



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

Der Vergleich der jungen und älteren türkischen Generation in Österreich in Bezug auf alltägliches Gesundheitsverhalten und Lebenszufriedenheit

verfasst von / submitted by

Ümran Önsoy

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Magistra der Philosophie (Mag.^a Phil)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it
appears on the student record sheet:

A 190 313 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears
on the student record sheet:

Lehramtstudium UF Geschichte,
Sozialkunde und Politische Bildung,
UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor

Mag. Dr. Andreas Olbrich-Baumann

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

,Bismillahirrahmanirrahim‘

,Lob sei Allah dem Allgütigen dem Allerbarmer‘

Eidesstattliche Erklärung

ich erkläre hiermit an Eides Staat, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, im Juni 2016

Ümran Önsoy

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie meinen Eltern und Geschwistern, welche mich sehr unterstützt haben, sowohl während des Verfassens meiner Diplomarbeit als auch während meines gesamten Studiums. Ohne die immer wieder notwendigen aufmunternden Worte wäre das Verfassen der Arbeit nicht möglich gewesen.

Ich danke auch vor allem meinem Mann, der sehr viel Toleranz mir gegenüber brachte und bei Schwierigkeiten stets um mein Wohlergehen bemüht war und immer an meiner Seite stand.

Des Weiteren möchte ich mich besonders bei Mag. Dr. Andreas Olbrich-Baumann für die Betreuung sowie für die Unterstützung beim Auswerten der Ergebnisse bedanken.

Ümran Önsoy

Wien, Juni 2016

Abstract

Das Ziel dieser vorliegenden Arbeit ist es, das alltägliche Gesundheitsverhalten und die Lebenszufriedenheit der türkischstämmigen jugendlichen MigrantInnen, welche in Österreich geboren sind und jene Erwachsenen, die aus der Türkei nach Österreich zugewandert sind, zu untersuchen.

Der theoretische Teil dieser Diplomarbeit befasst sich unter anderem mit der Definition der Lebenszufriedenheit bzw. mit dem Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen und erwachsene MigrantInnen aus der Türkei, welche in Österreich leben. Des Weiteren werden mögliche Gründe einer ungesunden Ernährungsweise sowie körperlichen Inaktivität vorgestellt. Dabei wird ein Vergleich zwischen den Österreichern und den Türken in Bezug auf Adipositas und der körperlichen Bewegung im Alltag, erstellt. Zur Erstellung eines Vergleichs wurden die Fragebögen MASPAD, MEIM, und LOT-R herangezogen.

An der Hauptuntersuchung, welche anhand von schriftlichen Fragebögen durchgeführt wurde, beteiligten sich 20 erwachsene MigrantInnen ab 18 Jahren, jeweils 10 Frauen und 10 Männer, und 30 Buben sowie 30 Mädchen ab 15 Jahren.

Im Ergebnis wurde deutlich, dass in Bezug auf Geschlecht und Geburtsort kein signifikanter Unterschied bei der Ernährungsweise beider Versuchsgruppen gibt. Weiteres zeigt sich, dass es keinen Unterschied der gesunden Ernährung zwischen Personen mit erhöhtem und niedrigem BMI gibt.

Ein signifikanter Unterschied ergibt sich, wenn man die Präferenz zur Wahrung der eigenen Kultur zwischen Frauen und Männern beider Versuchsgruppen berücksichtigt. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass Männer eine andere Vorstellung von der türkischen Kultur haben als Frauen. Zusätzlich ergibt sich ein signifikanter Unterschied, in Bezug auf gesunde Ernährung in der kulturellen Präferenz der ethnischen Identität. Personen mit einer hohen ethnischen Identität ernähren sich gesünder als jene die keine bzw. eine geringe ethnische Identität haben.

In this diploma thesis Turkish teenagers born in Austria and Turkish adults were investigated about their daily health behavior and their life satisfaction.

The theoretical part of this research contains some definitions to life satisfaction, to nutrition behavior and to health behavior from teenagers and adults with a Turkish background. Further we propose causes that may lead to an unhealthy nutrition behavior and also to a lack of physical activity. For that we will also contribute a comparison between Austrian and Turkish people in their daily physical activity and the occurrence of obesity.

The questions will be answered primarily based on questionnaires by MASPAD, MEIM and LOT-R, which were filled by 20 adults older than 18 years and by 60 teenagers, the half of them was older than 18 years and the other half was younger than 18 years.

The result of the work shows that, relating to the sex and to the birthplace, there are no significant differences in nutrition in both of the test groups. Furthermore, it resulted that there are no differences in nutrition between the persons with a raised BMI and a low BMI.

It exists a significant difference relating to the sex differences and the cultural differences regarding cultural preferences. Turkish Men have different ideas of culture as women do. In addition, it shows a significant difference relating to the healthy nutrition regarding cultural preference for ethnic identity. The more a person show a high ethnic identity, the more he looks out for his or her healthy nutrition.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	17
2	Kultur	21
2.1	Definition: Kultur.....	21
2.2	Leben zwischen zwei Welten	27
3	Definition und Abgrenzung von Lebenszufriedenheit.....	31
3.1	Abgrenzung von Lebenszufriedenheit	31
3.1.1	Wohlbefinden (=well-being)	31
3.1.2	Glück (=happiness).....	33
3.1.3	Lebensqualität	34
3.1.4	Optimismus.....	35
3.2	Definition von Lebenszufriedenheit.....	37
4	Gesundheit und Ernährung	41
4.1	Gesundheit.....	41
4.2	Ernährung	44
4.2.1	Getränke.....	44
4.2.2	Getreideprodukte und Kartoffel	46
4.2.3	Fleisch	46
4.2.4	Obst und Gemüse.....	47
4.2.5	Süßigkeiten.....	47
4.3	Gesundheits- und Ernährungsverhalten	49
4.3.1	Tabak- und Alkoholkonsum	50
4.3.2	Gesunde Ernährung	52
4.3.3	Körperliche (In-)Aktivität.....	56
5	Mögliche Gründe einer ungesunden Ernährung	59
5.1	Genetische Gründe	59
5.2	Medien	60

5.3	Psychosoziale Gründe	61
5.4	Modelle von Ernährungsverhalten	62
5.5	Obesigene Umwelt (= <i>Obesogenic environments</i>)	64
6	Ernährung und Migration	65
6.1	Adipositas/Fettleibigkeit.....	65
6.2	Alltagsernährung	66
6.3	Bewegung	68
7	Ernährungsberichte-Vergleich: Österreich und Türkei	69
8	Empirische Untersuchung	73
8.1	Forschungsmethode	73
8.1.1	Construction and Validation of the Measurement of Acculturation Strategies for People of African Descent (=MASPAD).....	73
8.1.2	Revised Life Orientation Test (LOT-R).....	77
8.1.3	The Multigroup Ethnic Identity Measure (MEIM)	78
8.1.4	Fragebogen-Ernährung.....	79
8.2	Forschungsfrage	83
8.3	Hypothesen.....	83
8.4	StudienteilnehmerInnen	84
8.5	Studiendurchführung	85
8.6	Auswertung	85
8.7	Auswertung der Hypothesen	86
8.7.1	Allgemeine Ergebnisse	86
8.7.2	Auswertung der Hypothesen.....	89
	Hypothese 1	89
	Hypothese 2.....	92
	Hypothese 3.....	94
	Hypothese 4.....	96
	Hypothese 5.....	98
	Hypothese 6.....	100

Hypothese 7	102
Hypothese 8	103
Hypothese 9	105
9 Diskussion und Zusammenfassung der signifikanten Ergebnisse	107
10 Quellenverzeichnis	113
11 Abbildungsverzeichnis	123
12 Tabellenverzeichnis	124
13 Anhang	127
14 Lebenslauf	137

1 Einleitung

In diesem Zeitalter des Wohlstandes und Überflusses ist das Essen zu einem wichtigen Faktor geworden. Schon seit langem ist bekannt, dass bestimmte Nährstoffe auf den menschlichen Körper Einfluss einüben. Beispielsweise können Omega-3-Fettsäuren ein antidepressives Potential aufweisen oder Folsäure kann unter anderem vor einem kognitiven Abbau im Alter schützen.¹

Allein daran sieht man sehr deutlich, dass Nahrung den Menschen nicht nur körperlich, sondern auch mental beeinflusst. In diesem Jahrhundert sind die häufigsten Zivilisationskrankheiten, wie beispielsweise Übergewicht oder Herz-Kreislaufkrankungen, eine Folge von ungesunder Ernährung. Somit liegen gute Lebensqualität und positiver Einfluss auf körperliche und mentale Gesundheit in den Händen des Menschen selbst und kann die Gesundheit dadurch deutlich verbessern. Außerdem gilt, dass der Körper doppelt so viel einer sportlichen Aktivität ausgesetzt sein muss, wie es Kalorien aufnimmt. Es wird viel mehr gegessen als Bewegung geleistet dabei sollte es umgekehrt erfolgen.²

Wenn man die Zeit der Jäger und Sammler betrachtet, in der der Mensch mehrere Kilometer laufen musste, bis er Nahrung gefunden bzw. gejagt hatte, ist dies heute nicht der Fall, genauer gesagt, wird heute wenig Energie zur ‚Nahrungssuche‘ verschwendet. Menschen bewegen sich immer weniger, aber essen immer mehr.³

Nach dem Österreichischen Ernährungsbericht 2012 legte Statistik Austria anhand von 1002 Probanden nahe, dass 40% der Erwachsenen und 24% der Schulkinder übergewichtig sind. Im Vergleich zum früherem Ernährungsbericht 2008 ist diese Zahl deutlich angestiegen. Dabei stellte sich heraus, dass Österreicher nicht unbedingt viel essen, sondern sich zu wenig bewegen.⁴ Dies ist heute der Ausgangspunkt vieler verschiedener Krankheiten. Nicht nur Bewegung, auch die gesunde Ernährung, ist der einzige Weg den Körper von psychischen sowie physischen Krankheiten zu schützen.⁵

Information über das Ernährungsverhalten einer Bevölkerungsgruppe geben wichtige Auskünfte zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation. Es können nur dann

¹ Vgl. Kiefer/Ekmekcioglu, 2012, S. 9.

² Vgl. Mensink, 2003, S. 3-4.

³ Vgl. Widhalm (Hrsg.), 2009, S. 15.

⁴ Vgl. Statistik Austria, 2012.

⁵ Vgl. Kiefer/Haberzettl/Rieder, 2000, S. 2.

frühzeitige Präventionen aufgestellt werden, wenn die Defizite in der Nährstoffversorgung, Fehlverhalten bei der Lebensmittelauswahl oder Überernährung bekannt sind.⁶

Um türkischen MigrantInnen sowie der türkischen Bevölkerung in Bezug auf die Ernährung und Gesundheit erfassen zu können, bedarf es ein Verständnis über Lebenswelten, Alltagsbedingungen und Freizeitgestaltung in den Herkunfts- und Aufnahmeländern um Rückschlüsse auf gesundheitliche Belastungsfaktoren setzen und Behandlungsziele erfassen zu können.⁷

Aufbau der Arbeit

Meine Arbeit fokussiert sich vor allem auf in Österreich geborene türkischstämmige Jugendliche und zugezogene erwachsene Migranten aus der Türkei. Die Theorie beginnt mit der Analyse der Kultur allgemein und mit dessen Definition und Begriffsbestimmung.

Das nächste große Kapitel widmet sich dem Begriff der Lebenszufriedenheit, dass in der Literatur oft mit gleichbedeutenden Begrifflichkeiten verwendet wird, sich jedoch von diesen unterscheidet. Dieses Kapitel wird mit einer Definition des Begriffs Lebenszufriedenheit und dessen Abgrenzung von ähnlichen Begriffen, abgeschlossen.

