

BACHELORARBEIT II

Titel der Bachelorarbeit

Die subjektive Einschätzung der Gesundheit von
Stellungspflichtigen in Abhängigkeit von
Bildungsstand und Herkunft

Verfasserin

Regina Nandita Johanna Spindler

angestrebter akademischer Grad

Bachelor of Science in Health Studies (BSc)

St. Pölten, 01. Februar 2019

Studiengang:

Studiengang Physiotherapie

Jahrgang:

PT 16

Betreuer:

FH-Prof. Andreas Stübler, PT, MAS

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dieses Bachelorarbeitsthema habe ich bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

.....

Datum

.....

Unterschrift (Spindler)

I Zusammenfassung

Die subjektive Einschätzung der Gesundheit Stellungspflichtiger in Abhängigkeit von Bildungsstand und Herkunft

Einleitung: Der Bildungsstand hat starken Einfluss auf die Gesundheitskompetenz und diese wiederum auf die subjektive Einschätzung der Gesundheit, wobei explizite Daten von Jugendlichen noch nicht vorliegen. Laut Literatur weisen Jugendliche, die am Land aufwachsen, einen höheren Stresslevel auf als jene in der Stadt. Ein Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden. Der Migrationshintergrund beeinflusst in erster Linie die subjektive Gesundheitseinschätzung sofern die Befragten selbst immigrierten, bei allen anderen Befragten kann kaum ein Einfluss eines Migrationshintergrundes nachgewiesen werden, hier überwiegt der Einfluss des sozialen Status.

Methoden: Die Probanden dieser Studie stellen junge Stellungspflichtige aus Niederösterreich dar. Die Daten für Bildungsstand, Herkunft und Migrationshintergrund werden mittels eines selbst konzipierten Fragebogens erhoben, die subjektive Gesundheitseinschätzung wurde mithilfe des international anerkannten, standardisierten Fragebogens SF-12 festgestellt.

Ergebnisse: Es wurden keine Zusammenhänge oder signifikanten Unterschiede zwischen den sozialen Variablen (Bildungsstand, regionale Herkunft (rural/suburban) und der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Probanden gefunden. Jedoch konnte ein höchst signifikanter Unterschied zwischen der körperlichen und psychischen subjektiven Gesundheitseinschätzung festgestellt werden.

Diskussion: Es konnten die erwarteten Ergebnisse nicht festgestellt werden, die Auswertung der Studie zeigte jedoch einen unerwartet hohen Unterschied zwischen körperlicher und psychischer subjektiver Gesundheitseinschätzung der befragten Jugendlichen. Somit kann aus diesem Ergebnis rückgeschlossen werden, dass die Jugendlichen in ihrer psychischen Gesundheit verstärkt gefördert werden sollten.

Schlüsselwörter: subjektive Gesundheitseinschätzung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Jugendliche, Bildungsstand, Herkunft, Migrationshintergrund;

II Abstract

The subjective valuation of health from young males dependent on the level of education and origin

Introduction: Educational background has a strong influence on health literacy, which in turn influences the subjective assessment of health, with explicit data from youth not yet available. According to literature, adolescents who grow up in the countryside have a higher level of stress than those in the city. However, an influence on the health-related quality of life cannot be derived from this. The migration background primarily influences the subjective health assessment provided that the respondents themselves immigrated, with all other respondents hardly any influence of a migrant background can be proven, here the influence of the social status prevails.

Methods: The study was performed on male young adults from Lower Austria. The data for education, origin and migration background are collected by means of a self-designed questionnaire, the subjective health assessment is determined by the internationally recognized, standardized questionnaire SF-12.

Results: No correlations or significant differences were found between the social variables (education level, regional origin (rural / suburban) and subjective health assessment of subjects), however, a significant difference was found between the physical and psychological subjective health assessment.

Discussion: The expected results could not be determined, but the evaluation of the study showed an unexpectedly high difference between physical and psychological subjective health assessment of the interviewed adolescents. Thus, it can be concluded from this result that the young should be promoted more in their mental health.

Keywords: subjective health assessment, health-related quality of life, adolescents, education, origin, migration background;

III Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Subjektive Gesundheitseinschätzung.....	1
1.2	Bildung und Gesundheit.....	2
1.2.1	Health Literacy/Gesundheitskompetenz	2
1.2.2	Aktuelle Datenlage zur Gesundheitskompetenz in Österreich.....	3
1.2.3	Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die subjektive Gesundheitseinschätzung	4
1.2.4	Bildung, Gesundheitskompetenz und subjektive Gesundheitseinschätzung	4
1.2.5	Bildung und subjektive Gesundheitseinschätzung bei Jugendlichen.....	5
1.3	Herkunft und Gesundheit	5
1.3.1	Migration und subjektive Einschätzung der Gesundheit.....	5
1.3.2	Regionale Herkunft und subjektive Einschätzung der Gesundheit	6
1.4	Fragestellung und Ziele der Studie	7
2	Methodik.....	8
2.1	Studiendesgin	8
2.2	Studienablauf.....	8
2.3	Probandenrekrutierung und Probandencharakteristika	9
2.4	Messinstrument und Outcome-Parameter.....	9
2.5	Ablauf der Erhebung	11
2.6	Auswertung der Daten	11
3	Ergebnisse.....	14
3.1	Ergebnisse Herkunft	14
3.2	Ergebnisse Bildungsstand.....	16
3.3	Ergebnisse der subjektiven Gesundheitseinschätzung	17
3.3.1	Ergebnisse und internationaler Vergleich des SF-12	21
3.3.2	Körperlicher Gesamtscore im internationalen Vergleich.....	22
3.3.3	Psychischer Gesamtscore im internationalen Vergleich.....	23
3.3.4	Differenzen zwischen körperlicher und psychischer subjektiver Gesundheitseinschätzung	24
3.4	Soziale Variablen und subjektive Gesundheitseinschätzung.....	25

3.4.1	Bildungsstand und subjektive Gesundheitseinschätzung.....	25
3.4.2	Herkunft und subjektive Gesundheitseinschätzung.....	31
3.5	Zusammenfassung der Auswertung.....	39
4	Diskussion.....	40
4.1	Verifikation der Forschungshypothesen	40
4.2	Limitationen der Studie	41
5	Zusammenfassung und Ausblick	43
5.1	Physiotherapeutische Relevanz der Ergebnisse	43
6	Literaturverzeichnis	44

IV Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswertungsbogen SF-12.....	12
Abbildung 2: Geburtsjahrgang	14
Abbildung 3: Geburtsland.....	14
Abbildung 4: Anzahl der Jahre, die in Österreich gelebt wurden	14
Abbildung 5: Anzahl der Jahre, österreichischer Staatsbürger zu sein	15
Abbildung 6: Herkunft Eltern	15
Abbildung 7: Einwohnerzahl des Wohnortes	16
Abbildung 8: Ausbildung momentan.....	16
Abbildung 9: Höchste bis jetzt abgeschlossene Ausbildung	17
Abbildung 10: Erfolg des letzten Schulzeugnisses	17
Abbildung 11: SF-12 Frage 1	18
Abbildung 12: SF-12 Frage 2	18
Abbildung 13: SF-12 Frage 3	18
Abbildung 14: SF-12 Frage 4 und 5	19
Abbildung 15: SF-12 Frage 6	19
Abbildung 16: SF-12 Frage 7	19
Abbildung 17: SF-12 Frage 8	20
Abbildung 18: SF-12 Frage 9	20
Abbildung 19: SF-12 Frage 10	20
Abbildung 20: SF-12 Frage 11	21
Abbildung 21: SF-12 Frage 12	21
Abbildung 22: Subjektive Gesundheitseinschätzung Gesamtscore detailliert.....	22
Abbildung 23: Subjektive Gesundheitseinschätzung Gesamtscore eingeteilt in </> 50 ..	22
Abbildung 24: Körperliche subjektive Gesundheitseinschätzung detailliert.....	23
Abbildung 25: Körperlicher subjektive Gesundheitseinschätzung eingeteilt in </> 50.....	23
Abbildung 26: Psychische subjektive Gesundheitseinschätzung detailliert.....	24
Abbildung 27: Psychische subjektive Gesundheitseinschätzung eingeteilt in </> 50	24
Abbildung 28: Ausbildung und subjektive Gesundheitseinschätzung eingeteilt in </> 50	25
Abbildung 29: Subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50, Personen in Ausbildung	26
Abbildung 30: Subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50, Personen in keiner Ausbildung in Abhängigkeit der höchsten abgeschlossenen Ausbildung.....	27

Abbildung 31: Subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50 über Einwohneranzahl des Herkunftsortes	31
Abbildung 32: Subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50 im Vergleich ruraler zu suburbaner Gegend	33
Abbildung 33: Herkunft Eltern und subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50	36
Abbildung 34: Vorliegender Migrationshintergrund und subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50	36
Abbildung 35: Ein Elternteil aus einem anderen Land und subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50	36

V Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ermittlung der Abhängigkeiten zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und Bildungsstand	28
Tabelle 2: Ermittlung der Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen einzelnen Ausbildungsständen	29
Tabelle 3: Ermittlung der Abhängigkeiten zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und der Einwohneranzahl des Heimatortes.....	33
Tabelle 4: Ermittlung der Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit der Einwohneranzahl des Heimatortes	34
Tabelle 5: Ermittlung der subjektiven Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit eines Migrationshintergrundes	37
Tabelle 6: Ermittlung der Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen Probanden mit und ohne Migrationshintergrund	38

VI Abkürzungsverzeichnis

Allgemeinbildende höhere Schule.....	AHS
Berufsbildende höhere Schule.....	BHS
Bundesoberstufenrealgymnasium.....	BORG

Vorwort

Im Rahmen meiner Ausbildung zur Physiotherapeutin an der FH St. Pölten war es eine meiner Aufgaben, eine Bachelorarbeit zu verfassen. Ich möchte mich bei allen, die mich dabei unterstützt haben, ganz herzlich bedanken.

Allen voraus, meinem Betreuer Herrn FH-Prof. Andreas Stübler, PT, MAS, der mir immer äußerst kompetent und mit unterstützenden Ratschlägen zur Beantwortung meiner Fragen zur Seite stand.

Des Weiteren möchte ich mich bei der Abteilung Wissenschaft, Forschung und Entwicklung im Bundesministerium für Landesverteidigung bedanken, die mir ermöglicht haben, meine Bachelorarbeit gemeinsam mit der Stellungskommission Niederösterreich durchzuführen. Hier darf ich vor allem Herrn Oberst Hauenschild vom Österreichischen Bundesheer (Stellungskommission, St. Pölten, Niederösterreich) für die komplikationslose und gute Zusammenarbeit danken.

Natürlich gilt mein Dank auch meinen Eltern und Schwestern, die mir bei Herausforderungen während meiner Ausbildung zur Seite standen und mir halfen, Hürden zu überwinden.

Im Besonderen möchte ich meinem Freund danken, der mich tatkräftig unterstützte, indem er mir Denkanstöße während des Schreibprozesses gab und mir motivierend und hilfreich beistand.

Vielen vielen Dank Ihnen/Euch allen!

Regina Nandita Johanna Spindler

St. Pölten, 01. Februar 2019

1 Einleitung

„Gesundheit!“ – Wenn jemand seinen Mitmenschen Gesundheit wünscht, dann verstehen wir umgangssprachlich darunter, dass derjenige bald wieder seine volle körperliche Einsatzfähigkeit besitzen soll. Aber Gesundheit ist noch viel mehr. Laut der Weltgesundheitsorganisation (1946), die den Begriff Gesundheit erstmals offiziell definierte, setzt sich Gesundheit aus physischen, wie auch psychischen und sozialen Faktoren zusammen. Wenn einer dieser Einflüsse nicht mehr passt oder sich außerhalb seines Gleichgewichtes befindet, entsteht Krankheit.

Dabei ist nicht nur die objektive bzw. offensichtliche Gesundheit der Menschen von Bedeutung, sondern die eigene Wahrnehmung der Gesundheit. Da jeder Mensch Gesundheit für sich anders definiert, sagt die subjektive Gesundheitseinschätzung oft mehr über den eigenen Gesundheitszustand aus als objektive Parameter, da diese zudem auch zu meist nur eine Momentaufnahme des Gesundheitszustandes beschreiben. Die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit erfasst nicht nur medizinische Daten, sondern auch körperliche, soziale und psychische Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens (Urbas & Bachinger, 2007).

1.1 Subjektive Gesundheitseinschätzung

Die subjektive Gesundheitseinschätzung beinhaltet persönliche und soziale Maße des eigenen Gesundheitszustands. Sie umfasst die individuellen Gesundheitsvorstellungen und reflektiert neben real vorhandenen Beschwerden und Krankheiten auch die gesundheitsbezogenen Einstellungen, Werte, soziale Vergleiche und Ängste der Menschen. So kann die subjektive Gesundheitseinschätzung beispielsweise durch gesellschaftliche Veränderungen beeinflusst werden, auch wenn der objektiv messbare Gesundheitszustand unverändert geblieben ist. Außerdem bestimmt die eigene Beobachtung der Gesundheit darüber, ob man sich am gesellschaftlichen Leben beteiligt oder daraus zurückzieht. („Gesundheit in Deutschland,” Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006). Das heißt, der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand beeinflusst die gesamte Lebensqualität. Man spricht deshalb auch von gesundheitsbezogener Lebensqualität. In der Fachliteratur werden diese beiden Termini auch häufig gleich gesetzt. Büchi und Scheuer (2004) definieren die gesundheitsbezogene Lebensqualität als subjektiv wahrgenommene Gesundheit des Betroffenen. Daig und Lehmann (2007, S. 5) schreiben: *„Unter der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health Related Quality of Life: HRQOL), wird der*

subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand, das heißt die persönliche interne Repräsentation der Gesundheit des Betroffenen verstanden“.

Deshalb zitiert diese Arbeit nicht nur Artikel zur subjektiven Gesundheitseinschätzung, sondern führt auch Quellen an, die sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität beziehen.

1.2 Bildung und Gesundheit

Jeder Mensch hat von Anfang an einen sozioökonomischen Rahmen, in den er hinein geboren wird, in dem er aufwächst. Diesen sozioökonomischen Rahmen bilden Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen der Eltern (Lampert, Kroll, Müters, & Stolzenberg, 2013).

Bildung ist ein zentraler Faktor des sozialen Status. Der soziale Status der Herkunftsfamilie ist sehr wichtig für die Ausbildung von sozialen und kognitiven Ressourcen und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen (Antonovsky, 1997, S. 121). Wie die „Health Behaviour School Children“, kurz HBSC-Studie (2007, S. 84) aufzeigt, *„korreliert sowohl das Gesundheitsverhalten, als auch die Einschätzung der eigenen Gesundheit mit dem Familienwohlstand“.*

Außerdem hat Bildung einen gewichtigen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz (Okan, Pinheiro, Zamora, & Bauer, 2015), in der Fachliteratur auch oft durch den englischen Term „Health Literacy“ repräsentiert, sowie auf die subjektive Gesundheitseinschätzung (Klimont, Baldaszi, & Ihle, 2014) und schlussendlich, zumindest indirekt durch das Gesundheitsverhalten, auf die Gesundheit selbst (Pelikan, Röthlin, & Ganahl, 2013).

