Tragen kommen. So nimmt

etwas mehr als ein Drittel der Jugendlichen seinen Gesundheitszustand korrekt wahr und gibt auch ein hohes Wohlbefinden an; weitere 54.8% beurteilen den eigenen Gesundheitszustand als gut. Auf einer 10-Punkte-Skala geben 64.9% Werte zwischen 8 und 10 an, mit einem Rückgang der 9-10 Werte bei steigendem Alter.

Viele erklären jedoch, täglich an spezifischen Symptomen zu leiden (ein 15-Jähriger von fünf), wobei es sich mehr um somatische als um psychische Symptome handelt, insbesondere um Kopfschmerzen, Nervosität und Schlaflosigkeit.

Bibliographie Kapitel 7

Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). *Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories*. Oxford: Oxford University Press.

Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1:1-2.

Bowling, A. (2014). *Research methods in health*. New York, McGraw-Hill Education..

Burstroem B, Fredlund P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 55:836-40.

Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.

Friedman, H. S., Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual Review of Psychology*, 65:719-742.

de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18:3-14.

Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Notizie di Politeia*, 45:1-48.

Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24:611-24.

Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11:4-10.

Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London: Academic Press.

Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12:231-40.

Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.

Lemma, P., Borraccino, A., Berchialla, P., Dalmasso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*, fdu095.

Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies.

Health Promotion International, 29:i68-i82.

Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5:337-51.

Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescence Research*, 16:293-303.

Wisnar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. *Eurohealth*, 18:3-7.

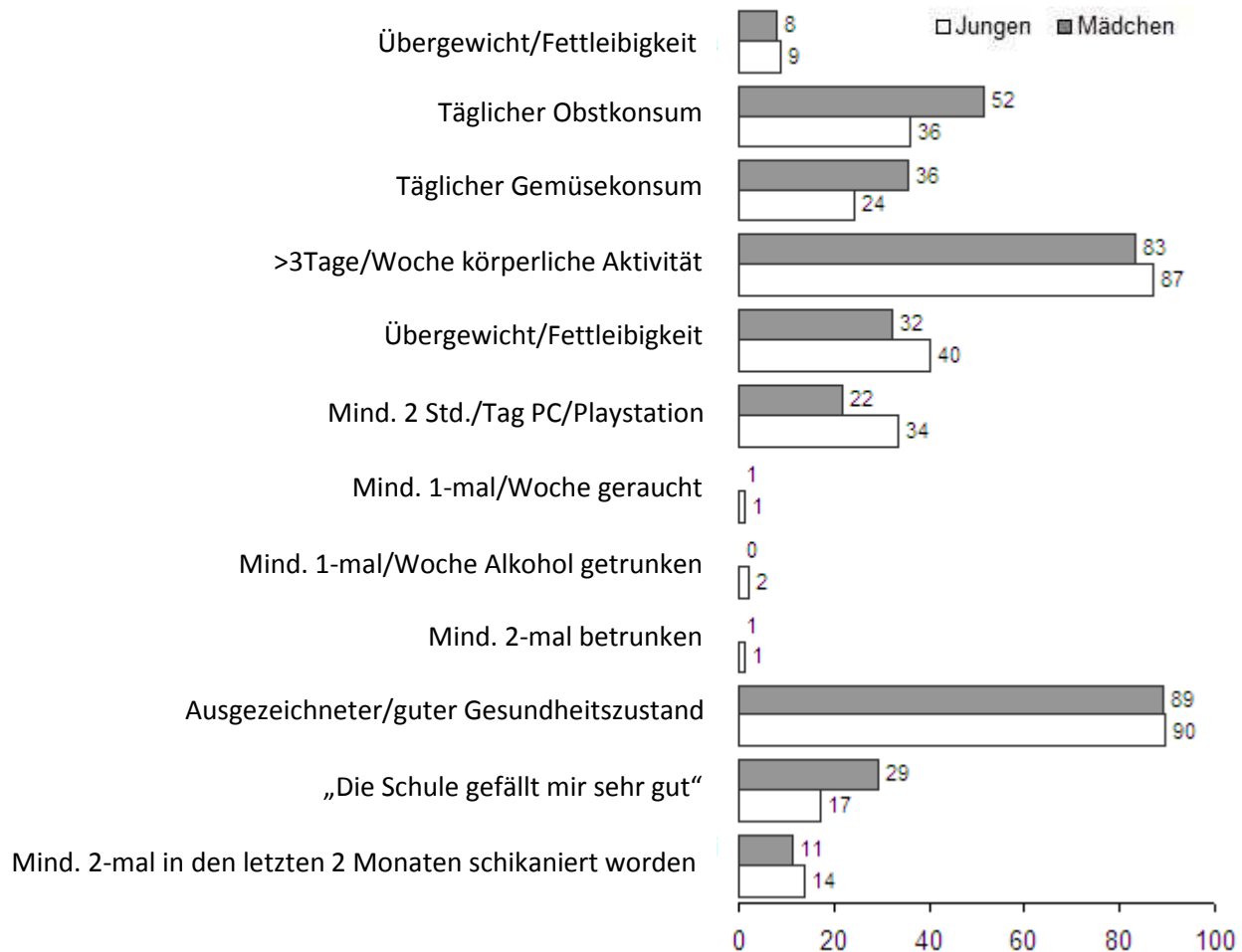
World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, WHO.