Das folgende Kapitel gibt einen detaillierten Einblick in das Thema der Gesundheit und Ernährung. Dabei wird näher darauf eingegangen, welche wichtige Bedeutung, diese beiden zentralen Begriffe im menschlichen Leben haben. Dieser Teil gliedert sich in drei Themen; Gesundheit, Ernährung und Gesundheits- sowie Ernährungsverhalten. Im Ersteren erfolgt eine Begriffsbestimmung der Gesundheit und wird über dessen Relevanz geschrieben. Das Zweite widmet sich der Ernährung, in dem grundlegende Nahrungsmittel und ihre Wirkungen auf den menschlichen Körper beschrieben werden. Im nächsten Teil geht es um das Gesundheits- und Ernährungsverhalten, welches sich in Tabak- und Alkoholkonsum, gesunde Ernährung und körperliche (In-) Aktivität gliedert. Hier wurden, anhand von aktuellen Studien und Statistiken bzw. in Bezug auf Ernährungspyramiden, die Themen überschaubarer gemacht. Darauffolgend werden die möglichen Gründe einer ungesunden Ernährung aufgelistet und beschrieben.

⁶ Vgl. ebd. S. 2.

⁷ Vgl. Halm/Sauer, 2004, S. 547.

Das letzte Kapitel bildet die Ernährung in Bezug auf die Immigranten in Österreich und bildet auch einen Vergleich zwischen Österreich und der Türkei. Zunächst werden die Fettleibigkeit, Alltagsernährung und die körperliche Bewegung in diesen beiden Ländern beschrieben und darauffolgend anhand einer Tabelle die Fettleibigkeit und die körperliche Aktivität in Statistiken aufgelistet.

Im empirischen Teil der Arbeit wird die Untersuchung anhand von Fragebögen erhoben. Hier wird auf die Forschungsmethodik und auf deren Ergebnisse näher eingegangen. Dabei sind bisherige Studien und deren Fragebogendesign zum Teil Grundlage des für die Arbeit erstellten Fragebogens.

2 Kultur

Der deutsche Begriff ‚Kultur‘ ist historisch sehr geprägt, schon im 18. Jahrhundert wurde sie erstmals, zur Ausgrenzung der übrigen Gesellschaft, vom Adel in Verwendung gebracht. Der Begriff wurde bis heute mehrmals neu definiert, aber diente vor allem zur Verdeutlichung einer Gruppenzugehörigkeit.⁸

Da Kultur eine entscheidende Rolle in dieser Arbeit spielen wird, werde ich mich zunächst einer Definition widmen.

2.1 Definition: Kultur

Kultur ist ein oft in Verwendung gebrachter Terminus, der je nach Zusammenhang und Person unterschiedliche Bedeutungen haben kann. Da dieser Begriff von einer Vieldeutigkeit und Variation geprägt ist, besitzt es keine einheitliche, allgemein gültige Definition.⁹

Der Begriff ‚Kultur‘ kommt aus dem lateinischen ‚cultura‘ (=Anbau, Pflege, Ausbildung), welches sich vom Verb ‚colere‘ ableitet und *pflügen*, *bebauen* bedeutet. Dieses Verb beinhaltet die Bedeutung einer Tätigkeit oder Handlung, dass dazu dienen soll, einen Sachverhalt zu verändern. Dieser Sachverhalt soll wiederum die Tätigkeit nicht nur verändern, sondern sie zu etwas Besserem formen. Das lateinische Nomen *cultura* ist nicht gleichbedeutend mit dem heutigen Sprachgebrauch Kultur, denn cultura birgt die Bedeutung ‚Tätigkeit‘ in sich, hingegen Kultur einen Zustand oder Sachverhalt meint. In diesem Fall bezeichnet der Begriff „Kultur“ einen Zustand, der in den Verhaltensweisen von Personen oder von einer Gruppe unverändert bleibt.¹⁰

Nach dem holländischem Sozialwissenschaftler und Kulturpsychologe Geert Hofstede trägt jede individuelle Person bestimmte ‚*Muster des Denkens, Fühlens und potentiellen Handelns, welche er ein Leben lang erlernt hat*‘¹¹. Diese werden besonders

⁸ Vgl. Nick, 2003, S. 119.

⁹ Vgl. Wimmer, 2004, S. 43.

¹⁰ Vgl. ebd. S. 44.

¹¹ Vgl. Hofstede, 1997, S. 2.

in der Kindheit angeworben, denn diese ist die Zeit, in dem der ‚Mensch am empfänglichsten für Lern- und Assimilationsprozesse‘¹² ist.

In seinem Werk ‚*Cultures and Organizations: Software of the mind*‘ bestimmt er das Verhalten des Menschen als ‚mentale Programme‘, dessen Quellen im sozialen Umfeld und in den Lebenserfahrungen liegt. Diese mentalen Programme sind so unterschiedlich wie das soziale Umfeld selbst, in dem jedes einzelne Verhalten erworben wird.¹³ Den Begriff Kultur‘ bestimmt Hofstede als eine typische mentale Software:

*„Culture is always a collective phenomenon, because it is at least partly shared with people who live or lived within the same social environment, which is where it was learned. Culture consists of the unwritten rules of the social game. It is the collective programming of the mind that distinguishes the members of one group or category of people from others.“*¹⁴

Dabei versteht er unter einer Gruppe eine bestimmte Anzahl an Menschen, welche in Kontakt zueinander sind und unter einer Kategorie sind Menschen gemeint, welche etwas Gemeinsames haben, aber nicht unbedingt in Kontakt miteinander stehen müssen.¹⁵

Im heutigen Sprachgebrauch hat die Kultur nicht nur eine beschreibende, sondern auch eine wertende Funktion. Denn wenn von einer ‚kulturell anderen Person‘ gesprochen wird, hat dieser Ausdruck, außer der Andersheit, eine wertende Funktion. Es steht in einem konflikthaften Verhältnis zur ‚Normalität‘ und entspricht diesem nicht.¹⁶ Bei Hofstede ist zu beachten, dass Nationen sehr leicht als Kulturen manifestiert werden, denn so können sich Stereotype und Vorurteile bilden, worauf diese zu gänzlichen Urteilen von Kulturen und Menschen führen können.¹⁷

Nach Hofstede basieren kulturelle Unterschiede auf vier verschiedene Weisen. Eine Kultur beschreibt man nach den folgenden Begriffen: (1) Symbole, (2) Helden, (3) Rituale und (4) Werte, wobei Symbole die schwachen, Werte die stärksten Manifestationen einer Kultur sind und Helden sowie Rituale sich zwischen diesen Genannten befinden. (1) Symbole sind Worte, Gesten, Bilder oder Objekte, welche

¹² Ebd., S. 2.

¹³ Vgl. ebd., S. 3.

¹⁴ Hofstede/Hofstede, 2005, S. 4.

¹⁵ Vgl. Hofstede, 1997, S. 4.

¹⁶ Vgl. Wimmer, 2004, S. 46.

¹⁷ Vgl. Treichel (Hrsg.), 2011, S. 249.

eine Bedeutung für diejenigen haben, die derselben Kultur angehören. (2) Heldenfiguren, haben heute eine höhere Stellung, als sie es früher hatten. Diese können je nachdem lebend oder tot sein, wie Götter und Zeichentrickfiguren. (3) Rituale, beispielsweise Formen des Grüßens, sind kollektive Tätigkeiten, die in einer Kultur als soziale Notwendigkeit gelten. Den Mittelpunkt einer Kultur bilden (4) die Werte, das heißt die Neigung, wie Menschen unter verschiedenen Umständen handeln. Werte sind die ersten Dinge, die ein Kind schon früh, nicht bewusst, sondern implizit lernt. Deshalb sind sie von außen hin schwer wahrzunehmen und es kann nur durch bestimmte Handlungen auf sie geschlossen werden.¹⁸

Bei der Analyse der Aussagen von Menschen über deren Wünsche, ist es von Bedeutung, dass man zwischen dem *Wünschenswerten*, d.h. den Vorstellungen von einer idealen Welt, und dem *Erwünschten*, d.h. den konkreten Wünschen eines Menschen für sich selbst, unterscheidet. Auswertungen der Studien, in dem der Unterschied zwischen dem Wünschenswerten und dem Erwünschten nicht in Betracht gezogen wird, können mit einem Widerspruch enden. In der folgenden empirischen Analyse von Hofstede führten diese beiden genannten, das Wünschenswerte und Erwünschte, zu entgegengesetzten Ergebnissen. Hofstede analysierte in einer Untersuchung, welches zwischen 1967 und 1973 an 117.000 Menschen aus 40 Nationen durchgeführt wurde, Umfragen zu moralischen Einstellungen der Mitarbeiter einer multinationalen Firma (IBM). Die Fragen gaben vor allem Auskunft über die Erfahrungen der Mitarbeiter bei der Arbeit.¹⁹ Dabei sind folgende vier Faktoren relevant:²⁰

- 1) *Machtdistanz*: Der Faktor der Machtdistanz bezieht sich nach Hofstede auf die menschliche Ungleichheit, welches in jeder Kultur vorhanden ist. Diese Ungleichheit manifestiert sich vor allem in den Bereichen Wohlstand, Prestige und Macht.
- 2) *Unsicherheitsvermeidung*: Kulturen, in jenen dieser Faktor existiert, haben einen hohen Wunsch nach Sicherheit und versuchen ihren Arbeitsverlauf deutlich zu formen und vor auszuplanen.
- 3) *Individualismus-Kollektivismus*: Kollektivistische Kulturen, beispielsweise in China oder Pakistan, stellen die Mitglieder die Ziele der sozialen Gruppe (wie Familie, Arbeit, etc.) über ihre persönlichen Ziele. Im Gegenzug dazu, können

¹⁸ Vgl. Hofstede/Hofstede, 2005, S. 6-7.

¹⁹ Vgl. Hofstede, 1997, S. 10-11.

²⁰ Vgl. Hofstede, 2001, S. 79; Vgl. Thomas/Utler, 2013, S. 43-44.

sie davon ausgehen, dass sie von der Gruppe bedingungslose Unterstützung und bedingungslosen Schutz erhalten. Hingegen in individualistischen Kulturen, wie USA oder Großbritannien, sind Unabhängigkeit und Autonomie der Personen eine stärkere Wertschätzung.

- 4) *Maskulinität-Femininität*: Dieser Faktor unterscheidet sich zwischen weiblichen und männlichen Werten. Weibliche Werte umfassen soziale Werte, wie Zusammenarbeit, Fürsorglichkeit und Warmherzigkeit, hingegen männliche Werte vor allem Karriere, Wettbewerb und Verdienst darstellen. Hier geht es um den Ausmaß zwischen zwei Menschen und ob jemand bestrebt ist, möglichst viel zu meistern.

Diese genannten vier Faktoren definieren die Dimensionen der Kulturen.