1.2.1 Health Literacy/Gesundheitskompetenz

Zu dem Begriff „Health Literacy“ bzw. „Gesundheitskompetenz“ gibt es verschiedene Definitionen, die ganz allgemein folgendes aussagen: *„Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, sich gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen, zu verstehen, zu interpretieren und diese so nutzen zu können, dass die eigene Gesundheit dadurch gefördert wird“* (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995, S. 11). Klimont et al. (2014, S. 51) schreiben in ihrem Artikel, dass *„über die Bildung gesundheitsrelevante Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen vermittelt werden, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise prägen.“*

Bei Kindern und Jugendlichen geschieht die Vermittlung der Gesundheitskompetenz, also die „gesundheitliche Grundbildung“ unter anderem über die Schule, bei den Erwachsenen über spezifische Gesundheitsbildung (Okan et al., 2015). Jordan und Töppich (2015, S. 921) schreiben:

„Je ausgeprägter die Gesundheitskompetenzen sind, so die allgemeine Annahme, desto besser ist man in der Lage, sich im Alltag über das Gesundheitswesen, die Prävention von Krankheiten und die Gesundheitsförderung zu informieren, eine Meinung zu bilden und Entscheidungen zu treffen, die die Lebensqualität und Gesundheit im Lebensverlauf erhalten oder verbessern. Das Ausmaß von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist jedoch nicht nur von individuellen Voraussetzungen und erworbenen Kompetenzen abhängig, sondern ganz wesentlich auch von der fachlichen Qualität, Angemessenheit, Verständlichkeit, Sichtbarkeit, Verfügbarkeit und Vermittlungsform der bereitgestellten Informationen. Damit rücken auch Anbieter und Leistungserbringer von Gesundheitsinformationen in den Blick, wenn es um die Förderung von Gesundheitskompetenzen geht. Gesundheitskompetenz ist somit das Ergebnis gelungener Aneignung auf der Basis individueller und systembedingter Leistungen.“

1.2.2 Aktuelle Datenlage zur Gesundheitskompetenz in Österreich

Die Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH (Pelikan et al., 2013) hat aus einer europaweiten Erhebung zur Gesundheitskompetenz die Zahlen für Österreich zusammengefasst. Aus den Daten geht hervor, dass insgesamt 51,6% der Bevölkerung eine eingeschränkte umfassende Gesundheitskompetenz haben. Das heißt, mehr als vier Millionen Menschen in Österreich haben Schwierigkeiten, sich gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen, zu verstehen, zu interpretieren und diese so nutzen zu können, dass die eigene Gesundheit dadurch erhalten bzw. gefördert wird. Dieser Wert ist in bestimmten sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen sogar noch deutlich höher – bis zu 74,6%. Das betrifft vor allem Personen, die ihre Gesundheit eher mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzen, Menschen, die durch ihre gesundheitlichen Beschwerden in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, aber auch den Teil der Bevölkerung, der nur schwer das Geld für notwendige Medikamente bereitstellen kann.

Die funktionale Gesundheitskompetenz, unter der man hauptsächlich die Lese- und Rechenfähigkeiten versteht, die man z.B. für das Verstehen eines Beipackzettels braucht, ist bei 30,6% der österreichischen Bevölkerung eingeschränkt.

1.2.3 Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die subjektive Gesundheitseinschätzung

Bei der Einteilung der Gesundheitskompetenz gibt es vier Sektoren: „exzellent“, „ausreichend“, „inadäquat“ und „problematisch“. Im Folgenden werden die Sektoren „exzellent“ und „ausreichend“ als hohe Gesundheitskompetenz zusammengefasst. „Inadäquat“ und „problematisch“ werden als niedrige Gesundheitskompetenz bezeichnet.

Sowohl bei Schaeffer et al. (2016), die ihre Daten aus Deutschland sammelten, als auch bei Pelikan et al. (2013) weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Personen mit einer hohen Gesundheitskompetenz ihren subjektiven Gesundheitszustand öfters als sehr gut oder gut einschätzen, als Personen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz. Auch ist die subjektive Empfindung, bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten eingeschränkt zu sein, bei Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz, deutlich ausgeprägter. *„Mit zunehmender Gesundheitskompetenz nehmen die Anteile der erheblich durch ihre Gesundheit Eingeschränkten in Österreich nicht ganz linear, aber deutlich, ab“* (Pelikan et al., 2013, S. 94).

1.2.4 Bildung, Gesundheitskompetenz und subjektive Gesundheitseinschätzung

Bildung hat einerseits einen indirekten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz, da sie den sozialen Status („LIGA JB15,“ 2015) und im Allgemeinen auch die finanziellen Möglichkeiten einer Person erhöht (Mielck, 2012, S. 130ff) wodurch beispielsweise auch der Zugang zu Spezialbehandlungen oder die Leistbarkeit von teuren Medikamenten verbessert wird. Andererseits hat sie auch direkten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz, da durch sie gesundheitsrelevante Informationen vermittelt werden und das Verständnis für diese verbessert wird (Okan et al., 2015).

Diverse Studien (Pelikan et al., 2013; Schaeffer et al., 2016) zeigen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und der Einschätzung der subjektiven Gesundheit besteht, woraus sich wiederum ein entsprechender Einfluss der Bildung auf die subjektive Gesundheitseinschätzung ergibt.

Klimont et al. (2014) finden in ihrer Studie „Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit“ sogar einen direkten Zusammenhang zwischen der Bildung und der subjektiven Gesundheitseinschätzung: *„Mit höherem Bildungsabschluss stieg der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein-*

schätzten deutlich an (bzw. sank korrespondierend dazu der Anteil jener, die ihn als schlecht oder sehr schlecht beurteilten)“ (Klimont et al., 2014, S. 53).

1.2.5 Bildung und subjektive Gesundheitseinschätzung bei Jugendlichen

Bei den oben genannten Studien (Klimont et al., 2014; Pelikan et al., 2013; Schaeffer et al., 2016), die sich mit dem Einfluss der Gesundheitskompetenz beschäftigen, sind zu- meist erwachsene oder ältere Menschen befragt worden. Jugendliche wurden nicht direkt befragt, bzw. wurde die Einschätzung der Eltern bezüglich der Gesundheit ihrer Kinder untersucht.

Der Zusammenhang zwischen Bildung und subjektiver Gesundheitseinschätzung bei Jugendlichen scheint noch nicht ausreichend dokumentiert zu sein. Genauere Kenntnis dieser Zusammenhänge sind aber essentiell, um weiterführende Maßnahmen zu ergreifen, die Gesundheit der Gesamtbevölkerung nachhaltig positiv zu beeinflussen, da sich in dieser Phase des Lebens gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bilden, die einen Einfluss auf das ganze Leben haben (Richter, 2015, S. 52).

1.3 Herkunft und Gesundheit

Bei der Frage nach der Herkunft und deren Einfluss auf die subjektive Gesundheitseinschätzung spielt einerseits die Frage nach einem Migrationshintergrund eine Rolle und andererseits auch jene Frage, ob man in einer urbanen oder ruralen Gegend lebt. Laut Yeresyan und Lohaus (2014) gibt es hier Unterschiede im psychischen Wohlbefinden. Deshalb wird nachfolgend sowohl näher auf Migration und subjektive Einschätzung der Gesundheit als auch auf urbane und rurale Herkunft und subjektive Gesundheitseinschätzung eingegangen.

1.3.1 Migration und subjektive Einschätzung der Gesundheit

Auf die Frage, wie weit und inwiefern ein Migrationshintergrund die subjektive Gesundheitseinschätzung beeinflusst, gibt es laut Literatur keine ganz eindeutige Antwort. Es gibt internationale Studien, die besagen, dass ein Migrationshintergrund die subjektive Gesundheitseinschätzung bzw. Gesundheit beeinflusst, und zwar wenn die Person selbst

immigriert ist (Cortina, Taran, Elie, Alison, & Schneider, 2014). Schneider (2014, S. 256) stellt in seinem Bericht fest, dass jugendliche Migranten und Migrantinnen, die ihre Heimat aufgrund politischer Gründe (Verfolgung, Folter, Menschenrechtsverletzungen, Krieg) verlassen müssen oder durch die meist negativen Reisebedingungen – ob die Flucht alleine oder in Massen geschieht, durch traumatische Ereignisse während der Reise, Missbrauch oder Gewalt - grundsätzlich anfälliger für physische und psychische Erkrankungen sind. Auch die Gesundheitskompetenz, die die subjektive Gesundheitseinschätzung wie in Kapitel 1.2.3 beschrieben, beeinflusst, ist laut Pelikan et al. (2013) in der nachfolgenden Generation nach einer Migration etwas niedriger.

Andere Studien hingegen kommen zu dem Schluss, dass ein Migrationshintergrund der Eltern die Gesundheitskompetenz und die subjektive Gesundheitseinschätzung von Jugendlichen weniger bis kaum direkt beeinflusst. Diese hängen deutlich stärker vom Wohlstand beziehungsweise vom sozialen Status in der neuen Heimat ab (Klimont et al., 2014; Quenzel, Schaeffer, Messer, & Vogt, 2015), welche natürlich sehr wohl durch den Migrationshintergrund beeinflusst sein können.

1.3.2 Regionale Herkunft und subjektive Einschätzung der Gesundheit

In diesem Bereich gibt es in der Literatur keine zufriedenstellenden Studien bei Jugendlichen. Der Zusammenhang zwischen der Größe des Wohnortes, in dem die Kinder und Jugendlichen aufwachsen, und ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzung ist noch nicht durch Studien erforscht, während es bei älteren Personen sehr wohl Studien gibt, die genau diesen Zusammenhang untersuchen.

Die meisten Studien, die sich mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Älteren in Abhängigkeit des Lebensraumes beschäftigt haben, kommen zum Schluss, dass diese in städtischer Umgebung höher ist als in ländlichen Bereichen (Liang & Wu, 2014; Oguzturk, 2008). Hingegen stellten Sabbah, Drouby, Sabbah, Retel-Rude, & Mercier (2003) fest, dass die Vitalität im ländlichen Raum höher liegt.

Es scheint keine Studien zu geben, die den direkten Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung Jugendlicher und der urbanen/ruralen Umgebung aufzeigen. Jedoch konnten Yeresyan und Lohaus (2014) in ihrer Studie zumindest Unterschiede im Stresslevel und im psychischen Wohlbefinden zwischen Jugendlichen aus urbaner und ruraler Umgebung sowohl in Deutschland als auch der Türkei identifizieren.

Es wurde festgestellt, dass Jugendliche in diesen beiden Ländern, die in ländlichen Gebieten leben, stärker unter Stress stehen als ihre städtischen Pendanten. Türkische Jugendliche aus ländlichen Regionen weisen zudem ein geringeres psychisches Wohlbefinden auf als jene, die aus städtischen Gegenden stammen. Da das psychische Wohlbefinden aber nur einen Teilaspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität darstellt (Ware, Kosinski, & Keller, 1995), und ein erhöhter Stresslevel für sich nicht notwendigerweise eine Senkung der Lebensqualität bedeutet, ist der Schluss auf eine reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität als Gesamtes aus dieser Erhebung nicht zulässig.

1.4 Fragestellung und Ziele der Studie

Es lässt sich folgende Fragestellung aus den oben angeführten Kapiteln 1.2 – 1.3.2 ableiten: Wie beeinflussen der Bildungsstand (gemessen an der höchsten besuchten Schulbildung), die geografische Herkunft (urban/rural) sowie ein Migrationshintergrund die subjektive Gesundheitseinschätzung von Jugendlichen?

In dieser Arbeit werden mittels Fragebogenerhebung genau diese Faktoren (Bildungsstand, geografische Herkunft, Migrationshintergrund und subjektive Gesundheitseinschätzung), von denen es jetzt noch zu wenige konkrete Daten bezüglich der Probandengruppe gibt, erhoben. Da es in der Literatur Unstimmigkeiten bezüglich des Migrationshintergrundes und der Herkunft gibt, wird hier weiter nachgeforscht, um genaue Antworten zu ermitteln. Außerdem werden die Jugendlichen selbst befragt, somit handelt es sich um direkt ermittelte Daten, die nicht, wie in diversen anderen Studien, nur die Einschätzung der Eltern repräsentieren.

Ziel der Studie ist es, eine verbesserte Datenbasis zu schaffen, die Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung unterschiedlicher medizinischer Bedarfe (z.B. medizinische Grundversorgung, physiotherapeutische Einrichtungen, ...) erlaubt, andererseits ist auch ableitbar, welche Gruppe der jungen Erwachsenen man gezielt in ihrer eigenen Gesundheitskompetenz fördern muss, in welchen Gebieten (urban/rural) verstärkter Bedarf an präventiven Gesundheitsangeboten herrscht bzw. wo diese verstärkt gezielt beworben werden müssen, damit die jungen Erwachsenen diese kennen und nutzen.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie können bei Bedarf weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

2 Methodik

In diesem Abschnitt wird auf die methodischen Arbeitsschritte der Studie genau eingegangen. Da in dieser Studie ausschließlich Daten von männlichen Jugendlichen erhoben wurden, wird nachfolgend nur noch die männliche Anredeform verwendet.

2.1 Studiendesgin

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittstudie, wobei man durch die Datenerhebung Zusammenhänge zwischen bestimmten Variablen erkennen kann (Rindfleisch, Malter, Ganesan, & Moorman, 2008). In diesem Fall wurden die für die Studie notwendigen Daten (Bildungsstand, Herkunft, Migrationshintergrund und die subjektive Gesundheitseinschätzung) von einer Versuchsgruppe mittels eines Fragebogens erhoben.

2.2 Studienablauf

Zu Beginn der Arbeit (März 2018) stand die Literaturrecherche im Vordergrund, um aktuelle Informationen rund um die subjektive Gesundheitseinschätzung von jungen stellungspflichtigen Männern in Niederösterreich einzuholen. Die verwendeten Artikel stammen mehrheitlich aus den Datenbanken PubMed, Google Scholar und Cochrane Library, beziehungsweise aus Literaturverzeichnissen gefundener Artikel. Für aktuelle Berichte und Kennzahlen aus Österreich wurden unter anderem die Webseiten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit und Statistik Austria herangezogen.

Ab Anfang April 2018 wurde die methodische Durchführung, die im Herbst 2018 stattfand, geplant. Diese Arbeit wurde, in Kooperation mit der Stellungskommission Niederösterreich durchgeführt. Die Koordination seitens des Österreichischen Bundesheers erfolgte durch Herrn Oberst Hauenschild, dem Vorsitzenden der Stellungskommission Niederösterreich. Die dafür erforderliche Genehmigung wurde durch die Abteilung Wissenschaft, Forschung und Entwicklung des Bundesministeriums für Landesverteidigung erteilt, einzusehen im Anhang (B Anhang). In einem Abstimmungsgespräch im April 2018 wurden die Rahmenbedingungen für die Rekrutierung der Probanden und die Durchführung der Studie (Erhebung von Daten mittels eines Fragebogens) geklärt.

Im Oktober 2018 war ein weiteres Treffen zur detaillierten Abstimmung beziehungsweise Freigabe der Fragebögen vereinbart. Dieses Treffen fand jedoch nach zweimaliger Vereinbarung und zweimaliger krankheitsbedingter Absage nicht statt. Die betreffenden Personen einigten sich darauf, die offenen Punkte auch über E-Mail Verkehr lösen zu können. Hierbei wurden folgende Dinge vereinbart: Einerseits die Tage, an denen die Erhebung der Daten stattfinden sollte, die Uhrzeit, wann die Durchführung erfolgen sollte und andererseits wurde der Fragebogen genehmigt. Da es in Niederösterreich keine urbanen Gegenden (s. 4.2 Limitationen der Studie) gibt, wurden in dieser Studie Probanden aus suburbanen und ruralen Gegenden Niederösterreichs befragt, weshalb mit Herrn Oberst Hauenschild vereinbart wurde, die Erhebung an zwei verschiedenen Tagen durchzuführen. Einmal wenn Stellungspflichtige aus einem größeren Bezirk Niederösterreichs (= suburban) da waren und einmal wenn Probanden aus ruralen Gebieten einberufen wurden.

2.3 Probandenrekrutierung und Probandencharakteristika

Diese Querschnittstudie wurde in Kooperation mit der Stellungskommission Niederösterreich durchgeführt. Grundsätzlich werden alle männlichen, österreichischen Staatsbürger ab dem 18. Lebensjahr (Stellungspflichtige) im Rahmen der Stellung (auch Musterung genannt) auf ihre Tauglichkeit untersucht. Die Stellung dient dazu, die psychischen und physischen Eigenschaften zu erkennen um in weiterer Folge zu entscheiden, ob der Grundwehrdienst abgeleistet werden kann.

Die Stellungskommission St. Pölten stellte Probanden aus der Zielgruppe „Jugendliche“ zur Verfügung, die zur Musterung einberufen waren. Es wurden 104 junge Männer befragt, wobei sichergestellt war, dass sich unter den Probanden sowohl welche aus suburbanen sowie aus ruralen Gegenden Niederösterreichs befanden.

Die in dieser Studie befragten Probanden sind männlich, Geburtsjahrgänge 2000-2001 und mussten über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen. Dies wurde mittels Kontrollfragen am Fragebogen überprüft.