World Health Organization (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*;78:413-26.

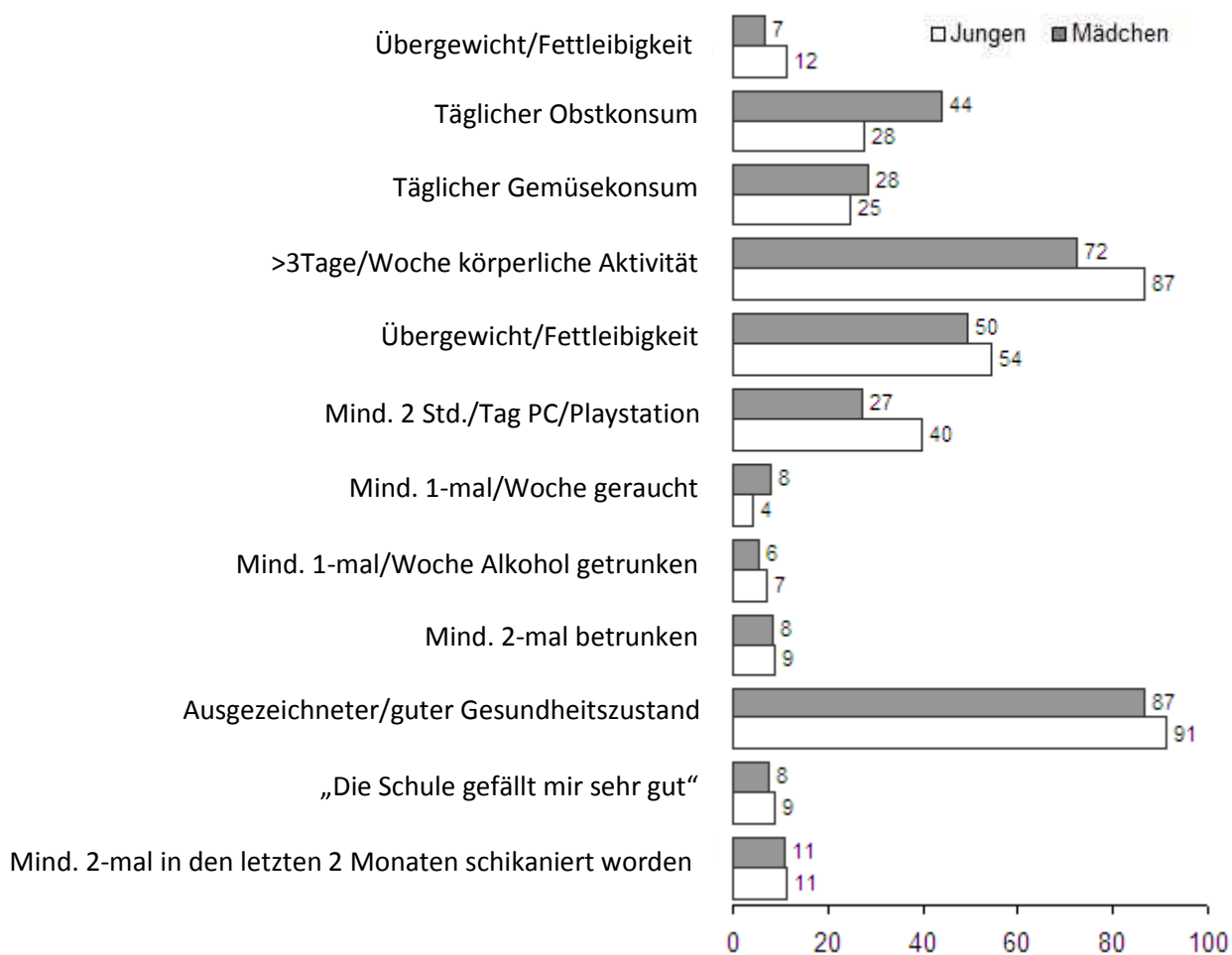
Zullig K.J., Valois R.F., Scott Huebner E., Oeltmann J.E. Wanzer Drane J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescence Health*, 29:279-88.

Einige zusammenfassende Indikatoren

11-Jährige (%)



13-Jährige (%)



15-Jährige (%)