“A dimension is an aspect of a culture that can be measured relative to other cultures. (...) A dimension groups together a number of phenomena in a society that were empirically found to occur in combination, regardless of whether there seems to be a logical necessity for their going together.”²¹

Der Sozialpsychologe Schwartz weist darauf hin, dass es durchaus möglich sein kann, dass nicht alle Faktoren erfasst sind und somit bei der IBM-Studie, nicht entsprechende Fragen gestellt wurden. Mit dieser Ansicht versuchte Schwartz zunächst, mithilfe statistischer Analysen und theoretischen Ableitungen, die menschlichen Werte zusammenzustellen. Werte sind nach Schwartz Annahmen, welche zu wünschenswerten Verhaltensweisen zuzuordnen sind, die bestimmte Situationen beschreiben und als Anleitung für die Auswahl des angemessenen Verhaltens agieren, sowie nach ihrer Relevanz geordnet sind.²² Im Jahre 1992 postulierte Schwartz eine elf-teilige Taxonomie von Werten:²³

- 1) *Selbstbestimmung*: Dieser Wertetyp leitet sich aus dem Kontrollbedürfnis jeder einzelnen Person ab, denn jede einzelne Person ringt darum, autonom und unabhängig zu handeln. Hier sind die Werte Kreativität, Freiheit, Wahl der eigenen Ziele und Neugier.
- 2) *Stimulation*: Jede Person ist um eine ideale Aktivierung bemüht. Je nach der Konsistenz der Aktivierung, versucht die Person, entweder aus der Situation zu

²¹ Vgl. Hofstede/Hofstede, 2005, S. 23-24.

²² Vgl. Thomas/Utler, 2013, S. 47.

²³ Vgl. Schwartz, 1992, S. 5-12.

entfliehen oder neue Anreize zu verschaffen. Dazu gehören die Werte Aufregung, Neuheit und Herausforderungen im Leben.

- 3) *Hedonismus*: Hierzu gehören die Werte persönliches Vergnügen und sinnliche Befriedigung, denn jede Person ist nach der größtmöglichen Befriedigung bestrebt.
- 4) *Leistung*: Das Individuum setzt sich zum Ziel, außerordentlich gut zu sein und seinen eigenen Erfolg, durch Demonstration von Kompetenz zu zeigen, die sozialen Standards entspricht. Ressourcenerhaltung und soziale Unterstützung sind Voraussetzung für eine sinnvolle Ausführung.
- 5) *Macht*: In einer Kultur sollte der soziale Status unterschiedlich verteilt sein, um eine Kontrolle oder Dominanz über Menschen und Ressourcen zu erlangen. Im Gegenteil hat das Machtstreben keinen Sinn, wenn jeder Alles erreichen kann bzw. wenn Alle gleich sind.
- 6) *Sicherheit*: Dieser Typ setzt sich zum Ziel, Harmonie, Stabilität der Gesellschaft und der Beziehungen, sowie des eigenen Selbst zu erlangen. Dazu gehört die familiäre und nationale Sicherheit.
- 7) *Konformität*: Hier ist es wichtig, die Handlungen, Neigungen und Impulse, die die Gruppenmitglieder der Gruppe bzw. der Kultur verärgern und soziale Erwartungen oder Normen verletzen könnten, zu unterlassen oder einzuschränken.
- 8) *Tradition*: Jede einzelne Kultur hat eine bestimmte Vergangenheit. Bräuche und Ideale, welche von Tradition sowie Religion geformt werden, erfordern Akzeptanz und Respekt. Verhaltensweisen, die sich in Problemsituationen ergeben haben, werden generell von den Gruppenmitgliedern anerkannt.
- 9) *Spiritualität*: Phänomene, die zunächst bedeutungslos erscheinen, sollten mit der Spiritualität erklärt werden. Abhängig von der Kultur, sind die Werte in diesem Typus unterschiedlich, beispielsweise ist in westlichen Religionen die Frage nach der Existenz eines Gottes grundlegender, als in den östlichen Religionen.
- 10) *Wohlvollen*: Das Wohlergehen, die Erhaltung, Loyalität und die Nächstenliebe der Mitmenschen sowie gegenüber der eigenen Gruppe bzw. Kultur, ist das Ziel dieses Typs.

11) *Universalismus*: Hierbei geht es um die Toleranz und dem Schutz des Wohlergehens aller Menschen und Lebewesen. Kollektivistische Kulturen besitzen nur wenige Werte dieses Typus, jedoch ist für individualistische Kulturen dieser Wert sehr bedeutend.

Die folgende graphische Darstellung macht die Wertetypen nach Schwartz übersichtlicher:²⁴

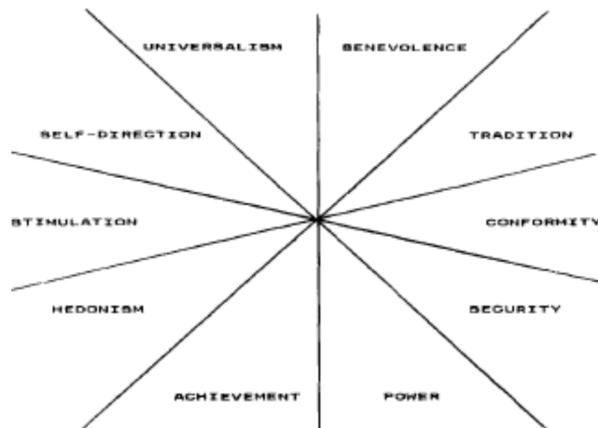


Abbildung 1: Die theoretischen Wertetypen nach Schwartz

In der Abbildung 1. ist der Wert Spiritualität nicht gegeben. Nach Schwartz ist die eigentliche Position der Spiritualität zwischen den Werten Tradition (Abbildung 1. Tradition) und Wohlwollen (Abbildung 1 Benevolence), aber die Position zwischen Wohlwollen und Universalismus (Abbildung 1 Universalism) ist ebenfalls eine Möglichkeit. Tatsache ist, dass diese genannten drei Einzelwerte unterschiedliche Konzepte der Spiritualität enthalten, daher liegt die Definition der Spiritualität sehr nahe an der Definition von einem der drei Wertetypen.²⁵

Im Vergleich zu Schwartz und Hofstede, liegt der Fokus des niederländischen Wissenschaftlers Alfons Trompenaars, nicht nur auf der Erforschung von Kulturdimensionen, sondern er zielt auf die Vermarktung seines eigenen Konzeptes ab. Er erarbeitete sieben Kulturdimensionen, fünf davon, die aus den Arbeiten des Soziologen Talcott Parsons stammen, legen die Beziehungen zu Menschen dar. Die anderen zwei Ergänzungen, welche Trompenaars Kulturdimensionskonzept vervollständigen, beschreiben den *menschlichen Umgang mit Zeit* und *menschliches Verhältnis zur Natur*. Im Vordergrund dieses Konzepts steht dessen praktische

²⁴ Ebd. S. 14.

²⁵ Vgl. ebd. S. 15.

Anwendbarkeit im Trainings- und Arbeitsbereich. Die sieben Dimensionen mit den verbundenen Kernfragen sind wie folgt gegliedert:²⁶

Universalismus vs. Partikularismus: Was ist wichtiger- Regeln oder Beziehungen?

Neutralität vs. Emotionalität: Versuchen wir uns möglichst neutral zu verhalten oder ist es erlaubt Emotionen zu zeigen?

Individualismus vs. Kollektivismus: Sind wir Teil einer Gruppe oder funktionieren wir als Individuum?

Spezifisch vs. Diffus: Was steht im zwischenmenschlichen Kontakt im Mittelpunkt- die Sache oder die Beziehung?

Leistung vs. Herkunft: Werden wir danach beurteilt, was wir geleistet haben oder nach unserem Status?

Im Mittelpunkt dieser Theorie steht die praktische Anwendung im Trainings- und Arbeitsbereich. Hingegen ist der Ansatz von Schwartz im Bereich der Kulturdimensionen eine von den methodisch besten, doch dessen Komplexität erschwert die Anwendbarkeit seines Konzeptes.²⁷

2.2 Leben zwischen zwei Welten

Eine Migration stellt die betroffenen Personen vor unterschiedlichen Herausforderungen, außer der Arbeitsmigration oder dem Spracherwerb, müssen sie auch soziale Kontakte in einem fremden Lebensumfeld aufbauen können.

Abgesehen davon ergeben sich, im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, die Lebensbedingungen zahlreicher Personen allgemein mit Migrationshintergrund nachteiliger. Es gibt nach wie vor Unterschiede zwischen der einheimischen und der zugewanderten Bevölkerung. Das Bildungsniveau der Personen mit türkischem Migrationshintergrund ist nach Statistik Austria niedriger als das der Personen ohne Migrationshintergrund, sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und verfügen über ein geringeres Einkommen.²⁸

²⁶ Vgl. Trompenaars/ Hampden-Turner, 2008, S. 25.

²⁷ Vgl. ebd. S. 26.

²⁸ Vgl. Statistik Austria, 2015a, S. 36-37.

Ob die Integration der Migranten Erfolg hat oder gar scheitert, ist vor allem von den Rahmenbedingungen, welche die jeweilige Gesellschaft bietet, abhängig. Der Autor Siebel nennt unterschiedliche gesellschaftliche Voraussetzungen, damit Integration überhaupt gelingen kann. Die zentralen Faktoren dabei sind die Zeit, aufnahmefähige Wohnungs- sowie Arbeitsplätze und eine sozialstaatliche Absicherung.²⁹

Nun gibt es auch zahlreiche Studien zur türkischen Kultur in dem diese, vorher genannten Aspekte, wie Spracherwerb, Arbeitsmigration und soziale Kontakte, hervorgehoben werden. Die Diplom-Politologin Theda Borde untersuchte 2002 Patientinnen unterschiedlicher Ethnizität und vergleicht in ihrer Studie 262 türkischsprachige und 320 deutsche Patientinnen einer gynäkologischen Klinik in Berlin. Während Patientinnen türkischer und deutscher Herkunft ähnlich hohe Ansprüche an einer guten Versorgung teilhaben, werden die Erwartungen an ausreichender Information und einer umfassenden Betreuung im Krankenhaus für Immigranten, nur mangelhaft erfüllt. Die Angaben der türkischen Patientinnen gaben Auskunft darauf, dass Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit von den Mitarbeitern des Krankenhauses deutlich wahrgenommen worden sind. Dies bezeugten Aussagen wie *„Man wird schlechter behandelt, wenn man kein Deutsch kann“*³⁰ Hier wird deutlich, dass die Sprache einen wichtigen Faktor darstellt.

Nach einer Untersuchung über die Lebenszufriedenheit der türkischen Mütter in Deutschland, wurde folgendes Ergebnis erreicht; die Mütter, die in Deutschland zur Schule gegangen sind, hatten eine höhere Lebenszufriedenheit, als Mütter, die in der Türkei zur Schule gegangen sind. Das bedeutet, je länger die Mütter in Deutschland zur Schule gingen, desto höher war ihre Lebenszufriedenheit. Außerdem ergab sich daraus auch, dass diejenigen Mütter, welche einen deutschen Pass hatten, zufriedener mit ihrem Leben als türkischstämmige Mütter waren, welche keine deutsche Staatsbürgerschaft besaßen. Daraus kann man schließen, dass die Zahl der Bildungsjahre in Deutschland, auch die Lebenszufriedenheit, in Bezug auf die geringere Zukunftserwartung in der Türkei, beeinflusst.³¹

Die Stiftung der Türkeistudien befragte im Zeitraum 1999-2003 in jährlichem Abstand 1000 männliche- und weibliche-erwachsene Migranten aus der Türkei in Nordrhein-Westfalen in Deutschland, in Bezug auf ihre Lebensumstände. Die Ergebnisse zeigten, dass der Wunsch nach Kontakten zu Deutschen ausgeprägt ist und Isolation

²⁹ Vgl. Siebel, 1997, S. 40.

³⁰ Borde, 2002, S. 314.