2.4 Messinstrument und Outcome-Parameter

Laut dem Gesundheitsbericht in Deutschland ("Bericht Gesundheit in Deutschland", 2015) erhebt man die subjektive Gesundheitseinschätzung mit der einfachen Frage „Wie ist Ihr

Gesundheitszustand im Allgemeinen?“. Als mögliche Antworten werden fünf Kategorien vorgegeben: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht und sehr schlecht.

Um detailliertere Ergebnisse zu erhalten, braucht es zusätzlich noch weitere Detailfragen. Deshalb wird, streng definiert, eigentlich die gesundheitsbezogene Lebensqualität ermittelt. Wie im Kapitel 1.1 bereits erörtert, setzen viele internationale Studien diese beiden Termini jedoch gleich. Im Weiteren wird daher teilweise von gesundheitsbezogener Lebensqualität und teilweise von subjektiver Gesundheitseinschätzung geschrieben, setzen diese für diese Erhebung aber als gleichwertig an.

Typischerweise wird in vergleichbaren internationalen Studien zur Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der standardisierte Fragebogen SF-36 eingesetzt. Vergleichbar gute Ergebnisse (Jenkinson et al., 1997) liefert auch die verkürzte Variante, der standardisierte Fragebogen SF-12. Dieser ist ein einseitiger, etwa zweiminütiger Fragebogen, der mindestens 90% der Datenqualität des SF-36 aufweist und eine vergleichbare Genauigkeit bezüglich der Interpretation des Gesundheitszustandes zum SF-36 ermöglicht (Ware et al., 1995). Er wird sowohl bei Gesunden als auch bei Menschen mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern im Alter von 14-99 Jahren zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angewandt. Durch die standardisierte Auswertung des SF-12 werden die Ergebnisse vergleichbar und man kann international Vergleiche ziehen (Schulz, 2012).

Ausgehend von der kurzen verfügbaren Befragungsdauer wurde ein Fragebogen, als Kombination des standardisierten Fragebogens SF-12 und zusätzlichen Fragen zur Erhebung der sozialen Parameter (Bildungsstand, Herkunft und Migrationshintergrund) zur Ermittlung der Korrelationen zwischen dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand und den oben genannten sozialen Variablen, entwickelt. Zuerst werden durch gezielte Fragen (Geburtsjahrgang und weitere Fragen zur Herkunft um das Deutschverständnis zu überprüfen) die Einschlusskriterien überprüft. Die geografische und familiäre Herkunft wird über die Fragen „In welchem Land wurden Sie geboren?“, „Seit wie vielen Jahren leben Sie in Österreich?“, „Seit wie vielen Jahren sind Sie österreichischer Staatsbürger?“, „Aus welchem Land stammt Ihr Vater?“ und „Aus welchem Land stammt Ihre Mutter?“ herausgefunden. Des Weiteren wird in der Studie die subjektive Gesundheitseinschätzung von Personen, die aus ruralen Gebieten stammen, mit der von Personen, die aus suburbanen Gebieten kommen, verglichen. Aus diesem Grund wird die Größe des Ortes (Einwohneranzahl) erhoben, in dem die Probanden mehrheitlich gelebt haben. Hier sind die Ant-

wortmöglichkeiten in Kategorien von „bis zu 1.000 Einwohner“ bis „mehr als 20.000 Einwohnern“ eingeteilt.

Der Bildungsstand wird über die Fragen „In welcher Ausbildung befinden Sie sich gerade?“ beziehungsweise „Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?“ erfragt. Zusätzlich wird der Erfolg des Zeugnisses des letzten abgeschlossenen Schuljahres abgefragt. Der ausgegebene Fragebogen ist im Anhang zur Einsicht angefügt (A Anhang).

2.5 Ablauf der Erhebung

Der Fragebogen wurde in einem Pretest an Probanden der gleichen Altersgruppe getestet, um sicher zu stellen, dass die Fragen auch verständlich formuliert waren. Die Erhebung selbst fand am 22. und 26. November 2018 in den Räumlichkeiten der Stellungskommission in St. Pölten statt. Die jungen Männer wurden über das Thema der Arbeit aufgeklärt, die Teilnahme erfolgte freiwillig. Die Fragebögen wurden entsprechend dem Datenschutz anonymisiert. Zum Ausfüllen des Fragebogens waren acht Minuten vorgesehen, danach lief die Musterung entsprechend weiter.

Während des Ausfüllens hatten die Jugendlichen die Möglichkeit Fragen zu stellen, falls sie Schwierigkeiten hatten den Fragebogen auszufüllen. Insgesamt wurden 104 Stellungspflichtige befragt. Am ersten Termin (22. Nov.) wurden 50 Probanden befragt, wobei ein Fragebogen unausgefüllt abgegeben wurde. Weitere drei Fragebögen mussten aufgrund fehlender Vollständigkeit von der Auswertung ausgeschlossen werden. Am zweiten Termin wurden 54 Probanden befragt, wobei zwei Probanden nicht an der Befragung teilnehmen wollten. Nach Durchsicht der Fragebögen mussten weitere drei Fragebögen wegen unvollständiger Beantwortung und andere drei wegen widersprüchlicher Angaben bezüglich der Ausbildung aussortiert werden. Insgesamt konnten 92 vollständig ausgefüllte und inhaltlich konsistente Fragebögen ausgewertet werden.

2.6 Auswertung der Daten

Die Anleitung zur Auswertung des SF-12 stammt aus dem Handbuch „How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales“ von Ware et al. (1995).

Jede Antwort wird zunächst in Zahlenwerte umgewandelt. Mittels standardisierter Koeffizienten (Abb. 1: Auswertungsbogen) wird jede Frage individuell bezüglich ihrer physi-

schen sowie psychischen Gesundheit gewichtet und im Anschluss durch Addition der jeweiligen Einzelwerte ein Ergebnis zur physischen sowie psychischen Gesundheit des Probanden ermittelt. Diese Einzelsummen werden jeweils von einem feststehenden Wert für die physische und für die psychische Gesundheit abgezogen bzw. addiert. Die herauskommenden Zahlenwerte sind die Endergebnisse für die einzelnen Gesundheitsdimensionen (physisch + psychisch). Diese beiden zusammengefasst ergeben dann den Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der international vergleichbar ist.

Auswertungsbogen SF-12

ID-Nr.: _____ Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: Geschlecht: m w Testdatum:

Item-nr.	Antwort	Dummy Variable berechnen A	Gewicht körperlicher Faktor B	Gewicht psychischer Faktor C	Dummy Variablen gewichten	
					Körperl. Summenskala A × B	Psych. Summenskala A × C
1	Schlecht	GH1_1 =	-8,37399	-1,71175		
	Weniger gut	GH1_2 =	-5,56461	-0,16891		
	Gut	GH1_3 =	-3,02396	0,03482		
	Sehr gut	GH1_4 =	-1,31872	-0,06064		
2	Stark eingeschränkt	PF02_1 =	-7,23216	3,93115		
	Etwas eingeschränkt	PF02_2 =	-3,45555	1,8684		
3	Stark eingeschränkt	PF04_1 =	-6,24397	2,68282		
	Etwas eingeschränkt	PF04_2 =	-2,73557	1,43103		
4	Ja	RP2_1 =	-4,61617	1,4406		
5	Ja	RP3_1 =	-5,51747	1,66968		
6	Ja	RE2_1 =	3,04365	-6,82672		
7	Ja	RE3_1 =	2,32091	-5,69921		
8	Sehr	BP2_1 =	-11,25544	1,48619		
	Ziemlich	BP2_2 =	-8,38063	1,76691		
	Mäßig	BP2_3 =	-6,50522	1,49384		
	Ein bisschen	BP2_4 =	-3,8013	0,90384		
9	Nie	MH3_1 =	3,46638	-10,19085		
	Selten	MH3_2 =	2,90426	-7,92717		
	Manchmal	MH3_3 =	2,37241	-6,31121		
	Ziemlich oft	MH3_4 =	1,36689	-4,09842		
	Meistens	MH3_5 =	0,66514	-1,94949		
10	Nie	VT2_1 =	-2,44706	-6,02409		
	Selten	VT2_2 =	-2,02168	-4,88962		
	Manchmal	VT2_3 =	-1,6185	-3,29805		
	Ziemlich oft	VT2_4 =	-1,14387	-1,65178		
	Meistens	VT2_5 =	-0,42251	-0,92057		
11	Immer	MH4_1 =	4,61446	-16,15395		
	Meistens	MH4_2 =	3,41593	-10,77911		
	Ziemlich oft	MH4_3 =	2,34247	-8,09914		
	Manchmal	MH4_4 =	1,28044	-4,59055		
	Selten	MH4_5 =	0,41188	-1,95934		
12	Immer	SF2_1 =	-0,33682	-6,29724		
	Meistens	SF2_2 =	-0,94342	-8,26066		
	Manchmal	SF2_3 =	-0,18043	-5,63286		
	Selten	SF2_4 =	0,11038	-3,13896		
Konstante: 56,57706					60,75781	
Summe:					KSK =	PSK =

HOGREFE

© Hogrefe Verlag, Göttingen
Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten
Best.-Nr. 01 199 16

Abb. 1: Auswertungsbogen SF-12

Um die Vergleichbarkeit gewährleisten zu können, werden die für die amerikanische Gesamtbevölkerung ermittelten Koeffizienten verwendet. Die gesamte Skala geht von 0-100. Dabei sind die Koeffizienten so festgelegt, dass der Mittelwert, über die gesamte amerikanische Bevölkerung ausgewertet, für die gesundheitsbezogene Lebensqualität 50 ist und eine Standardabweichung von 10 hat. Das bedeutet, wenn sich ein Wert unter 50 ergibt, hat derjenige eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität als die amerikanische Durchschnittsbevölkerung. Liegt der Wert über 50, hat derjenige eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Diese Werte wurden im Anschluss mit den sozialen Variablen – Bildungsstand, Herkunft und Migrationshintergrund – korreliert.

Mit dem statistischen Datenprogramm SPSS wurden die Daten des Fragebogens mittels Interferenzstatistik ausgewertet. Als Test wurde die Spearman Korrelation verwendet, die aussagt, ob ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht. Des Weiteren wurde mittels des Mann und Whitney U Tests erhoben, ob Unterschiede in der subjektiven Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit der sozialen Variablen bestehen.

Grundsätzlich gilt es in dieser Studie bei der Auswertung der Daten von SPSS zu beachten, dass Unterschiede bzw. Korrelationen bei $p \leq 0,05$ statistisch signifikant sind. Im Allgemeinen gilt, je niedriger die p-Werte, desto größer sind die Unterschiede bzw. desto höher ist der Zusammenhang. Hohe p-Werte sprechen in diesem Fall für eine ähnliche subjektive Gesundheitseinschätzung bzw. für keinen Zusammenhang der Variablen.

Im Weiteren werden die Resultate jeder einzelnen Frage detailliert dargestellt. Um übersichtlichere Darstellungen zu ermöglichen, wurden die Resultate zumeist zusätzlich zu sinnvoll erscheinenden Gruppen zusammengefasst. Mittels des Microsoft Programms Excel wurden die Einzelergebnisse der subjektiven Gesundheitseinschätzung errechnet, die Mittelwerte und Standardabweichungen der diversen Ergebnisse ermittelt, sowie die im Folgenden abgebildeten Diagramme erstellt.

3 Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel wird näher auf die Ergebnisse des Fragebogens eingegangen.

Auf die erste Frage nach dem Geburtsjahr gaben 93% an, dass sie im Jahr 2000 auf die Welt kamen, die restlichen 7% im Jahr 2001 (Abb. 2).

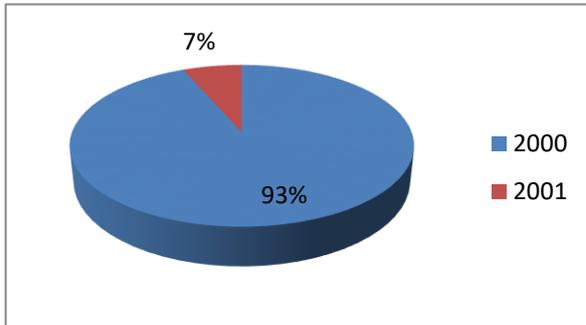


Abb. 2: Geburtsjahrgang

3.1 Ergebnisse Herkunft

99% der Befragten wurden in Österreich geboren, 1% nicht in Österreich (Abb. 3).

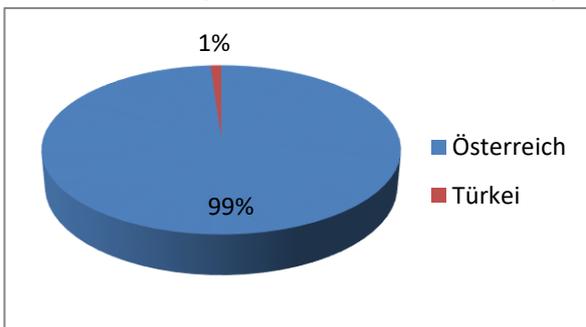


Abb. 3: Geburtsland

100% der Probanden gaben an, schon immer in Österreich gelebt zu haben, wobei nur die beiden Antworten seit 17 und seit 18 Jahren gegeben wurden (Abb. 4).

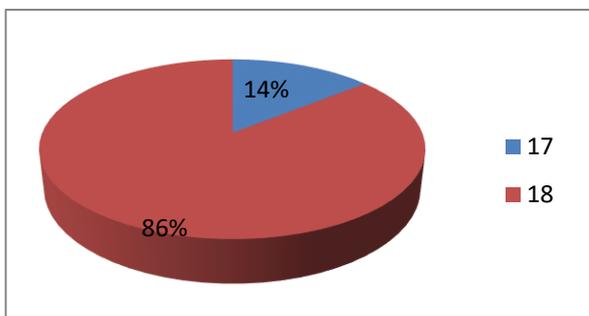


Abb. 4: Anzahl der Jahre, die in Österreich gelebt wurden

Außerdem sind 99% seit Geburt an im Besitz einer Österreichischen Staatsbürgerschaft, 1% erst seit 7 Jahren (Abb. 5).

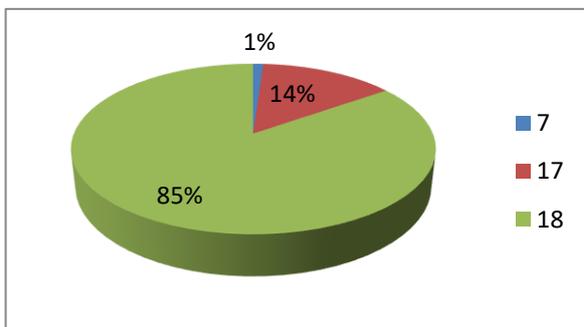


Abb. 5: Anzahl der Jahre, österreichischer Staatsbürger zu sein

Zusätzlich wurde die Herkunft der Eltern erhoben (Abb. 6). Hierbei gaben 14% an, dass beide Elternteile aus einem anderen Land stammen, 10%, dass nur ein Elternteil aus einem anderen Land stammt (von den 10% stammt in 7% der Fälle der Vater aus einem anderen Land, in 3% die Mutter). 76% gaben an, dass beide Elternteile in Österreich geboren wurden.

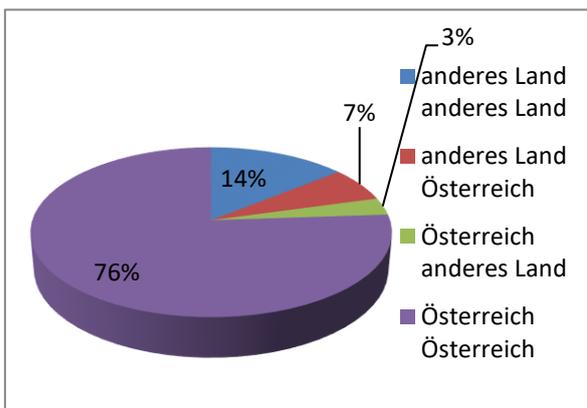


Abb. 6: Herkunft Eltern

Auf die Frage „Die meisten Jahre meines Lebens habe ich mehrheitlich in einem Ort mit bis zu ___ Einwohnern gelebt.“, (Abb. 7) gaben 42% der Befragten an, in einem Ort mit bis zu 1.000 Einwohnern, 19% in einem Ort mit bis zu 3.000 Einwohnern, 8% in einem Ort mit bis zu 5.000 Einwohnern, 10% in einem Ort mit bis zu 10.000 Einwohnern, 11% in einem Ort mit bis zu 20.000 Einwohnern und 10% in einem Ort mit mehr als 20.000 Einwohnern gelebt zu haben.

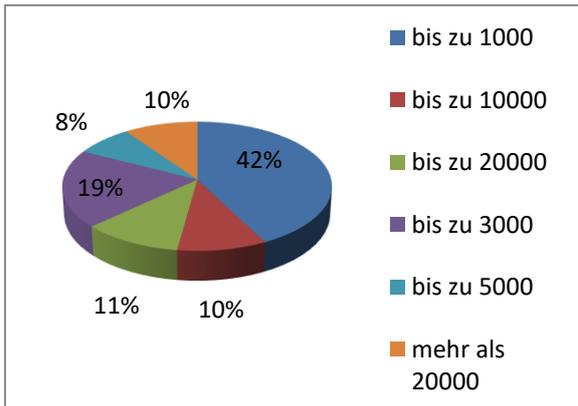


Abb. 7: Einwohnerzahl des Wohnortes

3.2 Ergebnisse Bildungsstand

Der Bildungsstand wurde, wie im Kapitel 2.4 beschrieben, durch die beiden Fragen „In welcher Ausbildung befinden Sie sich gerade?“ und „Was ist Ihre bis jetzt höchste abgeschlossene Ausbildung?“ erfragt. Auch der Erfolg des letzten Schulzeugnisses wurde ermittelt.

In Abbildung 8 sieht man, dass sich 52% der Befragten in einer höheren Schule beziehungsweise in der Oberstufe des Gymnasiums befinden. Weitere 30% machen eine Lehre, 4% sind in einer Fach- oder Handelsschule, 2% machen eine andere Ausbildung, die in dieser Studie unter „Sonstiges“ fallen und 12% befinden sich momentan in keiner Ausbildung.

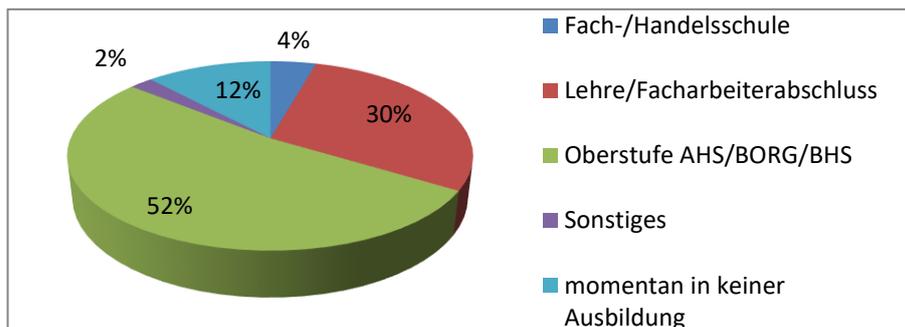


Abb. 8: Ausbildung momentan

In Abbildung 9 ist die höchste bis jetzt abgeschlossene Ausbildung der 12%, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden, dargestellt. 27% haben bereits einen Lehr- oder Facharbeiterabschluss, 27% die Oberstufe oder eine höhere Schule abgeschlossen, 37%

die Unterstufe des Gymnasiums, die Neue Mittelschule oder Hauptschule und 9% fallen hier unter „Sonstiges“.

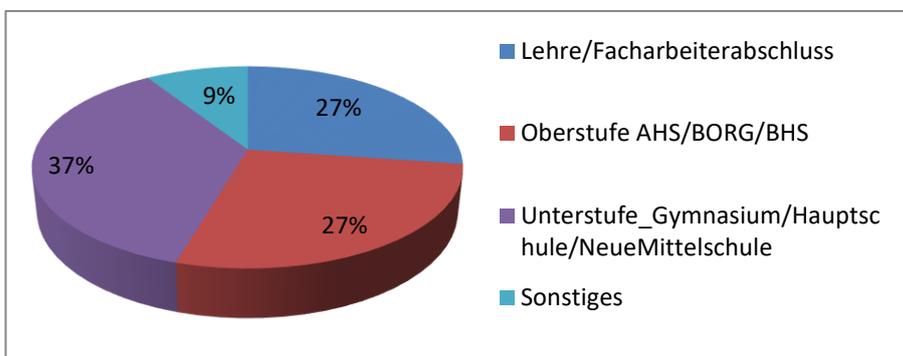


Abb. 9: Höchste bis jetzt abgeschlossene Ausbildung

In der nächsten Grafik (Abb. 10) sieht man den Erfolg des letzten Schulzeugnisses. Hier gaben 12% an, dass sie mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen haben, 30% hatten einen guten Erfolg, 45% schlossen durchschnittlich ab, 7% schafften das letzte Schuljahr gerade noch und 4% haben es nicht geschafft. 2% gaben keine Antwort auf diese Frage.

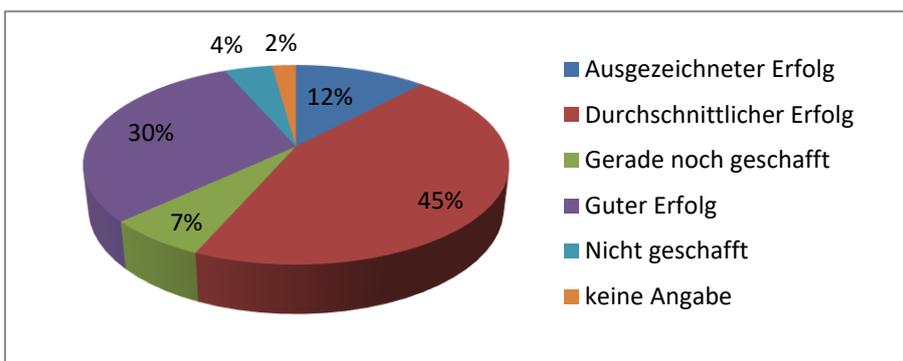


Abb. 10: Erfolg des letzten Schulzeugnisses

3.3 Ergebnisse der subjektiven Gesundheitseinschätzung

Die subjektive Gesundheitseinschätzung wurde mittels des standardisierten Fragebogens SF-12, der Kurzform des SF-36, erfragt. Nachfolgend wird jede Frage einzeln dargestellt, und anschließend die mittels des Auswertebogens bzw. des Microsoft Programms Excel errechneten Zahlenwerte angeführt (Details dazu siehe Kapitel 2.6).

Die erste Frage (Abb. 11) „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ beantworteten 23% mit „Exzellent“, 42% mit „Sehr gut“, 24% mit „Gut“, 9% mit „Angemessen“ und 2% mit „Schlecht“.

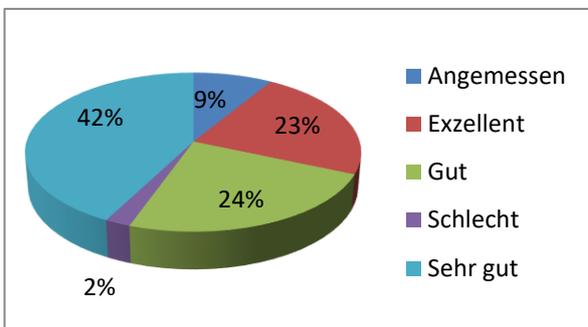


Abb. 11: SF-12 Frage 1

Die zweite Frage „Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei mittelschweren Tätigkeiten wie zum Beispiel einen Tisch zu verschieben, staubzusaugen oder zu kegeln, eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?“ ist in Abbildung 12 dargestellt. Diese Frage beantworteten 95% mit „Nein, überhaupt nicht eingeschränkt“, 4% mit „Ja, etwas eingeschränkt“ und 1% mit „Ja, stark eingeschränkt“.

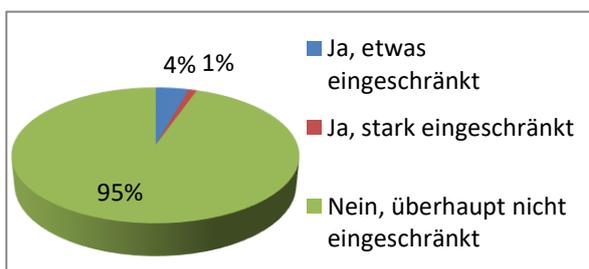


Abb. 12: SF-12 Frage 2

Die dritte Frage (Abb. 13) „Sind Sie in ihrem derzeitigen Gesundheitszustand beim Steigen mehrerer Treppenabsätze eingeschränkt? Wenn ja wie stark?“ haben 87% mit „Nein, überhaupt nicht eingeschränkt“, 11% mit „Ja, etwas eingeschränkt“ und 2% mit „Ja, stark eingeschränkt“ beantwortet.

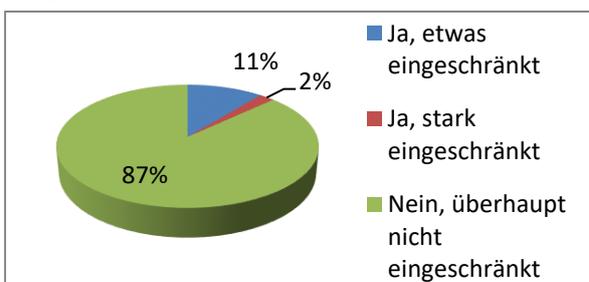


Abb. 13: SF-12 Frage 3

Die vierte Frage (Abb. 14) „Haben Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit weniger geschafft, als Sie wollten?“ und fünfte Frage (Abb.14) „Haben Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausführung div. Tätigkeiten gehabt?“ beantworteten jeweils 90% mit „Nein“, 10% mit „Ja“.

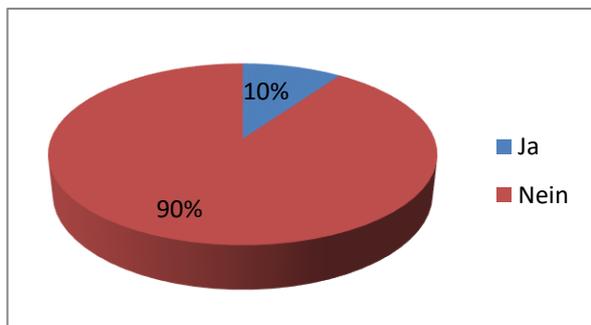


Abb. 14: SF-12 Frage 4 und 5

Die sechste Frage (Abb. 15) „Haben Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme weniger geschafft, als Sie wollten?“ kreuzten 82% mit „Nein“ und 18% mit „Ja“ an.

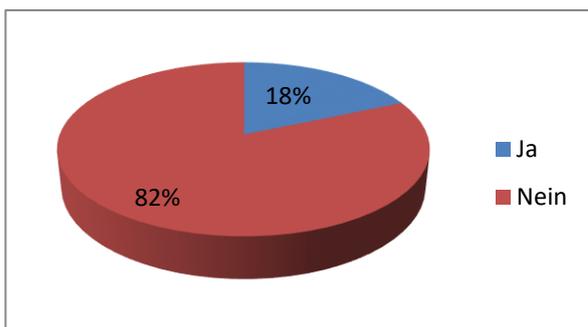


Abb. 15: SF-12 Frage 6

Die siebente Frage (Abb. 16) „Haben Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme nicht so sorgfältig wie üblich gearbeitet?“ beantworteten 77% mit „Nein“ und 23% mit „Ja“.

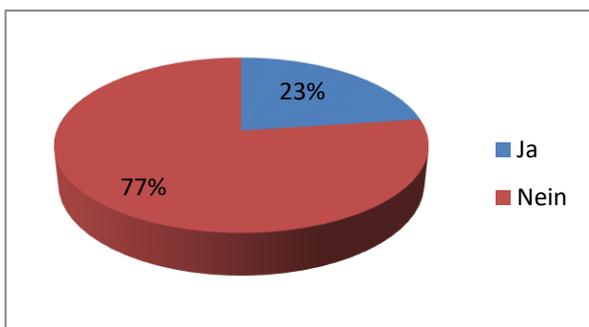


Abb. 16: SF-12 Frage 7

Die achte Frage (Abb. 17) lautet „Inwieweit haben Sie körperliche Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?“. 60% gaben an, durch körperliche Schmerzen „Überhaupt nicht“ behindert zu werden, 30% gaben an „Ein bisschen“ behindert zu werden, 9% „Mäßig“ und 1% „Sehr“.

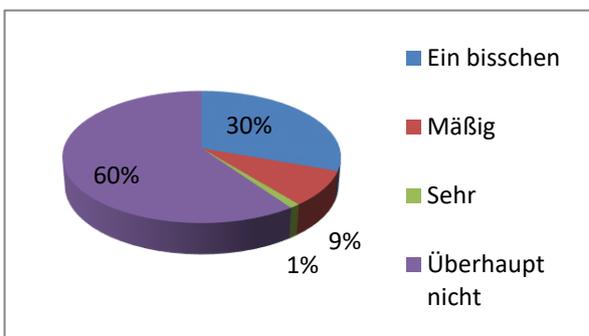


Abb. 17: SF-12 Frage 8

Die neunte Frage (Abb. 18) „Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ruhig und gelassen?“ beantworteten 15% mit „Immer“, 47% mit „Meistens“, 12% mit „Ziemlich oft“, 17% mit „Manchmal“, 8% mit „Selten“ und 1% mit „Nie“.

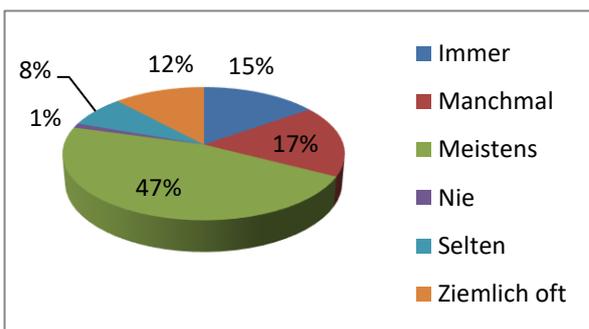


Abb. 18: SF-12 Frage 9

Bei der zehnten Frage (Abb. 19) „Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen voller Energie?“ kreuzten 14% der Personen „Immer“, 25% „Meistens“, 27% „Ziemlich oft“, 28% „Manchmal“, 4% „Selten“ und 2% „Nie“ an.

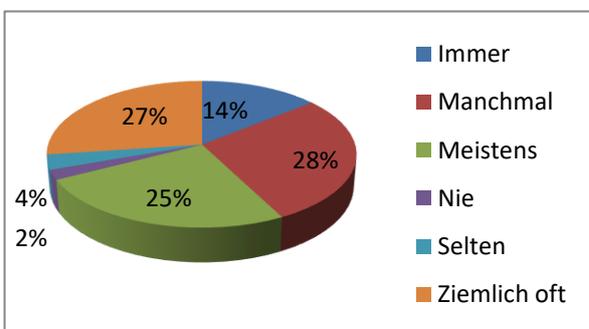


Abb. 19: SF-12 Frage 10

Die elfte Frage (Abb. 20) des SF-12 „Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen entmutigt und traurig?“ beantworteten 27% mit „Nie“, 45% mit „Selten“, 12% mit „Manchmal“, 8% mit „Ziemlich oft“, 5% mit „Meistens“ und 3% mit „Immer“.

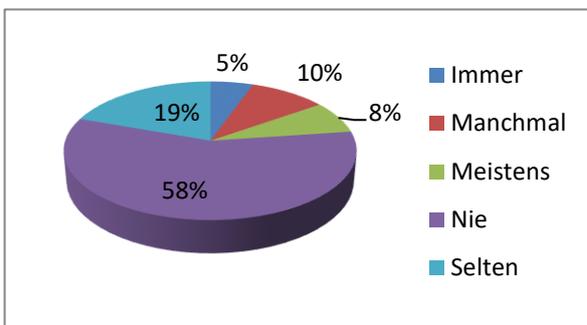


Abb. 20: SF-12 Frage 11

Der SF-12 schließt mit der zwölften Frage (Abb. 21) „Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?“ Diese haben 58% mit „Nie“, 19% mit „Selten“, 10% mit „Manchmal“, 8% mit „Meistens“ und 5% mit „Immer“ beantwortet.