³¹ Vgl. Jäkel/Leyendecker, 2008, S. 18.

nicht immer dem Bedürfnis der Migranten entspricht, sondern sich auch aus Mangel an Gelegenheiten oder aufgrund von Ablehnung ergibt.³²

Eine andere empirische Studie wurde 2011 in Bezug auf *Roots-Migration* durchgeführt. Roots-Migration bedeutet die Form der Migration, bei der MigrantInnen der zweiten Generation in das Heimatland ihrer Eltern migrieren bzw. zurückkehren. Den Ergebnissen nach sehen 41% der türkischstämmigen Studierenden und AkademikerInnen in Wien die Türkei, hingegen 26% der TeilnehmerInnen Österreich als ihr Heimatland und ein Drittel gibt sowohl die Türkei, als auch Österreich als ihr Heimatland an. Jedoch haben 51% der Befragten vor, in die Türkei auszuwandern und 49% wollen in Österreich bleiben. Diese hohe Bereitschaft zur Abwanderung kann eher auf die Unzufriedenheit der Befragten zurückgeführt werden und weniger als ein wirkliches Vorhaben. Die zentralen Gründe für eine Roots-Migration wurde anhand der Befragten nach der Reihenfolge wie folgt zusammengestellt: die Verschlechterung des politischen Klimas gegenüber MigrantInnen in Österreich, bessere berufliche Perspektiven in der Türkei, Benachteiligung aufgrund der Herkunft und ein fehlendes Heimatgefühl in Österreich.³³

In einer anderen Untersuchung von der Sozialpädagogin Sandra Zettler, über soziale Beziehungen und Unterstützungsleistungen von türkeistämmigen Personen in Graz, gibt sie anhand von Interviews Auskunft darüber, dass die befragten Personen in einem intensiven Kontakt zu ihren Bezugspersonen sind. Außerdem sehen sie, in Bezug auf einem intensiveren Kontakt zu ÖsterreicherInnen die Option, Vorurteile abzubauen und die deutschen Sprachkenntnisse zu verbessern.³⁴

Ein türkisches Sprichwort meint; „*İnsanın vatani doğduğu yer değil, doyduğu yerdir.*“ Übersetzt bedeutet dies: „*Heimat ist nicht da, wo man geboren ist, sondern da, wo man satt wird.*“ In diesem Zusammenhang ist das Satt-werden eng verbunden mit der Zufriedenheit auf materielle Bedürfnisse und vor allem auch in Bezug auf sozialer Belange.³⁵

Nach Statistik Austria stellen Menschen mit türkischer Herkunft 2015 in Österreich, nach Deutschland, die zweitgrößte Gruppe von ZuwandererInnen dar³⁶ und gelten als jene Migrationsgruppe, welche am stärksten von migrationstypischen Problemen betroffen ist. Demnach gelten sie oft als sozial isoliert und integrationsunwillig. Das

³² Vgl. Halm/Sauer, 2004, S. 548-549.

³³ Vgl. Kirilova/Kilic, 2013, S. 3.

³⁴ Vgl. Zettler, 2015, S. 3-4.

³⁵ Vgl. ebd. 5-6.

³⁶ Vgl. Statistik Austria, 2015b, S.1.

kann auf unterschiedliche Faktoren, wie Desinteresse oder ein mangelndes Verständnis für andere Lebensweisen zurückgeführt werden.³⁷

³⁷ Vgl. Zettler, 2015, S. 7.

3 Definition und Abgrenzung von Lebenszufriedenheit

Es kommt bei jedem einzelnen Menschen darauf an, ob er eine Situation als belastend oder als Krise empfindet. Ein allgemeines Sprichwort meint: „*Des einen Freud‘ ist des anderen Leid*“ oder „*Des einen Glück ist des anderen Leid*“, damit ist gemeint, dass was den einen völlig zufrieden stellt, kann für den anderen absolut unzufrieden stellend sein. Nach Seligman verspricht eine große Anzahl an Ratgebern ein glücklicheres Leben, doch diese entsprechen zum großen Teil nicht dem wissenschaftlichen Standard.³⁸ In vielen Schriften wurde das *subjektive Wohlfühlen* und das *Glücklichsein* gleichbedeutend verwendet oder Glücklichsein als Lebenszufriedenheit definiert. Nach Easterlin sind die Begriffe *happiness, subjective well-being, satisfaction, utility, well-being* und *welfare* gleichbedeutend bzw. miteinander kombinierbar.³⁹

3.1 Abgrenzung von Lebenszufriedenheit

In diesem Abschnitt folgen Definitionen positiver Zustände, welche oft mit dem Begriff Lebenszufriedenheit gleichbedeutend verwendet werden, sich jedoch von diesem unterscheiden. Danach folgt eine Definition von Lebenszufriedenheit, um diese von den anderen Begriffen abzugrenzen.

3.1.1 Wohlbefinden (=well-being)

Der Begriff Wohlbefinden ist auf das Adverb ‚wohl‘ zurückzuführen und stammt vom althochdeutschen *wela* ab. Das Adverb ‚wohl‘ steht mit folgenden Begriffen in Verbindung: „*Gut, zweckmäßig, richtig, genau, geziemend, günstig, erfolgreich, glücklich, gesund, angenehm, schön, reichlich, ausreichend.*“⁴⁰ Synonym zum Begriff Wohlbefinden werden andere Begriffe, wie beispielsweise die Lebenszufriedenheit, Glück, positive Lebenshaltung, sowie adaptives Verhalten verwendet.⁴¹

³⁸ Vgl. Seligman, 2002, S. 6.

³⁹ Vgl. Easterlin, 2001, S. 465.

⁴⁰ Pfeifer, 1989, S. 1987.

⁴¹ Vgl. Coester, 2004, S. 19-20.

Das multidimensionale Modell des Wohlbefindens nach Perrig-Chiello teilt das allgemeine Wohlbefinden in drei Komponenten auf, in das physische, psychische und soziale Wohlbefinden. Psychisches und Physisches kann auch als subjektives Wohlbefinden verstanden werden. Die primäre Stufe des allgemeinen Wohlbefindens ist der Körper, welcher das Bedürfnis nach Sättigung, Wärme und Schmerzfreiheit beinhaltet. Die mittlere Stufe macht das psychische Wohlbefinden aus und bildet das Bedürfnis nach Geborgenheit und Zufriedenheit. In der höchsten Stufe befindet sich das soziale Wohlbefinden, das heißt, das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Partizipation. Diese drei Stufen sind in Wechselwirkung zueinander. Außerdem ist in Abhängigkeit vom Entwicklungsstadium eines Individuums, die eine oder andere Ebene stärker und schwächer ausgeprägt und hat eine bestimmte Bedeutung für unser allgemeines Wohlbefinden.⁴²

Beim subjektiven Wohlbefinden handelt es sich um subjektive Empfindungen und Einschätzungen einer Person. Das bedeutet, dass objektive Indikatoren der Lebensqualität, wie die Gesundheit oder die Kriminalitätsrate des Wohnumfeldes einer Person, nicht genau bestimmen können, wie zufrieden oder glücklich diese Person ist, weil die Erfahrungen oder Erwartungen interindividuell sehr differenziert bewertet werden.⁴³

Das Konzept des Wohlbefindens lässt sich daher sehr schwer von der Lebensqualität abgrenzen. Mayring unterscheidet folgende vier Faktoren des subjektiven Wohlbefindens:⁴⁴

- Die Freiheit von subjektiven Belastungen, das heißt Unbeschwertheit und Offenheit für Neues
- Freude als emotionaler und kurzfristiger Faktor, welche mit vorhandenen Situationen gebunden ist
- Glück als positiver und langfristiger Faktor, der aus der Freude hinausgeht und mehr als generelles Lebensgefühl verstanden werden sollte
- Zufriedenheit als kognitiver Faktor, herausbildend aus dem Vergleich zwischen Zielen und Realitäten.

⁴² Vgl. Perrig-Chiello, 1997, S. 20-22.

⁴³ Vgl. Lischetzke/Eid, 2005, S. 413.

⁴⁴ Vgl. Mayring, 1991, S. 69-75.

Zudem wird unter dem Begriff des Wohlbefindens Bewertungen des eigenen Lebens und der Zusammenhang von angenehmen und unangenehmen physischen, sowie psychischen Empfindungen subsummiert.⁴⁵

3.1.2 Glück (=happiness)

Der Begriff ‚Glück‘ wird auf unterschiedliche Weise verwendet. Im Englischen trennt man zwischen Zufallsglück (=luck) und Lebensglück (=happiness). Die Existenz des Unbehagens bedeutet Unglück, die Beseitigung des Unbehagens bedeutet Glück. Glück repräsentiert die größte Freude eines Menschen und umgekehrt bedeutet Unglück der größte Schmerz. Die Forschung über Lebensglück ist eine sehr alte Forschungsdisziplin. Schon Aristoteles beschäftigte sich mit der Definition des Lebensglücks und sah eine konkrete, universelle Definition als problematisch an. Denn Glück ist bei jedem Menschen individuell verschieden und kann sich je nach Lebensbedingungen unterscheiden. Auch bei Locke stellt die Suche nach einer allgemeingültigen Definition als vergeblich und sinnlos dar.⁴⁶

Der Begründer der Positiven Psychologie Martin E. P. Seligman beschreibt Wohlbefinden und Glück als die zentralen Begriffe in der Positiven Psychologie, eine Wissenschaft, die versucht positive und negative Emotionen zu verstehen. Seligman gliedert die positiven Emotionen in drei Gruppen ein. Emotionen in Verbindung mit der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Zufriedenheit, Stolz und Gelassenheit sind Emotionen in Bezug auf die Vergangenheit, zukunftsorientierte Emotionen sind Hoffnung, Vertrauen und Glauben. Emotionen teilen sich in Bezug auf die Gegenwart wiederum in zwei Kategorien, nämlich Genüsse (=pleasures) und Belohnungen (=gratifications). Die körperlichen Genüsse sind positive Emotionen, die sich in der Gegenwart abspielen, beispielsweise tragen das Tanzen, die Komödien, Lachtherapien oder harmonische Musik dazu bei, dass wir besser gelaunt sind.⁴⁷ Zudem ist Glück als Trait, sowie als State-Komponente zu verstehen, das bedeutet, dass es eine gewohnheitsmäßige Erscheinung und zugleich auch ein Kennzeichen für momentane, emotional-intensive Erlebnisse gibt. Es manifestiert sich beispielsweise

⁴⁵ Vgl. Lischetzke/Eid, 2005, S. 413.

⁴⁶ Vgl. Rembold, 2007, S. 48, 132.

⁴⁷ Vgl. Seligman, 2005, S. 136-138.

durch eine extreme positive emotionale Stimmung, wie ein gesteigertes Selbstwertgefühl.⁴⁸

Ziel der positiven Psychologie besteht nicht aus dem Erreichen des momentanen subjektiven Wohlbefindens und des Lebensglücks, sondern ferner aus dem Bewusstwerden der Authentizität des eigenen Lebens.⁴⁹

3.1.3 Lebensqualität

Mit dem Konzept der Lebensqualität beschäftigen sich die Soziologie, die Medizin und die Psychologie. Besonders in Verbindung mit andauernden Erkrankungen und Behinderungen werden meist Fragen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität thematisiert.⁵⁰ Die Soziologie beschäftigt sich mit den Ursachen der Unterschiede von ‚Subjective Well-Being‘ (SBW), welche auf genaue unterschiedliche Lebensbedingungen von Gruppen, sozialen Schichten und Nationen zurückgeführt werden. Hingegen beschäftigt sich die Psychologie mit den Ursachen der individuellen Unterschiede von SWB und untersucht beispielsweise Faktoren, wie Extraversion, individueller Erfolg oder frühkindliche Sozialisation. International wird die Forschung, über die allgemeine Lebensqualität, als ‚Quality of Life‘ (QOL) verstanden, indem die subjektive Dimension der Lebensqualität im Mittelpunkt steht, dazu gehören ‚Subjective Well Being Approach‘ (SWB), die Zufriedenheitsforschung sowie die Glücksforschung.⁵¹ Die QOL-Forschung ist eine Arbeitsgruppe des WHO (World Health Organization). In der folgenden Definition der QOL-Forschungsgruppe werden die Lebenssituation, sowie die kulturellen Besonderheiten der betroffenen Individuen in den Fokus gestellt:

„WHO defines Quality of Life as individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the persons' physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment.“⁵²

Hier wird unterstrichen, dass sich die Lebensqualität zwischen Personen in ihren entsprechenden Dimensionen unterscheidet. Die Definition des WHO ist eine von

⁴⁸ Vgl. Mayring, 1991, S. 87-89.