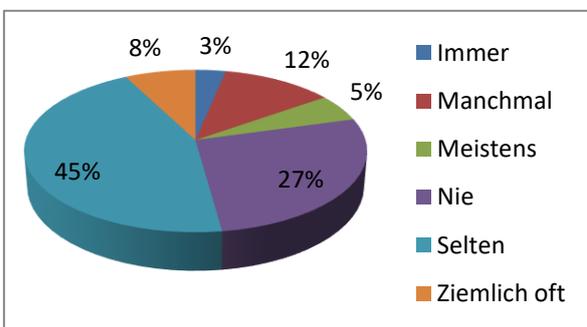


Abb. 21: SF-12 Frage 12

3.3.1 Ergebnisse und internationaler Vergleich des SF-12

Um die internationale Vergleichbarkeit gewährleisten zu können, werden hier nun die für den SF-12 typischen Skalen verwendet. Weitere Details zur Auswertung der Ergebnisse sowie der Auswertungsbogen sind im Kapitel 2.6 angegeben.

In Abbildung 22 wird der Gesamtscore der subjektiven Gesundheitseinschätzung detailliert dargestellt. 35% erreichten einen Wert von über 55, 31% einen Wert von 50 bis 54,99; 23% einen Wert von 45 bis 49,99; jeweils 4% einen Wert von 40 bis 44,99 und von 35 bis 39,99, 2% einen Wert von 30 bis 34,99 und 1% einen Wert von unter 29,99.

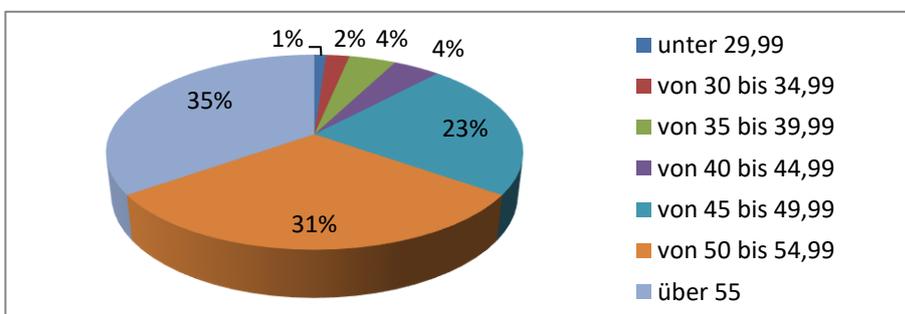


Abb. 22: Subjektive Gesundheitseinschätzung Gesamtscore detailliert

In Abbildung 23 sieht man, dass 65% der befragten Jugendlichen eine bessere subjektive Gesundheitseinschätzung als die amerikanische Durchschnittsbevölkerung haben. Hingegen haben 35% eine schlechtere subjektive Gesundheitseinschätzung. Der Gesamtscore der subjektiven Gesundheitseinschätzung ergibt einen Mittelwert von 50,96 und eine Standardabweichung von 6,21.

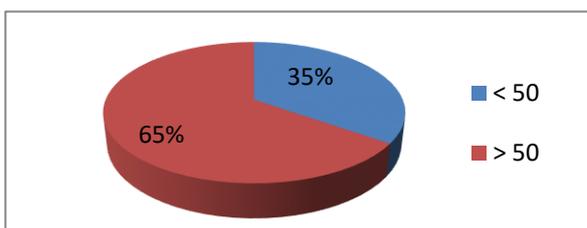


Abb. 23: Subjektive Gesundheitseinschätzung Gesamtscore eingeteilt in </> 50

Die in dieser Studie befragten jungen Erwachsenen zeigen laut dieser Auswertung im Durchschnitt einen nur geringfügig höheren Wert der subjektiven Gesundheitseinschätzung im Vergleich zur amerikanischen Durchschnittsbevölkerung.

3.3.2 Körperlicher Gesamtscore im internationalen Vergleich

In den folgenden Abbildungen (24, 25, 26 und 27) ist der Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung, aufgeteilt in den körperlichen und den psychischen Gesamtwert, dargestellt. In Abbildung 24 ist der körperliche Gesamtscore abgebildet wie folgt: 4% erreichten einen körperlichen Gesamtwert von über 60, 47% erreichten einen Gesamtwert

von 55 bis 59,99; 28% erreichten einen Gesamtwert von 50 bis 54,99; 8% erreichten einen Gesamtwert von 45 bis 49,99; 11% erreichten einen Gesamtwert von 40 bis 44,99; und 2% erreichten einen Gesamtwert der körperlichen Gesundheit von 35 bis 39,99.

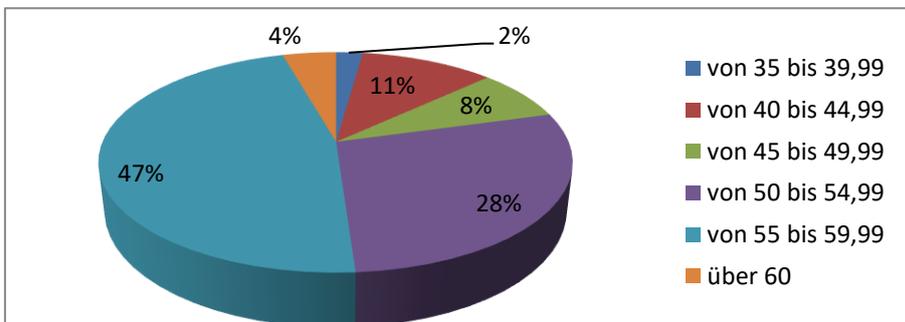


Abb. 24: Körperliche subjektive Gesundheitseinschätzung detailliert

Das bedeutet 79% haben einen körperlichen Gesamtwert von über 50 und somit eine bessere körperliche subjektive Gesundheitseinschätzung als die amerikanische Durchschnittsbevölkerung und 21% einen Gesamtwert von unter 50 und somit eine schlechtere körperliche subjektive Gesundheitseinschätzung als die amerikanische Durchschnittsbevölkerung (Abb. 25). Der Mittelwert der körperlichen Gesundheit beträgt 53,14 und die dazugehörige Standardabweichung 5,79.

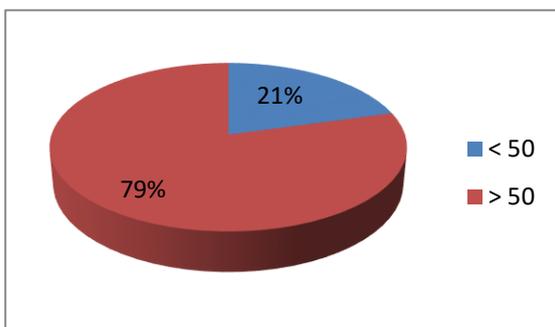


Abb. 25: Körperlicher subjektive Gesundheitseinschätzung eingeteilt in </> 50

3.3.3 Psychischer Gesamtscore im internationalen Vergleich

In Abbildung 26 ist der psychische Gesamtscore wie folgt abgebildet: 4% erreichten einen psychischen Gesamtwert von über 60, 37% erreichten einen Gesamtwert von 55 bis 59,99; 19% erreichten einen Gesamtwert von 50 bis 54,99; 15% erreichten einen Gesamtwert von 45 bis 49,99; 7% erreichten einen Gesamtwert von 40 bis 44,99; 5% erreichten einen Gesamtwert von 35 bis 39,99; 6% erreichten einen Gesamtwert von 30 bis

34,99; 4% erreichten einen Gesamtwert von 20 bis 29,99 und 3% erreichten einen Gesamtwert der psychischen Gesundheit von 10 bis 19,99.

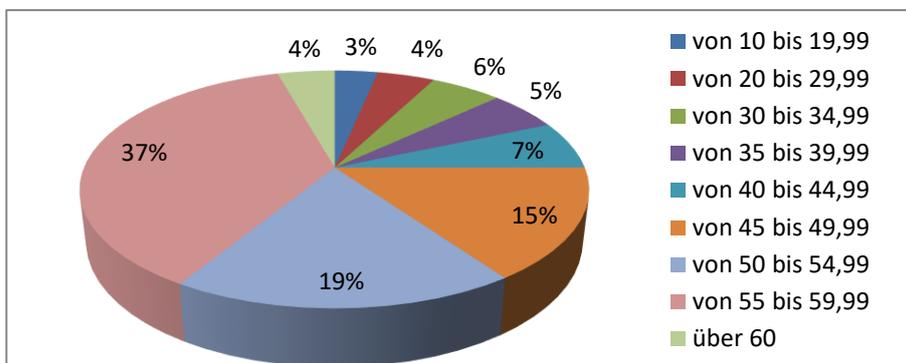


Abb. 26: Psychische subjektive Gesundheitseinschätzung detailliert

Das bedeutet 60% haben eine bessere psychische subjektive Gesundheitseinschätzung als die amerikanische Durchschnittsbevölkerung und 40% eine schlechtere psychische subjektive Gesundheitseinschätzung (Abb. 27). Der Mittelwert der psychischen Gesundheit beträgt 48,79 und die dazugehörige Standardabweichung 10,91.

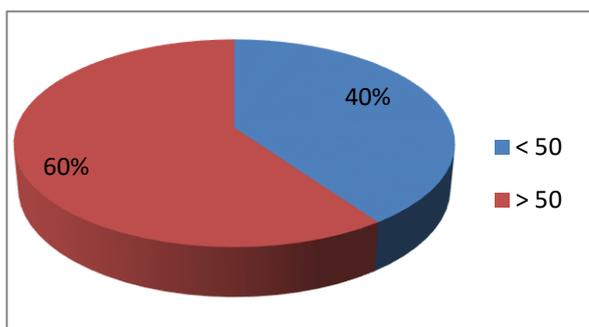


Abb. 27: Psychische subjektive Gesundheitseinschätzung eingeteilt in </> 50

3.3.4 Differenzen zwischen körperlicher und psychischer subjektiver Gesundheitseinschätzung

Um zu erfahren ob sich die körperliche und psychische subjektive Gesundheitseinschätzung voneinander unterscheiden führte die Studentin den Ersatztest des Dependent T-Tests, den Wilcoxon-Test aus. Das Ergebnis $p = 0,008$ bedeutet, dass sich die Werte der psychischen und physischen subjektiven Gesundheitseinschätzung höchst signifikant voneinander unterscheiden. Das bedeutet, die befragten Jugendlichen haben eine signifikant höhere körperliche (MW 53,14 +/- 5,79) als psychische (MW 48,79 +/- 10,91) subjektive Gesundheitseinschätzung.

3.4 Soziale Variablen und subjektive Gesundheitseinschätzung

Im folgenden Kapitel wird näher auf die subjektive Gesundheitseinschätzung (Gesamtscore) in Bezug auf die sozialen Variablen Bildungsstand und Herkunft eingegangen.

3.4.1 Bildungsstand und subjektive Gesundheitseinschätzung

In Abbildung 28 wird dargestellt, in welcher Ausbildung sich die Probanden gerade befinden und dazu wie viele davon eine subjektive Gesundheitseinschätzung von über bzw. unter 50 haben.

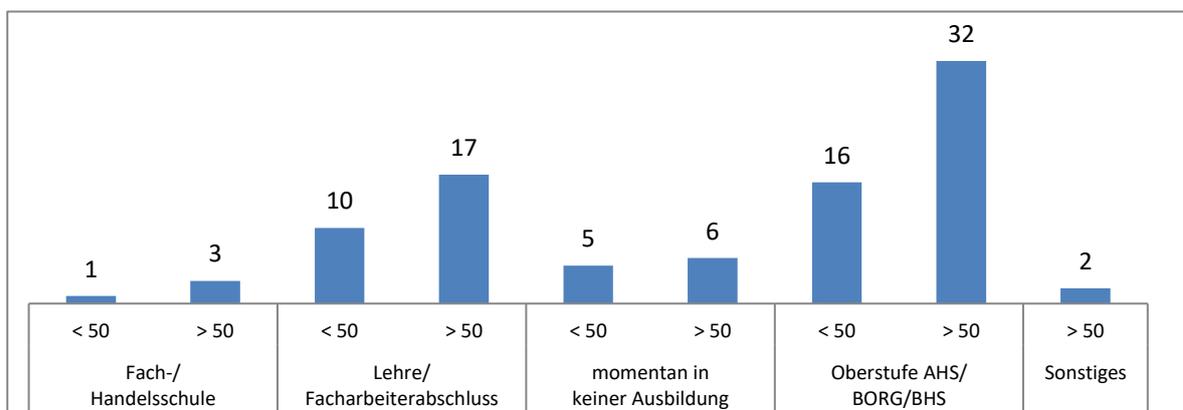


Abb. 28: Ausbildung und subjektive Gesundheitseinschätzung eingeteilt in </> 50

In der Gruppe „Oberstufe Allgemeinbildende Höhere Schule (AHS), Bundesoberstufenrealgymnasium (BORG), Berufsbildende Höhere Schule (BHS)“ befinden sich 48 Probanden, davon weisen 16 Probanden einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von unter 50 auf, 32 Jugendliche hingegen einen Gesamtwert von über 50. Der Mittelwert beträgt 51,19 und die Standardabweichung 5,87.

In der Gruppe „Fach- und Handelsschule“ befinden sich 4 Probanden, davon weisen 3 Probanden einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von über 50 auf, ein Jugendlicher hingegen einen Gesamtwert von unter 50. Der Mittelwert beträgt 52,17 und die Standardabweichung 3,13.

In der Gruppe „Lehre oder Facharbeiterabschluss“ befinden sich 27 Probanden, davon weisen 17 einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von über 50 auf, 10 Jugendliche hingegen einen Gesamtwert von unter 50. Der Mittelwert beträgt 50,88 und die Standardabweichung 5,81.

In der Gruppe „Sonstiges“ weisen beide Probanden einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von über 50 auf. Der Mittelwert entspricht 56,27 und die dazugehörige Standardabweichung 1,07.

Von den 11 Probanden, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden, weisen 5 einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von unter 50 auf und 6 einen Gesamtwert von über 50. Der Mittelwert beträgt 48,77 und die dazugehörige Standardabweichung 8,65.

In Abbildung 29 wird dargestellt, wie viele Probanden, die sich momentan in einer Ausbildung befinden, eine subjektive Gesundheitseinschätzung über oder unter 50 haben.

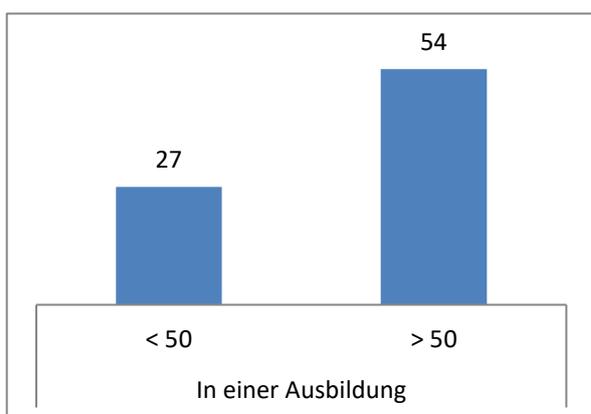


Abb. 29: Subjektive Gesundheitseinschätzung \leq 50, Personen in Ausbildung

Insgesamt weisen die 81 Personen, die sich momentan in einer Ausbildung befinden, einen Mittelwert von 51,26 und eine Standardabweichung von 5,73 auf. 27 Probanden dieser Gruppe haben eine subjektive Gesundheitseinschätzung von unter 50 und 54 eine über 50.

In Abbildung 30 wird dargestellt, welche Ausbildung jene Probanden bereits abgeschlossen haben, die sich momentan in keiner weiteren Ausbildung befinden und dazu die jeweilige subjektive Gesundheitseinschätzung.

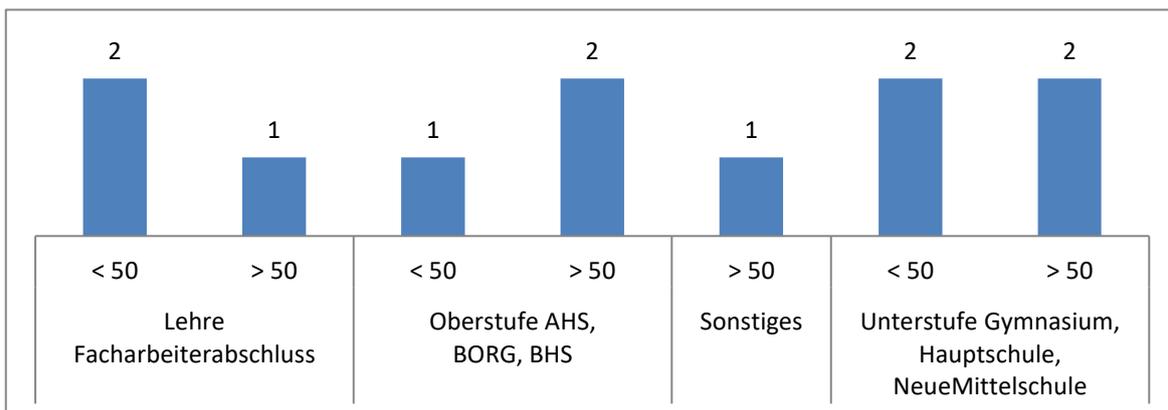


Abb. 30: Subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50, Personen in keiner Ausbildung in Abhängigkeit der höchsten abgeschlossenen Ausbildung

Insgesamt 3 Probanden haben eine bereits abgeschlossene Lehre oder einen Facharbeiterabschluss. 2 davon haben eine subjektive Gesundheitseinschätzung von unter 50 und einer über 50. Der Mittelwert beträgt 46,22 und die Standardabweichung dazu 7,31.

Weitere 3 der befragten Jugendlichen haben bereits eine Oberstufe oder höhere Schule absolviert und abgeschlossen. 2 davon haben eine subjektive Gesundheitseinschätzung von über 50 und 1 Proband unter 50. Der Mittelwert dieser Gruppe beträgt 54,55 und die Standardabweichung dazu 3,4.

Ein Proband hat eine abgeschlossene Ausbildung, die hier unter „Sonstiges“ fällt, dieser hat eine subjektive Gesundheitseinschätzung von über 50. Der Wert liegt bei 56,37.

Insgesamt 4 der befragten Jugendlichen haben die Unterstufe des Gymnasiums, eine Hauptschule oder die Neue Mittelschule abgeschlossen. Hier haben jeweils 2 Probanden einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von über bzw. unter 50. Der Mittelwert beträgt 44,46 und die Standardabweichung 9,7.

Die Studentin führte mittels der Spearman Korrelation weitere Untersuchungen durch, um zu ermitteln, ob es zwischen dem Bildungsstand und der subjektiven Gesundheitseinschätzung einen Zusammenhang gibt (Tab. 1). Da es eine der Voraussetzungen für diese Korrelation ist, dass die Daten bereits grafisch einen linearen Zusammenhang ergeben, wurde dies bei allen Variationsmöglichkeiten zuerst überprüft. Da dies bei vielen nicht zutrifft, war es bei den betreffenden Zusammenhängen nicht möglich die Spearman Korrelation durchzuführen, weshalb diese Kästchen durch n.m.d. „nicht möglich durchzuführen“ gekennzeichnet sind.

Tab. 1: Ermittlung der Abhängigkeiten zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und Bildungsstand

	Unterstufe Gymnasium, Hauptschule oder Neue Mittelschule	Oberstufe AHS, BORG, BHS	Fach-, Handels- schule	Lehre, Facharbei- terab- schluss	Sonstiges
Unterstufe Gymnasium, Hauptschule oder Neue Mittelschule	x				
Oberstufe AHS, BORG, BHS	n.m.d.	x			
Fach-, Handelsschule	n.m.d.	n.m.d.	x		
Lehre, Facharbei- terabschluss	n.m.d.	<i>p = 0,328</i> p = 0,361	n.m.d.	x	
Sonstiges	n.m.d.	n.m.d.	n.m.d.	<i>p = 0,667</i>	x
Momentan in keiner Ausbildung	x	n.m.d.	n.m.d.	p = 0,417	n.m.d.

Bei den kursiv dargestellten p-Werten sind die momentane Ausbildung und die höchste bis jetzt abgeschlossene Ausbildung von Personen, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden, gleichgestellt. Der normal dargestellte p-Wert betrifft nur die befragten Jugendlichen, die sich momentan in einer Ausbildung befinden. Zur detaillierten Aufschlüsselung der Daten s. 2.6 Auswertung der Daten.

Wenn man die momentane Ausbildung mit der höchsten bis jetzt abgeschlossenen Ausbildung gleichsetzt (in kursiv dargestellte Werte), besteht der größte Zusammenhang zwischen den Gruppen „Oberstufe AHS, BORG, BHS“ und „Lehr-, Facharbeiterabschluss“ ($p = 0,328$). Der kleinste Zusammenhang besteht zwischen den Gruppen „Lehr-, Facharbeiterabschluss“ und „Sonstiges“ ($p = 0,667$). Wenn man die momentane Ausbildung gesondert betrachtet (in schwarz dargestellte Werte), besteht der größte Zusammenhang ebenfalls zwischen den Gruppen „Oberstufe AHS, BORG, BHS“ und „Lehr-, Facharbeiterabschluss“ ($p = 0,361$). Der kleinste Zusammenhang besteht zwischen den Gruppen „Lehr-, Facharbeiterabschluss“ und „Momentan in keiner Ausbildung“ ($p = 0,417$). Jedoch besteht in keinem der vier Fälle ein statistisch signifikanter Zusammenhang.

Des Weiteren wurde mittels des Mann und Whitney U Test ermittelt, ob es zwischen den einzelnen Gruppen Unterschiede in Bezug auf die subjektive Gesundheitseinschätzung gibt (Tab 2).

Tab. 2: Ermittlung der Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen einzelnen Ausbildungsständen

	Unterstufe Gymnasium, Hauptschule, Neue Mittel- schule	Oberstufe AHS, BORG, BHS	Fach-, Handels- schule	Lehre, Facharbei- terab- schluss	Sonstiges
Unterstufe Gymnasi- um/Hauptschule/Neue Mittelschule	x				
Oberstufe AHS, BORG, BHS	<i>p = 0,182</i> p = 0,077	x			
Fach-, Handelsschule	<i>p = 0,480</i>	<i>p = 0,824</i> <i>p = 0,864</i>	x		
Lehre, Facharbeiterab- schluss	<i>p = 0,316</i> p = 1	<i>p = 0,507</i> p = 0,127 <i>p = 0,732</i>	<i>p = 0,708</i> <i>p = 0,768</i>	x	
Sonstiges	<i>p = 0,127</i> p = 0,157	<i>p = 0,075</i> p = 0,655 <i>p = 0,151</i>	<i>p = 0,065</i> <i>p = 0,165</i>	<i>p = 0,077</i> p = 0,180 <i>p = 0,111</i>	x
Momentan in keiner Ausbildung	x	<i>p = 0,519</i>	<i>p = 1</i>	<i>p = 0,596</i>	<i>p = 0,239</i>

Auch hier betreffen die kursiv dargestellten p-Werte (= Unterschiede der Gruppen) jene Gruppen der Jugendlichen, die sich momentan in einer bzw. in keiner Ausbildung befinden. Der Bildungsstand wird hier also gleichgesetzt. Die fett dargestellten p-Werte betreffen nur jene Jugendlichen, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden. Die normal dargestellten p-Werte beziehen sich auf jene Jugendlichen, die sich aktuell in einer Ausbildung befinden.

Prinzipiell gibt es hier keine statistisch signifikanten Unterschiede. Am stärksten unterscheidet sich die Gruppe „Sonstiges“ in den beiden Fällen (nur momentane Ausbildung + momentane Ausbildung und höchste bis jetzt abgeschlossene Ausbildung) zu den anderen vier Bildungsgruppen, wobei beachtet werden muss, dass die Gruppe „Sonstiges“ hier aus nur zwei Probanden besteht und deshalb statistisch gesehen keine Aussagekraft besitzt.

Wenn man die momentane Ausbildung mit der höchsten bis jetzt abgeschlossenen Ausbildung gleichsetzt (in kursiv dargestellte p-Werte) und die Gruppe „Sonstiges“ außer Acht lässt, besteht der größte Unterschied zwischen den Gruppen „Oberstufe AHS, BORG, BHS“ und „Unterstufe Gymnasium, Hauptschule oder Neue Mittelschule“ ($p = 0,182$). Der kleinste Unterschied besteht zwischen den Gruppen „Fach- und Handelsschule“ und „Oberstufe AHS, BORG, BHS“ ($p = 0,824$). Betrachtet man nur die Jugendlichen, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden (in fett dargestellte p-Werte), so ist der größte

Unterschied zwischen den Gruppen „Unterstufe Gymnasium, Hauptschule oder Neue Mittelschule“ vorhanden ($p = 0,077$) und der kleinste Unterschied zwischen den Gruppen „Unterstufe Gymnasium, Hauptschule oder Neue Mittelschule“ und „Lehr- oder Facharbeiterabschluss“ vorhanden ($p = 1$). Wenn man die momentane Ausbildung gesondert betrachtet (in schwarz dargestellte Werte) und die Gruppe „Sonstiges“ wieder außer Acht lässt, besteht der größte Unterschied zwischen den Gruppen „Oberstufe AHS, BORG, BHS“ und „Momentan in keiner Ausbildung“ ($p = 0,519$). Der kleinste Unterschied besteht zwischen den Gruppen „Fach- und Handelsschule“ und „Momentan in keiner Ausbildung“ ($p = 1$). Jedoch besteht in keinem der sechs Fälle ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Das bedeutet in der subjektive Gesundheitseinschätzung der befragten Jugendlichen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Der Mittelwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Probanden, die sich momentan in einer Ausbildung befinden (81 Personen) ist mit $51,26 \pm 5,73$ deutlich höher als der Mittelwert all jener, die sich in keiner Ausbildung befinden (11 Personen) $48,77 \pm 8,65$ (Unterschied $p = 0,412$ mittels Mann und Whitney U Test).

Reiht man die Gruppen all jener, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden, nach den Mittelwerten der subjektiven Gesundheitseinschätzung ergibt sich folgende Reihenfolge:

- | | | | |
|----|------------------|--|--------|
| 1. | $56,37 \pm 0,0$ | „Abgeschlossene Sonstige Ausbildung“ | (1 P.) |
| 2. | $54,55 \pm 3,4$ | „Abgeschlossene Oberstufe AHS, BORG, BHS“ | (3 P.) |
| 3. | $46,22 \pm 7,31$ | „Abgeschlossene Lehre/Facharbeiterabschluss“ | (3 P.) |
| 4. | $44,46 \pm 9,7$ | „Abgeschlossene Unterstufe, Hauptschule
oder Neue Mittelschule“ | (4 P.) |

Hier kann beobachtet werden, dass die Probanden, die einen höheren Bildungsabschluss besitzen, tendenziell eine höhere subjektive Gesundheitseinschätzung haben, als jene, die einen niedrigeren Bildungsabschluss besitzen.

Reiht man die Gruppen all jener, die sich momentan in einer Ausbildung befinden, nach den Mittelwerten der subjektiven Gesundheitseinschätzung ergibt sich folgende Reihenfolge:

- | | | | |
|----|------------------|------------------------------------|---------------|
| 1. | $56,27 \pm 1,07$ | „Sonstiges“ | (2 Personen) |
| 2. | $52,17 \pm 3,13$ | „Fach- und Handelsschule“ | (4 Personen) |
| 3. | $51,19 \pm 5,87$ | „Oberstufe AHS, BORG, BHS“ | (48 Personen) |
| 4. | $50,88 \pm 5,81$ | „Lehr- oder Facharbeiterabschluss“ | (27 Personen) |

Ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und dem Bildungsstand ist hier nicht erkennbar, es lässt sich aus den erhobenen Daten auch keine Tendenz ableiten. Die Ergebnisse der Gruppen zueinander weisen keine signifikanten Unterschiede auf, allerdings kann gesagt werden, dass die Probanden, die sich momentan in einer Ausbildung befinden eine höhere subjektive Gesundheitseinschätzung aufweisen, als jene, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden.

Zusätzlich zur momentanen bzw. höchsten abgeschlossenen Ausbildung wurde der Erfolg des letzten Schulzeugnisses erhoben. Da diese Ergebnisse jedoch keinen zusätzlichen Informationsgewinn für diese Studie erbrachten, wird hier nicht näher auf die Zusammenhänge oder Unterschiede der einzelnen Gruppen eingegangen.

3.4.2 Herkunft und subjektive Gesundheitseinschätzung

In diesem Kapitel wird näher auf die subjektive Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit der regionalen Herkunft (Einwohnerzahl des Wohnortes) einerseits und andererseits in Abhängigkeit eines möglicherweise vorliegenden Migrationshintergrundes eingegangen.

Einwohneranzahl und subjektive Gesundheitseinschätzung

In Abbildung 31 wird dargestellt, von welchem Ort bezogen auf die Einwohneranzahl (= Größe des Ortes) die Probanden abstammen und dazu wie viele davon eine subjektive Gesundheitseinschätzung von über bzw. unter 50 haben.

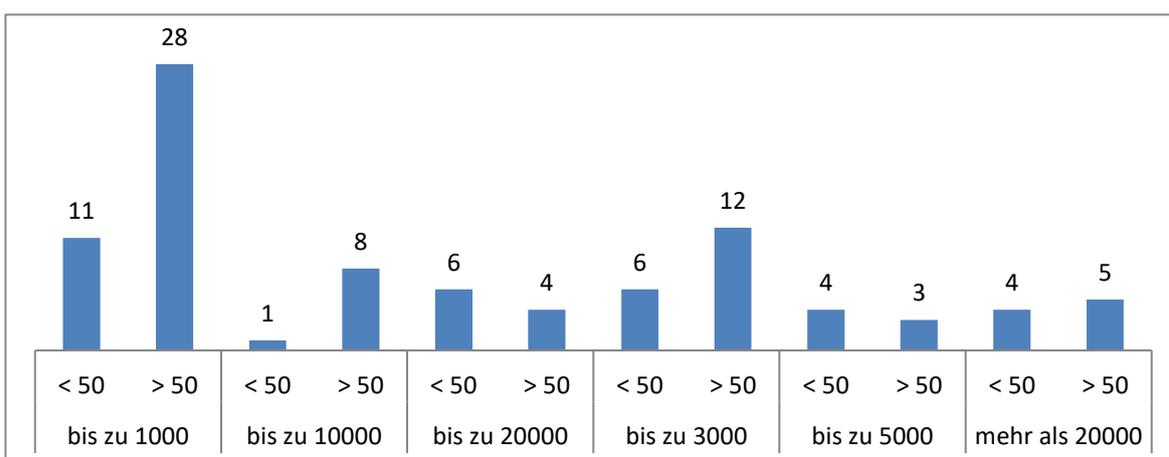


Abb. 31: Subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50 über Einwohneranzahl des Herkunftsortes

Insgesamt 39 der befragten Jugendlichen stammen aus einem Ort mit bis zu 1.000 Einwohnern, davon haben 11 eine subjektive Gesundheitseinschätzung von unter 50 und 28 eine subjektive Gesundheitseinschätzung über 50. Der Mittelwert dieser Gruppe beträgt 50,75 und die Standardabweichung dazu 6,11.

In der Gruppe der Probanden, die aus einem Ort mit bis zu 3.000 Einwohner stammen, befinden sich 18 Probanden, davon weisen 12 Probanden einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von über 50 auf, 6 Jugendliche hingegen einen Gesamtwert von unter 50. Der Mittelwert beträgt 52,09 und die Standardabweichung 5,0.

In der Gruppe der Probanden, die aus einem Ort mit bis zu 5.000 Einwohner stammen, befinden sich 7 Probanden, davon weisen 3 Probanden einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von über 50 auf, 4 Jugendliche hingegen einen Gesamtwert von unter 50. Der Mittelwert beträgt 49,46 und die Standardabweichung 8,86.

In der Gruppe der Probanden, die aus einem Ort mit bis zu 10.000 Einwohner stammen, befinden sich 9 Probanden, davon weisen 8 Probanden einen Gesamtwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung von über 50 auf, 1 Jugendlicher hingegen einen Gesamtwert von unter 50. Der Mittelwert beträgt 52,36 und die Standardabweichung 4,31.