⁴⁹ Vgl. Seligman, 2005, S. 138.

⁵⁰ Vgl. Schumacher/Klaiberg/Brähler, 2003, S. 9, 11.

⁵¹ Vgl. Schulz, 2008, S. 121-122.

⁵² WHOQOL, 1997, S. 1.

vielen Definitionen der Lebensqualität. Doch die meisten beschreiben Lebensqualität als eine Mischung aus objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden. Zum Ersteren gehören Ressourcen wie Einkommen, Gesundheit, Zugang zu Bildung sowie Freiheit und dabei, aus diesen genannten Ressourcen den eigenen Stil unabhängig wählen zu können. Hingegen beschreibt das subjektive Wohlbefinden die Wahrnehmung und Bewertungen, welche Individuen in Bezug auf ihr eigenes Leben vornehmen.⁵³

Außerdem wird die Lebensqualität als eine Größe bestimmt, welche zwischen Personen unterschieden werden muss, da sie sich von Person zu Person in ihren bestimmten Dimensionen unterscheiden. Somit ist Lebensqualität nur intraindividuell beschreibbar. Auch wenn nun keine allgemein gültige Definition des Begriffs gibt und die Abgrenzung zu den verwandten Begriffen *Wohlbefinden* und *Glück* als schwierig erweist, ist eine operationale Definition gegeben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität beinhaltet aus der subjektiven Sicht des Menschen körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Bestandteile des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit.⁵⁴

Um es kompakt zusammenzufassen geht es in der Lebensqualitätsforschung darum, unter welchen Lebensbedingungen Menschen besser oder schlechter leben, um für mögliche Interventionen Maßnahmen setzen zu können.⁵⁵

3.1.4 Optimismus

Unter Optimismus wird „eine positive Erwartung im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen verstanden“.⁵⁶ Im Duden-Wörterbuch wird der Begriff als eine „Lebensauffassung, die alles von der besten Seite betrachtet“ definiert und mit den Begriffen „Hoffnung, Lebensbejahung, Lebensmut, Zuversichtlichkeit“⁵⁷ in Verbindung gebracht. Ein chinesisches Sprichwort lautet: „Der Pessimist sieht in jeder Chance eine Bedrohung. Der Optimist in jeder Bedrohung eine Chance.“ Optimismus wird als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal definiert und beschreibt eher die allgemeine Erwartung eines positiven Ergebnisses, als es situationsbezogen ist. Durch den Life-Orientation-Test von Marshall et al. konnte herausgefunden werden, dass Optimismus

⁵³ Vgl. Schulz, 2008, S. 124-125.

⁵⁴ Vgl. Schumacher/Klaiberg/Brähler, 2003, S. 10-11.

⁵⁵ Vgl. ebd. S.12.

⁵⁶ Renner/Weber, 2005, S. 446.

⁵⁷ Duden, 1985, S. 476.

und Pessimismus deutlich voneinander abgegrenzt sind, dennoch miteinander in Verbindung stehen.⁵⁸

Pessimismus liegt dann vor, sobald Personen von einem schlechten Ergebnis ihrer Zukunft ausgehen. Diese Einstellung beeinflusst das ganze Leben der Person, da es sich mit Problemen und Feindlichkeiten beschäftigt. Zwischen der physischen Gesundheit und der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben bzw. im Allgemeinen gibt es eine positive Verbindung. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Lebenserwartung aus, somit leben optimistische Menschen länger als pessimistische. Dies bestätigen auch zahlreiche Untersuchungen zum Optimismus, beispielweise verspüren optimistische Menschen vor und nach jeglichen Operationen weniger Stress. Der Grund dieses Verhaltens liegt wahrscheinlich daran, dass keine negative Prognose erwartet wird, und wenn dem so sein sollte, glauben optimistische Menschen an den positiven Ausgang ihrer Krankheit.⁵⁹ „(...) *Optimism is beneficial for physical and psychological well-being. (...) optimistic persons adjust more favorably to important life transitions than do persons who are more pessimistic in outlook.*“⁶⁰ Jedoch heißt dies nicht, dass Pessimismus nur negativ zu bewerten ist. In einer Untersuchung wurde herausgefunden, dass pessimistische Studenten, welche eine schlechte Leistung erbracht haben, bessere Ideen zur Bewältigung aufweisen als optimistische Studenten. Man kann davon ausgehen, dass ältere, im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen, mehr negative Lebensereignisse, wie der Tod eines nahen Verwandten, erleben. In solcher Situation kann Optimismus nicht als eine motivationale Option für Handlungsänderungen verwendet werden, jedoch den empfundenen Verlust stärken. Nun, wenn in einem negativen Ereignis alternative Verhaltensmöglichkeiten vorhanden sind, dann werden diese von Optimisten eher, als von Pessimisten in passender Weise genutzt. Schlussendlich ist es situationsabhängig, welchen Nutzen sowohl Optimismus als auch Pessimismus für die psychische und physische Gesundheit hat.⁶¹

⁵⁸ Vgl. Lübke, 2016, S. 138-139.

⁵⁹ Vgl. ebd., S. 142-143; Vgl. Renner/Weber, 2005, S. 451.

⁶⁰ Scheier (u.a.), 1994, S. 1063.

⁶¹ Vgl. Renner/Weber, 2005, S. 452.

3.2 Definition von Lebenszufriedenheit

Nun nach den bisherigen Auffassungen positiver Zustände, kann der Begriff Lebenszufriedenheit definiert und beschrieben werden.

Seit den 70er Jahren spielt die Lebenszufriedenheit eine zentrale Rolle in ‚Quality-of-Life-Surveys‘, welche in vielen Entwicklungsländern durchgeführt werden. Nun bezieht sich die Lebenszufriedenheit auf einen kognitiven Bewertungsprozess des persönlichen Lebens.⁶² Shin und Johnson weisen darauf hin, dass dieser Bewertungsprozess bewusst erfolgt und dass Personen ihre eigenen Bewertungskriterien bestimmen: *“a global assessment of a person’s quality of life according to his chose criteria.”*⁶³

Nach Campbell ist die Zufriedenheit nicht gleichzusetzen wie *happiness*: *“One of the basic facts that research on feelings of well-being taught us is that being satisfied is not quite the same as being happy”*⁶⁴. Argyle definiert Zufriedenheit wie folgt: *“(…) satisfaction is one of the main components of happiness. Joy is the emotional part, satisfaction is the cognitive part- a reflective appraisal, a judgement, of how well things are going, and have been going.”*⁶⁵

Diener und seine Mitarbeiter sehen eine Auflistung der Lebenszufriedenheit in folgenden Komponenten, welche von der *Satisfaction with Life Scale* abgeleitet werden:⁶⁶

- Wunsch, das Leben zu verändern (*desire to change life*)
- Zufriedenheit mit dem momentanen Leben (*satisfaction with current life*)
- Zufriedenheit mit der Vergangenheit (*satisfaction with the past*)
- Zufriedenheit mit der Zukunft (*satisfaction with the future*)
- Wie sehen wichtige Bezugspersonen mein Leben (*significant other’s views of one’s life*)

Zufriedenheit kann entweder in *‘life as a whole’* oder in spezielle Domänen, wie Arbeit, Ehe oder Gesundheit, unterteilt werden. Nach Argyle kann die Zufriedenheit auch eine

⁶² Vgl. Diener (u.a.), 1985, S. 71.

⁶³ Shin/Johnson, 1978, S. 478.

⁶⁴ Campbell, 1981, S. 31.

⁶⁵ Argyle, 2001, S. 39.

⁶⁶ Vgl. Diener (u.a.), 1985, S. 71-74;
Vgl. Diener (u.a.), 1999, S. 277.

Illusion sein, indem Menschen sich gegenseitig darüber vortäuschen, wie zufrieden sie sind. Somit ist es möglich, die Zufriedenheit einer Person zu stärken, indem die Sichtweise geändert wird, beispielsweise durch eine Therapie. Es gibt die allgemeine Lebenszufriedenheit, welches sich auf das ganze Leben bezieht und die Bereichszufriedenheiten, die sich auf einzelne Bereiche des Lebens beziehen. Diese Bereiche sind nicht ganz festgelegt, viele Studien untersuchen einzelne Bereiche, beispielsweise die Studie von Hall im Jahre 1976, zur Frage, was die wichtigste Quelle der Zufriedenheit ist:⁶⁷

- Familie und Hausleben
- Geld und Preis
- Lebensstandard
- Soziale Werte und Standards
- Soziale Beziehungen
- Unterkunft
- Gesundheit
- Arbeit

Lebenszufriedenheit besitzt eine bestimmte Stabilität, um auf längere Zeiträume zu existieren, dennoch unterschiedlich agieren, um sich mit Situationen und deren Interaktion mit einzelnen Reaktionen zu beeinflussen. Diese Ansicht wird dennoch diskutiert und hat noch keinen festen Standpunkt in der Forschung.⁶⁸

Der Sozialpsychologe Norman Bradburn zeigte, dass Wohlbefinden doch kein eindimensionales Konstrukt ist: *„A person’s position on the dimension of psychological well-being is seen as a resultant of the individual’s position on two independent dimensions- one of positive affect and the other of negative affect.”*⁶⁹ Hierbei erfährt man, dass das Wohlbefinden zwei Dimensionen hat, nämlich den positiven und negativen Affekt, für diese Bradburn zwei Skalen aufbaute; *Positive Affect Scale (PAS)* und *Negative Affect Scale (NAS)*.⁷⁰

Nach Diener ist die Verbindung zwischen dem positiven und dem negativen Affekt von der Zeiteinheit abhängig. Demnach befinden sich positive und negative affektive Zustände, die kurz andauern, in einer Dimension. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass

⁶⁷ Vgl. Argyle, 2001, S. 39-41.

⁶⁸ Vgl. Dette, 2005, S. 38.

⁶⁹ Bradburn, 1969, S. 9.