Weitere 10 der befragten Jugendlichen stammen aus einem Ort mit bis zu 20.000 Einwohnern, 6 davon haben eine subjektive Gesundheitseinschätzung von unter 50 und 4 eine subjektive Gesundheitseinschätzung von über 50. Der Mittelwert dieser Gruppe beträgt 50,89 und die Standardabweichung dazu 5,37.

Insgesamt 9 der befragten Jugendlichen stammen aus einem Ort mit mehr als 20.000 Einwohnern, davon haben 4 eine subjektive Gesundheitseinschätzung von unter 50 und 5 über 50. Der Mittelwert dieser Gruppe beträgt 49,55 und die Standardabweichung dazu 6,74.

Um festzustellen, ob es Unterschiede zwischen den Probanden aus suburbaner und ruraler Gegend gibt, wurden die Wohnorte wie folgt zusammengefasst: Wohnorte mit bis zu 1.000, 3.000 und 5.000 Einwohnern werden in der folgenden Abbildung (32) als „rural“ bezeichnet, Wohnorte mit bis zu 10.000, 20.000 und mehr als 20.000 Einwohnern werden als „suburban“ bezeichnet (Europäische Kommission, 2011; Statistik Austria, 2016).

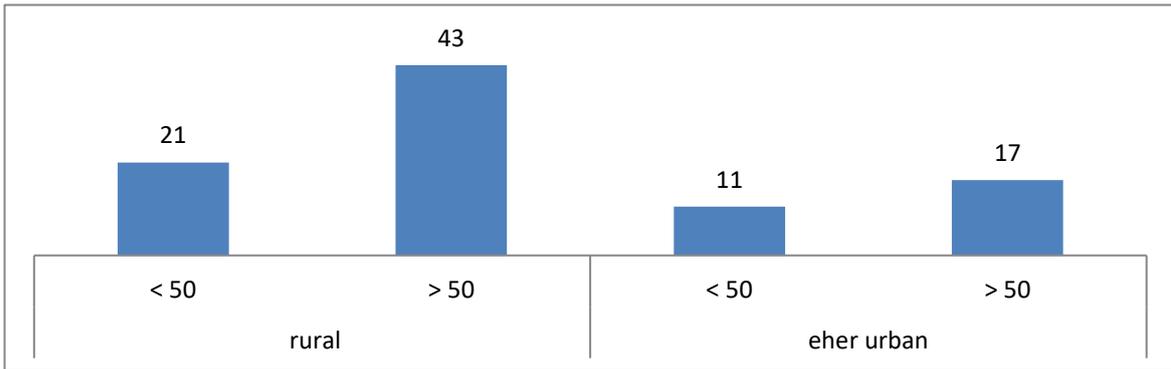


Abb. 32: Subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50 im Vergleich ruraler zu suburbaner Gegend

Insgesamt 64 der befragten Jugendlichen kommen aus einer ruralen Gegend. Davon haben 21 eine subjektive Gesundheitseinschätzung von unter 50 und 43 eine subjektive Gesundheitseinschätzung über 50. Der Mittelwert der subjektiven Gesundheitseinschätzung beträgt 50,98 und die dazugehörige Standardabweichung 6,25.

Die anderen 28 Jugendlichen, die befragt wurden, kommen aus suburbanen Gegenden. Davon haben 11 eine subjektive Gesundheitseinschätzung von unter 50 und 17 über 50. Der Mittelwert beträgt 50,93 und die dazugehörige Standardabweichung 6,12.

Des Weiteren wird diese Fragestellung, ob die subjektive Gesundheitseinschätzung der befragten Jugendlichen von der Größe des Heimatortes (rural/suburban) beeinflusst wird, auch durch die Spearman Korrelation erläutert (Tab. 3). Dabei muss beachtet werden, dass die Voraussetzung, die man überprüfen muss, bevor man die Korrelation durchführt, grafisch einen linearen Zusammenhang zu erkennen, wieder bei einigen Variationsmöglichkeiten nicht zutrifft, weshalb diese durch n.m.d. „nicht möglich durchzuführen“ gekennzeichnet sind.

Tab. 3: Ermittlung der Abhängigkeiten zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und der Einwohneranzahl des Heimatortes

In einem Ort mit bis zu 1.000 Einwohner	... bis zu 3.000 Einwohner	... bis zu 5.000 Einwohner	... bis zu 10.000 Einwohner	... bis zu 20.000 Einwohner	... mehr als 20.000 Einwohner
... bis zu 1.000 Einwohner	x					
... bis zu 3.000 Einwohner	p = 0,162	x				
... bis zu 5.000 Einwohner	n.m.d.	p = 0,867	x			

... bis zu 10.000 Einwohner	n.m.d.	n.m.d.	n.m.d.	x		
... bis zu 20.000 Einwohner	n.m.d.	p = 0,779	n.m.d.	n.m.d.	x	
... mehr als 20.000 Einwohner	n.m.d.	n.m.d.	n.m.d.	n.m.d.	n.m.d.	x

Es gibt grafisch einen linearen Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Probanden, die von einem Ort mit bis zu 1.000 und 3.000 Einwohnern abstammen ($p = 0,162$), hier ist der Zusammenhang am größten. Das Ergebnis des Zusammenhangs zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Probanden, die von einem Ort mit bis zu 3.000 und 5.000 Einwohnern abstammen, lautet $p = 0,867$ und ist der kleinste in der Tabelle 4 angeführte Zusammenhang. Keiner der hier angeführten Zusammenhänge ist statistisch signifikant.

Es wurden auch die Unterschiede in der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen den Gruppen (1.000, 3.000 usw.) mittels des Mann und Whitney U Tests ermittelt (Tab. 4).

Tab. 4: Ermittlung der Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit der Einwohneranzahl des Heimatortes

In einem Ort mit bis zu 1.000 Einwohner	... bis zu 3.000 Einwohner	... bis zu 5.000 Einwohner	... bis zu 10.000 Einwohner	... bis zu 20.000 Einwohner	... mehr als 20.000 Einwohner
... bis zu 1.000 Einwohner	x					
... bis zu 3.000 Einwohner	p = 0,643	x				
... bis zu 5.000 Einwohner	p = 0,552	p = 0,956	x			
... bis zu 10.000 Einwohner	p = 0,849	p = 0,632	p = 0,894	x		
... bis zu 20.000 Einwohner	p = 0,815	p = 0,525	p = 0,817	p = 0,717	x	
... mehr als 20.000 Einwohner	p = 0,570	p = 0,643	p = 0,736	p = 0,348	p = 0,887	x

An dieser Tabelle erkennt man, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gibt. Der größte vorhandene Unterschied besteht in der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen den Probanden, die von einem Ort mit bis zu 10.000 Einwohnern abstammen und denen, die von einem Ort mit mehr als 20.000 Einwohnern abstammen ($p = 0,348$). Der kleinste vorhandene Unterschied besteht in der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen den Probanden, die von einem Ort mit bis zu 3.000 Einwohnern abstammen und denen, die von einem Ort mit bis zu 5.000 Einwohnern abstammen ($p = 0,956$).

Reiht man die Gruppen nun nach den Mittelwerten der subjektiven Gesundheitseinschätzung, ergibt sich folgende Reihenfolge:

1.	52,36 +/- 4,31	„bis zu 10.000 Einwohner“	(9 Personen)
2.	52,09 +/- 5,0	„bis zu 3.000 Einwohner“	(18 Personen)
3.	50,89 +/- 5,37	„bis zu 20.000 Einwohner“	(10 Personen)
4.	50,75 +/- 6,11	„bis zu 1.000 Einwohner“	(39 Personen)
5.	49,55 +/- 6,74	„mehr als 20.000 Einwohnern“	(9 Personen)
6.	49,46 +/- 8,86	„bis zu 5.000 Einwohner“	(7 Personen)

Ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und der Größe des Heimatortes (ruraler/suburbaner Gegend) ist nicht erkennbar, signifikante Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen den Gruppen, die aus unterschiedlich großen Orten stammen sind nicht vorhanden und es lässt sich aus den erhobenen Daten auch keine Tendenz ableiten.

Migrationshintergrund und subjektive Gesundheitseinschätzung

In diesem Kapitel geht es um die subjektive Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit eines Migrationshintergrundes. Keiner der befragten Probanden ist selbst migriert, alle haben bereits ihr gesamtes Leben in Österreich verbracht. Aus diesem Grund wird die subjektive Gesundheitseinschätzung der Probanden, deren Eltern schon immer in Österreich lebten, mit jener der Probanden verglichen, bei denen ein oder mehrere Elternteile migriert ist/sind.

In Abbildung 33 wird dargestellt, welche der Probanden zumindest ein Elternteil haben, das in einem anderen Land geboren wurde, in Gegenüberstellung mit den Probanden, wo kein Migrationshintergrund vorliegt. In Abbildung 35 wird die subjektive Gesundheitseinschätzung (</> 50) jener Probanden, bei welchen nur ein Elternteil aus einem anderen Land stammt, dargestellt, in Abbildung 34 jener Probanden, bei denen ein Migrationshintergrund vorliegt (= zumindest ein Elternteil stammt aus einem andern Land).

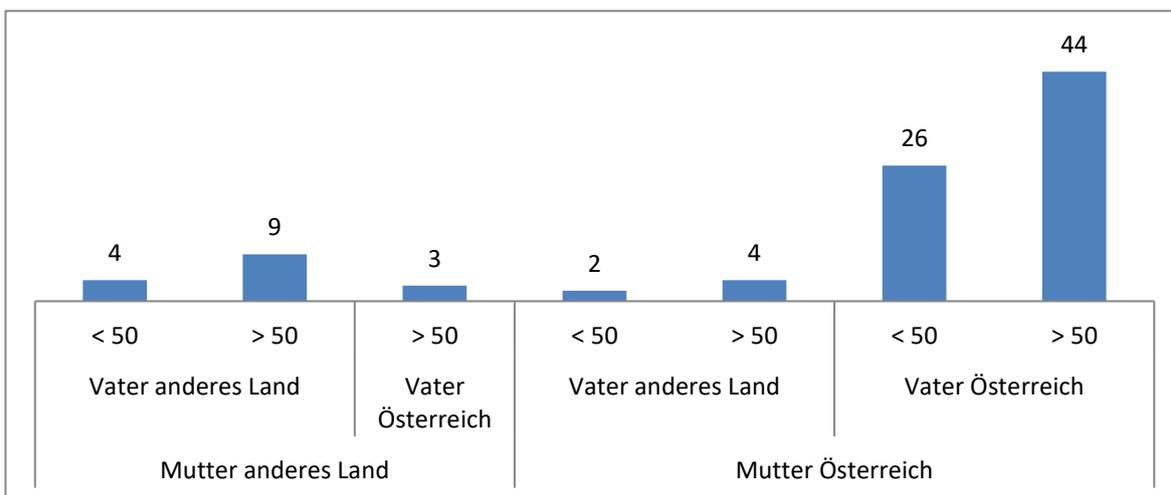


Abb. 33: Herkunft Eltern und subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50

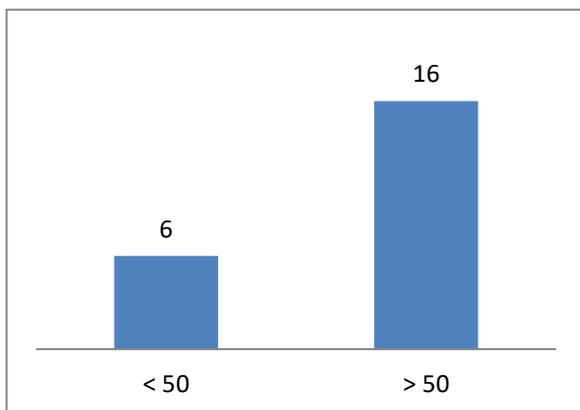


Abb. 35: Ein Elternteil aus einem anderen Land und subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50

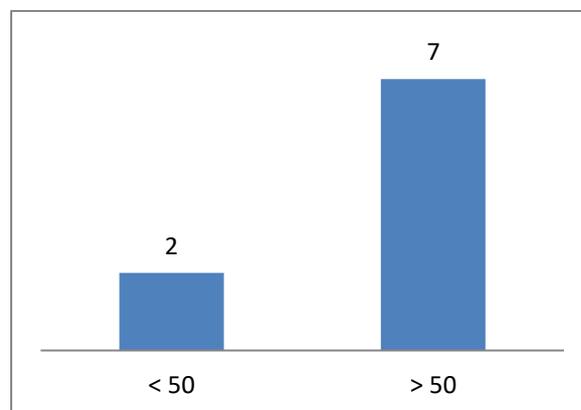


Abb. 34: Vorliegender Migrationshintergrund und subjektive Gesundheitseinschätzung </> 50

In der Gruppe der Probanden, deren Mutter aus Österreich und der Vater aus einem anderen Land kommt befinden sich 6 Personen. Davon 2 deren subjektive Gesundheitseinschätzung unter 50 liegt und 4 deren subjektive Gesundheitseinschätzung über 50 liegt. Der Mittelwert beträgt 45,97 und die Standardabweichung 8,29.

In der Gruppe der Probanden, deren Vater aus Österreich und die Mutter aus einem anderen Land kommt befinden sich 3 Personen. Die subjektive Gesundheitseinschätzung von allen 3 liegt über 50. Der Mittelwert beträgt 50,97 und die Standardabweichung 1,78.

In der Gruppe, in der nur ein Elternteil aus einem anderen Land stammt und ein Elternteil aus Österreich (Abb. 35), befinden sich 9 Personen. Davon 2 deren subjektive Gesundheitseinschätzung unter 50 liegt und 7 deren subjektive Gesundheitseinschätzung über 50 liegt. Der Mittelwert beträgt 47,64 und die Standardabweichung 7,24.

In der Gruppe der Probanden, deren Eltern beide aus einem anderen Land kommen befinden sich 13 Personen. Davon 4 deren subjektive Gesundheitseinschätzung unter 50 liegt und 9 deren subjektive Gesundheitseinschätzung über 50 liegt. Der Mittelwert beträgt 51,22 und die Standardabweichung 4,06.

In der Gruppe, in der ein Migrationshintergrund vorliegt (= zumindest ein Elternteil stammt aus einem anderen Land, Abb. 36) befinden sich 22 Personen. Davon 6 deren subjektive Gesundheitseinschätzung unter 50 liegt und 16 deren subjektive Gesundheitseinschätzung über 50 liegt. Der Mittelwert beträgt 49,75 und die Standardabweichung 5,85.

In der Gruppe der Probanden, deren Eltern beide aus Österreich kommen, befinden sich 70 Personen. Davon 26 deren subjektive Gesundheitseinschätzung unter 50 liegt und 44 deren subjektive Gesundheitseinschätzung über 50 liegt. Der Mittelwert beträgt 51,35 und die Standardabweichung 6,27.

Des Weiteren wird mittels der Spearman Korrelation ermittelt, ob die subjektive Gesundheitseinschätzung der befragten Jugendlichen von der Herkunft ihrer Eltern beeinflusst wird (Tab. 5).

Tab. 5: Ermittlung der subjektiven Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit eines Migrationshintergrundes

	Beide Eltern Österreicher	Ein Elternteil nicht Österreicher	Beide Elternteile nicht Österreicher
Beide Eltern Österreicher	x		
Ein Elternteil nicht Österreicher	p = 0,796	x	
Beide Elternteile nicht Österreicher	p = 0,546	p = 0,439	x
Migrationshintergrund	p = 0,347	x	x

In dieser Tabelle sieht man, dass der größte Zusammenhang ($p = 0,347$) in der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen den Probanden, deren beide Eltern aus einem

anderen Land kommen und den Probanden, deren Eltern aus Österreich kommen, besteht. Der kleinste Zusammenhang ($p = 0,796$) besteht in der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen den Probanden deren Eltern beide aus Österreich kommen und der Probanden, wo nur ein Elternteil aus Österreich und ein Elternteil aus einem anderen Land kommt. Aber statistisch signifikant ist keiner der hier angeführten Zusammenhänge.

Es wurde mittels des Mann und Whitney U Tests ebenfalls ermittelt, ob sich die einzelnen Gruppen bezogen auf die Herkunft der Eltern in der subjektiven Gesundheitseinschätzung unterscheiden (Tab. 6).