⁷⁰ Vgl. ebd., S. 9.

sich diese gleichzeitig in einer Person ereignen, das heißt beispielsweise, die Schwierigkeit, zeitgleich froh und wütend zu sein.⁷¹

Morton Beiser untersuchte diese beiden Komponenten von Wohlbefinden und stellte eine Faktorenanalyse auf. Doch er kam, abgesehen von den üblichen zwei Faktoren, positiver und negativer Affekt, zu einem dritten Faktor, den er Langzeitzufriedenheit (=long-term satisfaction) nannte. Dabei wies Beiser mit seiner Untersuchung darauf hin, dass zwischen kurzfristigen und langfristigen Komponenten des Wohlbefindens zu unterscheiden ist. Positive und negative Affekte sind zeitlich begrenzte Zustände, daher werden sie als kurzfristig angenommen und können variieren.⁷²

Zufriedenheitseinschätzungen sind stabiler und geringer von kurzfristigen Veränderungen und zeitbegrenzten Zuständen beeinflusst, das heißt von den Ursachen in der Person. Die Lebenszufriedenheit kann durch äußere Umstände beeinflusst werden, beispielweise wirkt sich die Arbeitslosigkeit negativ, aber Heirat positiv auf die Lebenszufriedenheit aus. Es ist aber schwer möglich die Lebenszufriedenheit auf Dauer zu verändern. Dennoch ergab sich nach Untersuchungen, dass negative Ereignisse eher zu einer dauernden Änderung der Lebenszufriedenheit führen, doch dass sich mit der Verbesserung einer Situation, die Ansprüche erhöhen und nach weniger Zeit die bessere Situation nicht mehr zu einer Zufriedenheit führt, ist zu beachten.⁷³

Auch die Frage, ob die Lebenszufriedenheit ein affektiver Zustand (=state) oder eher eine Persönlichkeitseigenschaft (=trait) ist, wird nach wie vor diskutiert. Dabei wird angenommen, dass Traits situationsgebunden sind und über äußere Faktoren kaum zu beeinflussen sind, hingegen die gegensätzlichen Attribute werden States genannt. Lebenszufriedenheit bezieht sich auf einen längeren Zeitraum, sie kann vergangene Ereignisse und Erwartungen für die nahe Zukunft miteinbeziehen, das heißt sie ist über die Zeit hinweg stabil, dennoch veränderlich. Aber nicht ganz veränderlich wie ein affektiver Zustand (=state), ist aber auch nicht als stabil wie eine Persönlichkeitseigenschaft (=trait) zu bezeichnen.⁷⁴

⁷¹ Vgl. Diener (u.a.), 1985, S. 71-74.

⁷² Vgl. Beiser, 1974, S. 321-323.

⁷³ Vgl. Dette, 2005, S. 39-40.

⁷⁴ Vgl. ebd. S. 38-41.

4 Gesundheit und Ernährung

Die Gesundheit ist für jedes Individuum ein wichtiges Gut. Manchmal sind Menschen ihre Gesundheit eher weniger wichtig. Die Bedeutung der Gesundheit kommt manchmal dann ins Spiel, wenn man krank wird. Die Gesundheit sowie die Ernährung sind ständig in Relation bzw. in Abwechslung zueinander.⁷⁵

Aufgrund der vielen Aspekte der Gesundheit und Ernährung, gestaltet sich, wie andere Begrifflichkeiten, eine wissenschaftlich anerkannte und einheitliche Definition als schwierig, jedoch gibt es Definitionsversuche und Leitvorstellungen. Im nächsten Teil der Arbeit wird, versucht Gesundheit und Ernährung zu definieren, indem unterschiedliche Auffassungen gegenübergestellt und in Folge darauf das Gesundheitsverhalten bzw. Ernährungsverhalten näher beschrieben werden.

4.1 Gesundheit

Die Gesundheitspsychologie ist eng verwandt mit anderen Disziplinen, beispielsweise der Verhaltensmedizin, welche ein interdisziplinäres Gebiet darstellt, oder auch mit den Nachbardisziplinen der Psychologie wie der klinischen Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und Verhaltensabweichungen beschäftigt. Die Gesundheitspsychologie ist eine junge Disziplin, die sich mit dem Erleben und Verhalten des Menschen, in Verbindung mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt. Hierbei spielen vor allem riskante und vorbeugende Verhaltensweisen, psychische und soziale Einflussfaktoren und zugleich deren Wirkungen auf physische Erkrankungen und Behinderungen eine wichtige Rolle.⁷⁶

„Die Gesundheitspsychologie hat – als eine relativ junge Wissenschaft- das Ziel, Erleben und Verhalten von Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit zu beschreiben, zu erklären und zu optimieren. Die Gesundheitspsychologie ist eine empirisch orientierte Wissenschaft, die Theorien und Modelle überprüft und

⁷⁵ Vgl. Kiefer/Haberzettl/Rieder, 2000, S. 2.

⁷⁶ Vgl. Renneberg/Hammelstein, 2006, S. 3-4.

*weiterentwickelt, um gesichertes Wissen über effektive Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erhalten.*⁷⁷

Im Nachfolgenden sollen einige Bestimmungen an dem Begriff vorgenommen werden.

Gesundheit ist nicht als ein einheitlicher Begriff zu verstehen, denn die Begriffsbestimmung variiert zwischen den unterschiedlichen Zugangsparadigmen. Im alltäglichen Gebrauch konzentriert man sich eher auf die Abwesenheit von Krankheit, dabei glaubt man, dass Gesundheit nur dann vorhanden ist, wenn keine Schädigung der körperlichen Funktionsfähigkeit gegeben ist. Doch nach der Gesundheitsdefinition des WHO, das 1946 definiert wurde, gilt: *„Health is a state of complete physical, mental an social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*⁷⁸ Hier sollte das Konzept ‘Gesundheit’ aus den Bezügen des medizinischen Versorgungssystems ausgegrenzt werden.⁷⁹ In einer ähnlichen Definition wird Gesundheit definiert als;

*„(...) das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen beziehungsweise ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können.*⁸⁰

*„Experten charakterisieren Gesundheit als Zustand eines Individuums, der gekennzeichnet ist durch Funktionstüchtigkeit der Organe, Leistungsfähigkeit, erfolgreiche Anpassung an die Lebensbedingungen und Wohlbefinden.*⁸¹

Definition: *„Nur wenn Verhalten nachgewiesenermaßen Gesundheit oder einen ähnlichen erstrebenswerten Zustand wie Fitness oder Wohlbefinden fördert, wird von Gesundheitsverhalten gesprochen.*⁸²

Ein Beispiel:⁸³

„Herr M. hat eine schwere Krebsbehandlung hinter sich. Nach seinem Arzt ist er wieder gesund und der Krebs sei besiegt. Doch Herr M. fühlt sich nach wie vor krank und keinesfalls gesund.“

„Frau T. wird wegen ihrer Krebserkrankung behandelt und gilt damit als krank. Doch Frau T. sieht sich als beeinträchtigt, jedoch auf jeden Fall nicht krank, eher gesund.“

⁷⁷ Ebd. S. 5.

⁷⁸ Constitution of WHO, 2006, S. 1.

⁷⁹ Vgl. Hurrelmann, 2006, S. 7.

⁸⁰ Pschyrembel, 1994, S. 538.

⁸¹ Becker, 2006, S. 16.

⁸² Renneberg/Hammelstein, 2006, S. 7.

⁸³ Vgl. ebd. S. 7.

Nach diesem Beispiel und den Definitionen, stellt sich die Frage, ob Menschen mit chronischen Krankheiten jemals gesund werden können. Kann man die Gesundheit als den vollkommenen Zustand des absoluten Wohlbefindens, der Beschwerdefreiheit und höchster körperlicher Leistungsfähigkeit nennen?⁸⁴ Zur Beantwortung dieser Frage bedarf es zunächst zweierlei Ergänzungen:⁸⁵

- Erstens ist die Gesundheit ein dynamischer Prozess, indem die Gesundheit immer wieder neu erarbeitet, erneuert und beibehalten werden muss. Beispielsweise müssen Herr M. und Frau T., im vorherigen Beispiel, den Stress durch die Krebsdiagnose bzw. die Behandlung ohne Stress bestehen und ihr Wohlbefinden wieder aufrechterhalten.
- Zweitens erweist es sich nicht immer als möglich, das komplette Wohlbefinden zu erreichen, da dies ein relativer Zustand ist. Im Beispiel Frau T., die sich wohl fühlt, trotzdem Beeinträchtigungen wahrnimmt. Somit können Menschen als gesund gelten auch wenn sie von einer Krankheit anfällig sind.

Nun zu den vorher gestellten Fragen; Allgemein ist festzustellen, dass Gesundheit nicht nur auf körperliches und psychisches Wohlbefinden ruht, sondern dass dabei auch die Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung relevant sind. Das bedeutet, dass Gesundheit auch bei Mangel am Glücklichen, an der absoluten Beschwerdefreiheit und der körperlichen Leistungsfähigkeit trotzdem existieren kann. Auch ältere und chronisch beeinträchtigte Menschen können demnach als gesund gelten.⁸⁶

Die Gesundheit ist als Dach zu verstehen, dass auf vier zentralen Säulen ruht. Diese Säulen sind:⁸⁷

(a) *die körperliche Säule*: Beschaffenheit und Funktion des Körpers

(b) *die psychische Säule*: Denken, Fühlen und Verhalten eines Individuums

(c) *die soziale Säule*: Einbindung der eigenen Person in Familie, Beruf und sozialem Umfeld.

(d) *die existenzielle Säule*: Der innere Weg, welchen Sinn man seinem Tun und Dasein beimisst. Antworten auf Sinnfragen werden von Religionen sowie von der Philosophie geliefert.

⁸⁴ Vgl. ebd. S.7.

⁸⁵ Vgl. ebd. S. 8.

⁸⁶ Vgl. ebd. S. 8.

⁸⁷ Vgl. Bauer, 2010, S. 3.

Je besser man diese Struktur der Gesundheit aufrecht hält, desto stabiler sind die vier Säulen, denn ein Schaden an einer dieser vier Säulen wird sich negativ auf die ganze Gesundheit auswirken.⁸⁸ Ein zentraler Anteil an der Gesundheit und Gesundheitsförderung ist vom Gesundheitsverhalten, beispielsweise körperliches Training, das zu Fitness führt, abhängig.⁸⁹

4.2 Ernährung

Eine Ernährung kann nicht nur als eine einfache Aufnahme aller lebensnotwendigen Nährstoffe gesehen werden, sondern sie ist auch das Resultat von Interaktionen aller Bestandteile einer vollwertigen Ernährung. Die Ernährungswissenschaft beschäftigt sich damit, welche Nährstoffe und Inhaltsstoffe für die menschliche Ernährung bedeutet und welche Vorgänge sich, in Bezug auf die Aufnahme und Verwertung der Nahrung, im menschlichen Körper ereignen.⁹⁰

„Lebensmittel‘ sind alle Stoffe oder Erzeugnisse, die dazu bestimmt sind oder von denen nach vernünftigem Ermessen erwartet werden kann, dass sie in verarbeitetem, teilweise verarbeitetem oder unverarbeitetem Zustand vom Menschen aufgenommen werden.“⁹¹

In diesem Kontext werden in den nächsten Kurzkapiteln bestimmte Lebensmittel vorgestellt und dessen Bedeutung für den menschlichen Körpers bestimmt.

4.2.1 Getränke

Wasser ist der Hauptbestandteil des menschlichen Körpers. Ein Erwachsener sollte 1,5 Liter Wasser täglich trinken. Doch dies ändert sich bei einem Bedarf von erhöhter Flüssigkeitszufuhr, beispielsweise bei sportlicher Aktivität, bei hohen Temperaturen im Sommer, etc. Dabei sollten optimale Getränke, wie Wasser, Mineralwasser, verdünnte Frucht- und Gemüsesäfte oder ungezuckerter Tee getrunken werden. Zuckerreiche unverdünnte Getränke und Säfte, wie Limonaden, Energy-Getränke, sind keine

⁸⁸ Vgl. ebd. S. 3.

⁸⁹ Vgl. Renneberg/Hammelstein, 2006, S. 11.

⁹⁰ Vgl. Kiefer/Haberzettl/Rieder, 2000, S. 2.

⁹¹ Widhalm (Hrsg.), 2009, S. 23.