Tab. 6: Ermittlung der Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung zwischen Probanden mit und ohne Migrationshintergrund

	Beide Elternteile Österreicher	Ein Elternteil aus einem anderen Land	Beide Elternteile aus einem anderen Land
Beide Elternteile Österreicher	x		
Ein Elternteil aus einem anderen Land	$p = 0,112$	x	
Beide Elternteile aus einem anderen Land	$p = 0,409$	$p = 0,333$	x
Migrationshintergrund	$p = 0,125$	x	x

Der größte Unterschied zeigt sich hier zwischen den Probanden, deren Elternteile beide aus Österreich stammen und denen, wo ein Elternteil aus einem anderen Land stammt ($p = 0,112$). Der kleinste hingegen zwischen den Gruppen, in der beide Elternteile aus einem anderen Land stammen bzw. beide aus Österreich kommen ($p = 0,409$). Statistisch signifikant ist hier jedoch kein Unterschied.

Reiht man die Gruppen nach den Mittelwerten der subjektiven Gesundheitseinschätzung, ergibt sich folgende Reihenfolge:

1. 51,35 +/- 6,27 „Eltern beide aus Österreich“ (70 Personen)
2. 51,22 +/- 4,06 „Beide Elternteile aus einem anderem Land“ (13 Personen)
3. 49,75 +/- 5,85 „Migrationshintergrund“ (22 Personen)
4. 47,64 +/- 7,24 „Nur ein Elternteil aus anderem Land“ (9 Personen)

Ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und der Herkunft der Eltern ist nicht erkennbar, Unterschiede der subjektiven Gesundheitseinschätzung

zwischen den Gruppen, deren Eltern unterschiedlicher Herkunft sind, sind statistisch nicht signifikant und es lässt sich aus den erhobenen Daten auch keine Tendenz ableiten.

3.5 Zusammenfassung der Auswertung

Das bedeutet, in den Ergebnissen wurden keine Zusammenhänge oder signifikanten Unterschiede zwischen den sozialen Variablen (Bildungsstand, regionale Herkunft (suburban/rural) und ein eventuell vorliegender Migrationshintergrund) und der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Probanden gefunden.

Jedoch konnte ein höchst signifikanter Unterschied ($p = 0,008$) zwischen der körperlichen und psychischen subjektiven Gesundheitseinschätzung festgestellt werden. Die Jugendlichen schätzten ihre körperliche Gesundheit (MW 53,14 +/- 5,79) signifikant höher ein als ihre psychische Gesundheit (MW 48,79 +/- 10,91).

4 Diskussion

Der verwendete Fragebogen, der SF-12 ist ein gut validierter Fragebogen, der zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet wird. In dieser Studie wurden 104 Personen befragt wobei zur Auswertung der Daten 92 nachvollziehbare Fragebögen verwendet wurden, somit ist die Probandengruppe ausreichend groß und die Daten somit aussagekräftig. Es wurden Personen des gleichen Alters befragt, sodass die Werte vergleichbar sind. In der Studie wurden folgende demografische Faktoren berücksichtigt: Alter, Schulbildung, regionale Herkunft (suburban/rural) und ein möglicherweise vorliegender Migrationshintergrund. Somit wurden alle für diese Studie wichtigen Parameter bedacht. Der SF-12 wurde standardisiert ausgewertet, sodass ein Vergleich mit der amerikanischen Durchschnittsbevölkerung möglich ist. Anschließend wurde mittels des statistischen Datenprogrammes SPSS überprüft, ob Zusammenhänge zwischen den verschiedenen sozialen Variablen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bestehen (s. Kapitel 3 Ergebnisse).

4.1 Verifikation der Forschungshypothesen

Eine Forschungshypothese dieser Studie ist es, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung von Jugendlichen vom Bildungsstand beeinflusst wird. Die Auswertung der erhobenen Daten widerlegt diese Hypothese. Die subjektive Gesundheitseinschätzung der befragten Jugendlichen wird nicht vom Bildungsstand beeinflusst. Sehr wohl jedoch, hatten diejenigen, die sich momentan in einer Ausbildung befanden, eine höhere subjektive Gesundheitseinschätzung, als jene, die sich momentan in keiner Ausbildung befanden. Außerdem sieht man bei jenen, die sich momentan in keiner Ausbildung befanden, eine vorhandene Rangreihenfolge der Mittelwerte der subjektiven Gesundheitseinschätzung bezüglich des Bildungsstandes. Da diese Studie mit 17-18 Jährigen durchgeführt wurde, kann dies ein Indiz dafür sein, dass diese Abhängigkeit der subjektiven Gesundheitseinschätzung vom Bildungsstand, die sich anhand einiger Studien (Klimont et al., 2014; Pelikan et al., 2013) bei Erwachsenen belegen lässt, bei jenen Jugendlichen, die sich schon im Arbeitsprozess befinden, bereits erkennbar ist. Dabei wurde jedoch die aktuelle Beschäftigung jener, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden, nicht explizit abgefragt.

Anhand der ausgewerteten Daten kann die nächste Forschungshypothese, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung von Jugendlichen von deren Herkunft nicht beeinflusst

wird, bestätigt werden. Zwischen ruraler und suburbaner Herkunft niederösterreichischer Stellungspflichtiger kann in der subjektiven Gesundheitseinschätzung kein Unterschied festgestellt werden. Eine Begründung dafür könnte sein, dass es in diesem Alter noch keinen Unterschied macht, wo man wohnt, weil die Bedürfnisse andere sind, als im höheren Alter. Als Jugendlicher benötigt man beispielsweise im Regelfall kaum verschiedene Fachärzte oder andere Gesundheitsangebote. Ein weiterer Grund dieses Ergebnisses kann es durch eine der Limitationen dieser Studie sein, dass es in Niederösterreich keine Großstädte mit über 50.000 Einwohnern gibt.

Die Forschungshypothese, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung von Jugendlichen von einem Migrationshintergrund nicht beeinflusst wird, wurde durch die Ergebnisse bestätigt. Eine mögliche Begründung dafür könnte sein, dass alle Jugendlichen, die einen Migrationshintergrund durch ihre Eltern haben, ihr ganzes Leben in Österreich verbracht haben.

Die Auswertung der Studie zeigte jedoch einen unerwartet hohen Unterschied zwischen körperlicher (MW: 53,14 +/- 5,79) und psychischer (MW: 48,79 +/- 10,91) subjektiver Gesundheitseinschätzung der befragten Jugendlichen. Somit kann aus diesem Ergebnis rückgeschlossen werden, dass die Jugendlichen in ihrer psychischen Gesundheit verstärkt gefördert werden sollten.

4.2 Limitationen der Studie

Gemäß Statistik Austria (2016) und der Europäischen Kommission (2011) versteht man unter urbanen Gebieten, Großstädte mit mindestens 50.000 Einwohner und einer Bevölkerungsdichte von mindestens 1.500 Einwohnern pro km². In suburbanen Gebieten beträgt die Bevölkerungsdichte mindestens 300 Einwohner pro km² und die Gesamtbevölkerung mindestens 5.000 Einwohner. Alle Gebiete, die von weniger Menschen bewohnt werden, werden als rurale Gegenden bezeichnet.

Die vorliegende Studie wurde in Kooperation mit der Stellungskommission Niederösterreich durchgeführt, weshalb nur männliche Jugendliche an dieser Studie teilnahmen, die aus Niederösterreich und somit aus ruralen und suburbanen Gebieten stammen.

Eine weitere Limitation war es, dass die Gruppengrößen bei den sozialen Variablen teilweise sehr klein und somit nicht statistisch aussagekräftig waren.

Des Weiteren wurde die momentane Beschäftigung, der die Jugendlichen, die sich momentan in keiner Ausbildung befinden, nachgehen, nicht abgefragt. Somit wurde dies in der Interpretation der Ergebnisse nicht miteinbezogen.

5 Zusammenfassung und Ausblick

In dieser Studie wurde empirisch gearbeitet und mittels eines Fragebogens die subjektive Einschätzung der Gesundheit in Abhängigkeit von Bildungsstand und Herkunft von männlichen Stellungspflichtigen in Niederösterreich erhoben. Es wurden keine signifikanten Abhängigkeiten der subjektiven Gesundheitseinschätzung festgestellt. Auffallend ist jedoch, dass die körperliche subjektive Gesundheitseinschätzung signifikant höher ist als die psychische subjektive Gesundheitseinschätzung.

Aus diesem Grund hält die Studienautorin weiterführende Studien zur Ursachenforschung der signifikant geringeren psychischen subjektiven Gesundheitseinschätzung der Jugendlichen für angebracht. Weitere Untersuchungen müssen durchgeführt werden, um die Rahmenbedingungen und Maßnahmen, die die Jugendlichen benötigen, um ihre psychische subjektive Gesundheitseinschätzung zu verbessern, herauszufinden und umzusetzen.

5.1 Physiotherapeutische Relevanz der Ergebnisse

Die Studie zeigt auf, dass Jugendliche ihre körperliche subjektive Gesundheitseinschätzung signifikant höher einschätzen als ihre psychische subjektive Gesundheitseinschätzung. Um dieser Entwicklung wirksam entgegen treten zu können, sollte auch in der Physiotherapie auf die psychische Gesundheit verstärkt eingegangen werden.

PhysiotherapeutInnen haben bereits heute viele Werkzeuge zur Verfügung, die sowohl in der Therapie als auch im Bereich der Prävention erfolgreich eingesetzt werden können. Um speziell die Gruppe der Jugendlichen zu erreichen, sollte zum Beispiel verstärkt mit Lehreinrichtungen zusammengearbeitet werden.

Darüber hinaus sollte nach Meinung der Studienautorin dieser Teilaspekt der physiotherapeutischen Arbeit sowohl in der Grundausbildung als auch bei der Weiterbildung forciert werden.

6 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dgvt-Verlag.
- Büchi, S., & Scheuer, E. (2004). *Psychosoziale Medizin*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-3-642-18825-1_17
- Cortina, J., Taran, P., Elie, J., Alison, R., & Schneider, E. (2014). *Migration and Youth: Challenges and Opportunities*. Retrieved from <http://jeronimocortina.com/wp-content/uploads/2017/07/Migration-and-Youth-Challenges-and-Opportunities-Full.pdf>
- Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1(2), 20.
- Dür, W., Griebler, R., & Kranzl, V. (2007). HBSC - Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. *Ludwig Boltzmann Gesellschaft im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend*, 185.
- Europäische, K. (2011). Territorial typologies - Statistics Explained. Retrieved January 21, 2019, from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Territorial_typologies#Share_of_population_by_type_of_territory
- Gesundheit in Deutschland. (2006). *Robert-Koch Institut, statistisches Bundesamt*, 225.
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C., & Stradling, J. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of Public Health*, 19(2), 179–186. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024606>
- Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance. Reston, VA. Association for the Advancement of Health Education.; American Public Health Association, Washington, D.C.; American School Health Association, Kent, Ohio., 1–90.
- Jordan, S., & Töppich, J. (2015). Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9), 921–922. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2233-3>
- Klimont, M. J., Baldaszi, D. E., & Ihle, P. (2014). Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. *Statistik Austria*, 193.
- Koch-Institut, R. (2015). Bericht Gesundheit in Deutschland 2015. *Robert-Koch Institut und Destatis*, 516.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1583-3>
- Liang, Y., & Wu, W. (2014). Exploratory analysis of health-related quality of life among the empty-nest elderly in rural China: An empirical study in three economically developed cities in eastern China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 59. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-59>
- LIGA JB15. (2015). *Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit*, (6), 128.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. (p. 18). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Oguzturk, O. (2008). Differences in quality of life in rural and urban populations. *Clinical & Investigative Medicine*, 31(6), 346–350.
- Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P., & Bauer, U. (2015). Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen: Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9), 930–941. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2199-1>
- Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung. *Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH*, 114.
- Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M., & Vogt, D. (2015). Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9), 951–957. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2201-y>
- Rindfleisch, A., Malter, A. J., Ganesan, S., & Moorman, C. (2008). Cross-Sectional Versus Longitudinal Survey Research: Concepts, Findings, and Guidelines. *Journal of Marketing Research*, 45(3), 261–279. <https://doi.org/10.1509/jmkr.45.3.261>
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N., & Mercier, M. (2003). Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 30. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-30>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., & Hurrelmann, K. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Universität Bielefeld, Fakultät Für Gesundheitswissenschaft*, 123. <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29088450>
- Schulz, M. (2012). Messartefakte bei der Erfassung der Gesundheit von Migranten in Deutschland: Zur interkulturellen Äquivalenz des SF-12-Fragebogen im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP). *SOEP — The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin*, 447, 58.
- Statistik, A. (2016). Urban-Rural-Typologie. Retrieved from http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/stadt_land/index.html
- Urbas, E., & Bachinger, E. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 - Ergebnisse für Wien. *Stadt Wien*, 276.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales* (Second Edition). The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/242636950_SF-12_How_to_Score_the_SF-12_Physical_and_Mental_Health_Summary_Scales
- WHO. (1946). WHO-Satzung. Off. Rec. Wld Hlth Org. Retrieved from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Yeresyan, I., & Lohaus, A. (2014). Stress and wellbeing among Turkish and German adolescents living in rural and urban areas. *Rural and Remote Health*, 14(2), 2695.

A Anhang

Fragebogen über Bildungsstand, Herkunft und subjektive Gesundheitseinschätzung

Geburtsjahr

In welchem Jahr sind Sie geboren? _____

Herkunft

In welchem Land wurden Sie geboren? _____

Seit wie vielen Jahren leben Sie in Österreich? _____

Seit wie vielen Jahren sind Sie österreichischer Staatsbürger? _____

Aus welchem Land stammt Ihr Vater? _____

Aus welchem Land stammt Ihre Mutter? _____

Die meisten Jahre meines Lebens habe ich mehrheitlich in einem Ort mit bis zu

- 1.000 Einwohnern
- 3.000 Einwohnern
- 5.000 Einwohnern
- 10.000 Einwohnern
- 20.000 Einwohnern
- mehr als 20.000 Einwohnern

gelebt.

Schulbildung

Befinden Sie sich momentan in einer Ausbildung?

- Ja
- Nein

Wenn Ja: In welcher Ausbildung befinden Sie sich gerade?

- Unterstufe Gymnasium/Hauptschule/Neue Mittelschule
- Oberstufe AHS/BORG/BHS
- Fach-/Handelsschule
- Lehre/Facharbeiterabschluss
- Sonstiges: _____

Wenn Nein: Was ist Ihre höchste bis jetzt abgeschlossene Ausbildung?

- Unterstufe Gymnasium/Hauptschule/Neue Mittelschule
- Oberstufe AHS/BORG/BHS
- Fach-/Handelsschule
- Lehre/Facharbeiterabschluss
- Sonstiges: _____

Wenn Sie an Ihr letztes Zeugnis, das Sie bekommen haben, denken: Wie gut haben Sie abgeschnitten?

- Ausgezeichneter Erfolg
- Guter Erfolg
- Durchschnittlicher Erfolg
- Gerade noch geschafft
- Nicht geschafft

Gesundheitsumfrage zur subjektiven Einschätzung mittels SF-12

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten diejenige ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Exzellent | Sehr gut | Gut | Angemessen | Schlecht |

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. **Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?**

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
| 4. Sie haben weniger geschafft , als Sie wollten | JA
<input type="checkbox"/> | NEIN
<input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------|----------------------------------|

5. Sie hatten **Schwierigkeiten** bei der Ausführung (z.B. mussten Sie sich besonders anstrengen)

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

6. Sie haben **weniger geschafft**, als Sie wollten JA NEIN

7. Sie konnten nicht so **sorgfältig** wie üblich arbeiten

8. Inwieweit haben körperliche Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht Ein bisschen Mäßig Ziemlich Sehr

In diesen Fragen geht es darum, **wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist**. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. ...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
10. ...voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
11. ...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					

12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer Meistens Manchmal Selten Nie

Quelle: PDF (SF36_Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität) des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

B Anhang

Genehmigung, den empirischen Teil der Bachelorarbeit in Kooperation mit der Stellungskommission Niederösterreich durchzuführen, durch das Bundesministerium für Landesverteidigung auf den folgenden Seiten.