Durstlöscher und sollten gemieden werden.⁹² Gezuckerte Limonaden liefern sehr viel zusätzliche Energie und erhöhen das Risiko übergewichtig zu werden, vor allem bei Kindern, die sich wenig bewegen und ohnehin Gewichtsprobleme haben.⁹³

Denn nicht nur die Ernährung selbst sondern auch die Flüssigkeitszufuhr hat eine bestimmte Bedeutung für die Leistungsfähigkeit. Bei einem Versuch stellte man bei 7-9-jährigen Kindern fest, dass das zusätzliche Trinken von einem Schluck Wasser die visuelle Aufmerksamkeit bei Tests im Vergleich zu Kindern die kein zusätzliches Wasser tranken, verbesserte. Schon bereits eine Dehydratation im Bereich von 1-2% des Körpergewichts führt dies bei Kindern zu einer deutlichen Mangel der kognitiven Funktion, zu Teilnahmslosigkeit, Verwirrtheit und Reizbarkeit. Abgesehen vom Wasser sind Limonaden und zuckerhaltige Getränke durch ihren hohen Zuckergehalt als überflüssiger Kalorienträger, da sie aufgrund dessen nicht als Durstlöscher bezeichnet werden können. Darüber hinaus erhöhen sie das Kariesrisiko und das Übergewichtsrisiko.⁹⁴

Kaffee steigert die Leistungsfähigkeit und entfaltet am Zentralnervensystem sowie an Herz und Kreislauf beruhigende Wirkungen, das im Wesentlichen auf das darin enthaltene Koffein zurückzuführen ist. In anderen Fällen kann sogar eine rasche Einschlafwirkung ausgelöst werden. Außerdem hat Koffein eine psychoaktive Wirkung und führt bei regelmäßiger Aufnahme zur Toleranzentwicklung. Wenn koffeingewöhnte Personen die Zufuhr einstellen, können Entzugssymptome, vor allem Müdigkeit, Angst, Erbrechen, Schlaflosigkeit, auftreten. Die Entzugssymptome klingen dann innerhalb einer Woche ab. Abgesehen davon ist Koffein auf keinen Fall mit anderen suchterzeugenden Substanzen, wie Alkohol oder Kokain, vergleichbar. Jedoch sollten vor allem Kinder und Jugendliche koffeinhaltige Getränke gar nicht oder nur in Maßen konsumieren. Für Erwachsene wird generell eine Aufnahme von etwa 300 mg täglich, das machen drei Tassen am Tag aus, angesehen.⁹⁵

⁹² Vgl. ebd., S. 14.

⁹³ Vgl. Kiefer/ Ekmekcioglu, 2012, S. 191.

⁹⁴ Vgl. ebd. S. 143-144, 185-186.

⁹⁵ Vgl. Weiß, 2007, S. 215.

4.2.2 Getreideprodukte und Kartoffel

Für eine fettarme Ernährung werden stärkehaltige Getreidegerichte und –produkte empfohlen. In diese Kategorie fallen Brot, Gebäck, Teigwaren, Reis und Kartoffeln. Sie sind nicht nur die Quelle von Kohlenhydraten, Ballaststoffen und Proteinen, sondern sind auch zentrale Lieferanten von Vitaminen und Mineralstoffen. Daher sollten sie mehrmals täglich verzehrt werden.⁹⁶ Einerseits sind sie sättigend und andererseits haben sie eine geringe Energiedichte. Kohlenhydrate haben weniger Energie als Fette und können deshalb in großen Mengen eingenommen werden, ist diese Menge jedoch zu hoch, werden sie im Körper in Fette umgewandelt und im Körper gespeichert. Bei starker Einschränkung des Anteils an Kohlenhydraten besteht jedoch die Gefahr von Heißhungerattacken auf kohlenhydratreiche Lebensmittel.⁹⁷ Auch Vollkornprodukte wirken gegen die Entwicklung von Diabetes, Herzerkrankungen, Schlaganfall und Krebs. Schon der tägliche Verzehr von drei Portionen Vollkornprodukten schränkt das Risiko für die Entwicklung von Typ-2-Diabetes um bis zu 30% ein.⁹⁸

4.2.3 Fleisch

Aufgrund des tierischen Eiweißes ist Fleisch für die menschliche Ernährung von Bedeutung. Zudem enthält es wichtige Fettstoffe, Mineralstoffe, wie Eisen und Zink, sowie Vitamine der B-Gruppe.⁹⁹

Kalbsfleisch hat einen niedrigeren Fettgehalt, jedoch einen höheren Wassergehalt. Beim Geflügelfleisch unterscheidet man zwischen dunklem, wie bei Gans und Ente, und hellem Fleisch, bei Huhn und Truthahn. Das Fleisch jüngerer Tiere ist besonders fettarm. Allgemein hat es einen hohen Anteil an ungesättigten Fettsäuren. Beim Rindfleisch gibt es je nach den einzelnen Körperstellen, Körperfett und Muskelfleisch. Schaffleisch und Lammfleisch ist meist mit Fettgewebe ausgestattet. Grundsätzlich sollte Schaffleisch heiß gegessen werden, da das Fett bei Temperaturen, die wenig über der menschlichen Körpertemperatur liegen, erstarrt. Im Vergleich zum Rindfleisch braucht Schweinefleisch nicht abzuhängen, um mürbe zu werden.¹⁰⁰

⁹⁶ Vgl. Widhalm (Hrsg.), 2009, S. 14.

⁹⁷ Vgl. Kiefer/Ekmekcioglu, 2012, S. 176-177.

⁹⁸ Vgl. Widhalm/Fussenegger, 2005, S. 39.

⁹⁹ Vgl. Kiefer/Ekmekcioglu, 2012, S. 117.

¹⁰⁰ Vgl. Widhalm (Hrsg.), 2009, S. 26.

4.2.4 Obst und Gemüse

Obst und Gemüse ist der beste Lieferant des menschlichen Organismus mit Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen. Sie weisen einen hohen Wasseranteil auf und enthalten pro Volumeneinheit eine signifikant geringe Anzahl an Kalorien. Ein hoher Anteil dieser pflanzlichen Kost kann in der täglichen Ernährung eine große Aufnahme an ungünstigen Lebensmitteln vermeiden und infolge dessen die Energie- und Nährstoffbilanz stabilisieren.¹⁰¹ Bei Kindern spielt der Obst- und Gemüseverzehr eine noch bedeutendere Rolle, denn es wurde festgestellt, dass dies bei Kindern zwischen acht und zehn Jahren sich positiv auf die kognitive Funktion auswirkte.¹⁰² Es ist mehrfach bewiesen worden, dass ein hoher Verzehr von Obst und Gemüse mit einem niedrigeren Risiko für Krebs und kardiovaskuläre Erkrankungen assoziiert wird.¹⁰³ Eines der bekanntesten Aktivitäten stellt die „5 am Tag“-Kampagne von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für den Verzehr von Obst und Gemüse dar, welches seit 2000 zu einem Verzehr von fünf Portionen Obst und Gemüse täglich anregen soll. Hier werden präventive Maßnahmen in Kitas, Schulen, Familien und am Arbeitsplatz versucht, den Obst- sowie Gemüsekonsum in Deutschland zu verbessern. *„Eine Portion wird hierbei durch eine Handvoll der pflanzlichen Lebensmittel quantifiziert, so dass sich die Verzehrsmenge an die jeweilige Konstitution und somit dem spezifischen Bedarf des Konsumenten anpasst.“*¹⁰⁴

4.2.5 Süßigkeiten

Süßigkeiten beinhalten nicht nur Zucker, sondern auch große Mengen an Fett, besonders Schokolade, Torten, Eis, etc. Ein sparsamer Genuss kleiner Mengen an Süßigkeiten ist nicht schlimm, ein harmloses Genussmittel, aber kein Grundnahrungsmittel, nur die Menge macht den Unterschied.¹⁰⁵

Zucker an sich enthält weder Mineralstoffe noch Vitamine. Daher kann sein Energiegehalt als ‚sinnlose Kalorien‘ bezeichnet werden. Heute weiß man, dass

¹⁰¹ Vgl. Rabenberg/Mensink, 2011, S. 1.

¹⁰² Vgl. Kiefer/Ekmekcioglu, 2012, S. 151.

¹⁰³ Vgl. Widhalm/Fusseger, 2005, S. 38; vgl. Rabenberg/Mensink, 2011, S. 2.

¹⁰⁴ Rabenberg/Mensink, 2011, S. 3.

¹⁰⁵ Vgl. Widhalm (Hrsg.), 2009, S. 17.

Zwischendurchessen nicht unbedingt zu Übergewicht führen muss. Diese Personen vermeiden, dass andere energiereiche Lebensmittel verzehrt werden und somit zusätzlich aufgenommene Energiezufuhr wieder ausgeglichen wird. Wenn aber täglich Kuchen, Süßigkeiten, Gebäck oder andere energiereiche Snacks konsumiert werden, kommt es zum Anstieg des Körpergewichts und dies kann zu Übergewicht führen. Doch anders ist diese Situation bei übergewichtigen Personen. Es wurde festgestellt, dass übergewichtige Personen durch Naschen eine erhöhte Energieaufnahme verursachen, das dann nicht mehr ausgeglichen werden kann.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Vgl. Kiefer/Ekmekcioglu, 2012, S. 179.

4.3 Gesundheits- und Ernährungsverhalten

Der Begriff Gesundheitsverhalten (= *health behavior*) geht ursprünglich auf den amerikanischen Medizinsoziologen Koos zurück. Trotz diesen soziologischen Wurzeln beschäftigt sich die Psychologie überwiegend mit der Erklärung des Gesundheitsverhaltens. Nach Koos umfasst das Gesundheitsverhalten gesamte Verhaltensaspekte, die in einem Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit sind.¹⁰⁷ Doch Kasl und Cobb definieren Gesundheitsverhalten als „*any activity undertaken by a person believing himself to be healthy, for the purpose of preventing disease or detecting it in an asymptomatic stage.*“¹⁰⁸ Sie unterscheiden zwischen Gesundheitsverhalten, Patientenverhalten und Krankheitsverhalten. Doch für dieses Kapitel ist das Erstere relevant.

„*The behaviours that are usually cited as being involved in the aetiology of lifestyle diseases are poor diet, lack of physical activity, cigarette smoking and increasingly, excess drinking.*“¹⁰⁹ Dies wird in einer Umfrage über die deutsche Bevölkerung deutlich, in der gefragt wird, was sie für ihre Gesundheit tun, folgende Elemente einer gesunden Lebensführung: Gesunde Ernährung, sportliche Aktivitäten/Bewegung an der frischen Luft, Verzicht auf Zigaretten/Alkohol und ausreichend Schlaf. Als ungesund wurden hingegen folgende eingestuft: Rauchen, fettreiche Kost, Süßigkeiten und Kohlenhydrate, mangelnde Bewegung, körperliche und seelische Belastung.¹¹⁰

Nun wurden in Verbindung mit dem gesundheits- und ernährungsrelevanten Verhalten folgende drei Bereiche analysiert: Tabakkonsum, Alkoholkonsum und gesunde Ernährung.

¹⁰⁷ Vgl. Blättner/Wallner, 2011, S. 171.

¹⁰⁸ Kasl/Cobb, 1966, S. 246.

¹⁰⁹ Thirlaway/Upton, 2009, S. 8.

¹¹⁰ Vgl. Statistischen Bundesamt 1998, S. 81-82.

4.3.1 Tabak- und Alkoholkonsum

Der Tabak- und Alkoholkonsum gehört aufgrund der gesundheitlichen Auswirkungen auf den menschlichen Körper zu den wichtigen Themen der Vorsorge und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Diese Suchtprävention sollte schon in jungen Jahren ansetzen. Denn die Gesundheitsgefährdung ist umso größer, je früher mit dem Suchtverhalten begonnen wird.¹¹¹

Rauchen ist die weit bekannte gesundheitsriskante Verhaltensweise in den Entwicklungsländern sowie die größte Ursache für koronare Herzkrankheit, chronische Atemwegenerkrankungen, Lungenkrebs, frühzeitiger Tod und frühkindliche Entwicklungsstörung.¹¹²

Das Rauchen hat sowohl alters- und geschlechtsbeschränkende Aspekte, als auch eine wichtige Bedeutung, in Bezug auf Bewältigung von Übergängen und Lebensereignissen im Lebenslauf. Die Gesundheitsfolgen des Rauchens sind sehr gut erforscht und unumstritten, denn etwa ein Drittel der Krebserkrankungen wird durch das Rauchen verursacht. Abgesehen davon erhöht es das Risiko für einen Herzinfarkt und eine koronare Herzerkrankung um 80%, sowie einer Erkrankung an chronischer Bronchitis und an Durchblutungsstörungen. Nicht sehr lange, weiß man auch, dass Passivrauchen die Krankheitsgefährdung erhöht, welches ebenfalls als unbestritten gilt. Vor einigen Jahrzehnten war das Rauchen noch in Lehrveranstaltungsräumen und in Konferenzen erlaubt. Deshalb gibt es seit 2007 in allen Bundesländern in Österreich gesetzliche Regelungen zu Rauchverboten in öffentlichen Anlagen sowie in der Gastronomie.¹¹³

Beim Rauchen unterscheidet man drei Phasen, der Eingangsphase, dem Experimentierstadium und der Gewöhnungsphase. Die Eingewöhnungsphase liegt fast nur im Jugendalter. Welche Bedeutung das Rauchen für Jugendliche haben kann wird von Schwarzer wie folgt punktiert:¹¹⁴

¹¹¹ Vgl. Besold, 2015, S. 100.

¹¹² Vgl. Baumeister (u.a.), 2008, S. 26.

¹¹³ Vgl. Blättner/Wallner, 2011, S. 176-177.

¹¹⁴ Vgl. Schwarzer, 1992, S. 266, 271.

1. Demonstration eines alterstypischen Lebensstils, um an Aktivitäten bestimmter Gruppen teilhaben zu können.
2. Bewältigung von einer Entwicklungsaufgabe, um zu zeigen, wie erwachsen man schon ist.
3. Entwicklungsbedingte Stresssituationen im Sinne einer Notfallreaktion, um diese besser bewältigen zu können. Bei schweren Entwicklungsbedingungen sollte mit einer erhöhten Inzidenzrate des Rauchens gerechnet werden. Dies wird verursacht durch eine eingeschränkte soziale Umgebung, kritische Lebensereignisse, Alltagsstress, schlechte Schulnoten und vor allem durch fehlende subjektive Befindlichkeit.

In der Honolulu-Herzstudie wurde anhand von 8000 Männern untersucht und in einem Zeitraum von 12 Jahren gesehen, dass sich dreimal so viele Schlaganfälle ereigneten als unter den Nichtrauchern. Männer, die während der Untersuchung mit dem Rauchen aufhörten, reduzierten damit das Schlaganfallsrisiko um mehr als die Hälfte. In Bezug auf Rauchen und koronaren Herzkrankheiten wurde auch festgestellt, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einem zweiten Herzinfarkt bei Personen eher steigt, die nach ihrem ersten Infarkt mit dem Rauchen aufhörten. Außerdem erhöht der permanente Aufenthalt der Nichtraucher in einer tabakverseuchten Umgebung, das koronare Risiko.¹¹⁵ *„Je höher die soziale Schicht, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, Übergewicht zu haben, Hypertoniker zu sein oder zu rauchen.“*¹¹⁶

Der Konsum alkoholischer Getränke ist für viele Menschen mit Festen und Feiern verbunden. Bier, Wein und Alkoholika sind in der Menschheitsgeschichte die weit verbreiteten Genussmittel. Doch das unkontrollierte und abhängige Trinken von Alkohol kann schwerwiegende Krankheiten mit sich bringen und ist eine häufige Ursache von Alltagsunfällen. Wie das Rauchen, kann der Alkoholmissbrauch zu einem vorzeitigen Tod führen. Doch beide unterscheiden sich trotzdem voneinander, denn bei Nikotin ist eine negative gesundheitliche Folge aus medizinischer und epidemiologischer Hinsicht, weltweit ein breiter Konsens gegeben.¹¹⁷

¹¹⁵ Vgl. ebd. S. 119-120.

¹¹⁶ Thefeld, 2000, S. 421.

¹¹⁷ Vgl. Dietz/Kirschner, 1999, S. 5-6.

4.3.2 Gesunde Ernährung

Heutzutage werden den Menschen laufend neue Diäten oder alternative Ernährungsformen präsentiert, welche ohne körperliche Aktivitäten sowie ohne Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten, nur kurzzeitige Erfolge versprechen. Abgesehen davon führen sie zur Verunsicherung der Bevölkerung als zur Vorsorge ernährungsbedingter Krankheiten, wie beispielsweise Diabetes, Übergewicht oder Fettstoffwechselstörungen.¹¹⁸

Nach nationalen Richtlinien Großbritanniens basiert eine gesunde Ernährung auf die fünf wesentlichen Grundnahrungsmittel: Brot, verschiedene Arten von Getreide und Kartoffel, Obst und Gemüse, Milch und Milchprodukte, Fleisch, Fisch und Alternativen, Nahrungen, die Fett und Zucker enthalten.¹¹⁹

Der Verzehr von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken sind wichtige Indikatoren, um das Ernährungsverhalten, vor allem der Jugendlichen zu untersuchen. Ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse verringert das Risiko im Erwachsenenleben an chronisch-degenerativen Krankheiten zu erkranken. Hingegen beim Konsum von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken steigt das Risiko von Adipositas, Knochenerkrankungen und Karies. Doch das sollte schon in der frühen Kindheit erlernt werden.¹²⁰

Das Food Standards Agency (FSA 20001) führte das ‚*Balance of Good Health*‘ ein, das auf Standard der nationalen Richtlinien basiert. Der Name wurde geändert auf ‚*Eatwell Plate*‘ und beruht auf acht folgende Richtlinien der Regierung Großbritanniens für eine gesunde Ernährung:¹²¹

- 1) Gründe deine Mahlzeiten auf eine stärkehaltige Nahrung.
- 2) Esse viel Obst und Gemüse.
- 3) Esse Fisch.
- 4) Schränke dich auf gesättigtes Fett und Zucker ein.
- 5) Versuche wenig Salz zu essen – nicht mehr als 6 Gramm täglich.
- 6) Sei sportlich und versuche bei deinem normalen Gewicht zu bleiben.
- 7) Trinke reichlich Wasser.
- 8) Lasse dein Frühstück nicht aus.

¹¹⁸ Vgl. Richter, 2005, S. 160.

¹¹⁹ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 50-51.

¹²⁰ Vgl. Richter, 2005, S. 163.

¹²¹ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 51-52.



Abbildung 2: The eatwell plate (FSA 2008)¹²²

Das ‚Eatwell Plate‘ richtet sich auf viele Personen wie Vegetarier oder vor allem auf übergewichtige Menschen, aber Kinder unter zwei Jahren und Personen, die einen speziellen Ernährungsplan verfolgen müssen, sind von diesen Richtlinien ausgeschlossen. In den meisten Richtlinien sind keine Portionsangaben angegeben, was unter Menschen zu Missverständnissen führen kann. Nach der WHO ist es wesentlich, dass zumindest täglich fünf Portionen Gemüse und Obst gegessen wird. Eine Portion ist ungefähr 60 Gramm, das macht beispielsweise ein mittelgroßer Apfel oder drei Esslöffel Nüsse aus.¹²³

Ähnlich wie das ‚Eatwell Plate‘ wurde an der Universitätsklinik Wien von Widhalm und Dämon die Ernährungspyramide „Gesund-leben“ aufgebaut, das als Leitfaden für ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten dienen soll. Im Gegensatz zu den üblichen Ernährungspyramiden, stellt in dieser genannten Pyramide die körperliche Aktivität eine bedeutende Basisergänzung dar.¹²⁴

¹²² Ebd. S. 51.

¹²³ Vgl. ebd. S. 52.

¹²⁴ Vgl. Widhalm (Hrsg.), 2009, S. 12.

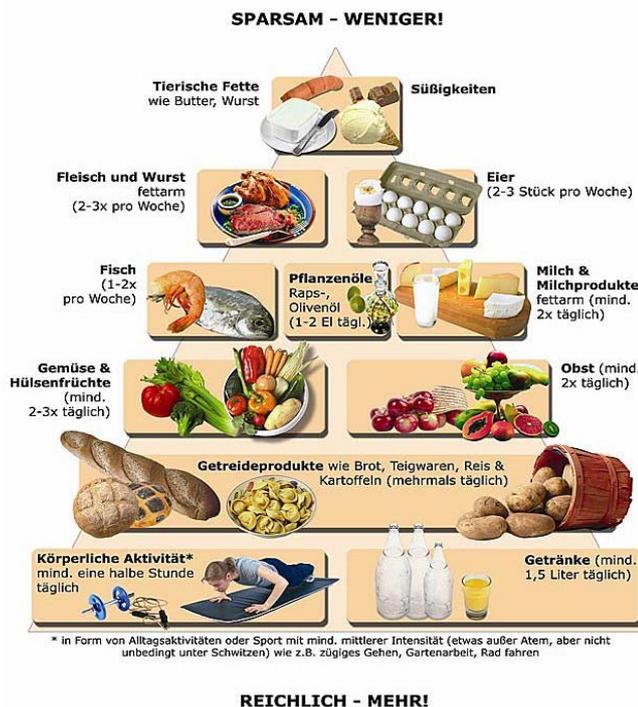


Abbildung 3: Die ‚Gesund-leben‘-Pyramide¹²⁵

Elemente auf der Basis sollten in die tägliche Ernährung reichlich eingebaut werden, jedoch die Elemente auf der Spitze der Pyramide sollten sparsam verzehrt werden. Außerdem soll mit dieser Pyramide die Mitteilung gegeben werden, dass anständige gesunde Ernährung nicht streng ablaufen muss. Die folgende Tabelle wurde anhand der ‚Gesund-leben‘-Pyramide (siehe Abbildung 3) aufgestellt, es bietet, im Gegensatz zur ‚Eatwell Plate‘, zehn entscheidende Tipps für ein gesundes Leben:¹²⁶

- 1) Täglich bewegen – gehen statt fahren, Treppen statt Lift
- 2) Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- 3) Getreideprodukte und Kartoffeln als Basis der Ernährung – am besten Vollkorn
- 4) Reichlich Obst und Gemüse – je öfter und je bunter umso besser
- 5) Tierische Lebensmittel in Maßen
- 6) Pflanzliche vor tierischen Fetten bevorzugen
- 7) Süßigkeiten sparsam verzehren – dafür aber mit Genuss
- 8) Öfters kleinere statt große, üppige Mahlzeiten
- 9) Bewusstes Essen ohne Nebenbeschäftigung
- 10) Es gibt keine Verbote – die „Menge macht das Gift“

¹²⁵ Ebd. S. 12.

¹²⁶ Vgl. ebd. S. 11-12.

„Die in den letzten Jahren stetig steigenden Zahlen für ernährungsbedingte Erkrankungen, wie Adipositas und die damit verbundenen Kosten auch für Folgeerkrankungen, haben das Bewusstsein für die Folge individuell ‚falschen‘ Essens geschärft.“¹²⁷

Die Studie „*Study of Obesity (PRESTO)*“ welches an der Abteilung für Ernährungsmedizin des Wiener Allgemeines Krankenhaus (AKH) durchgeführt wurde, ist ein schulorientiertes Präventionsprojekt unter Teilnahme von SchülerInnen zwischen 10 und 12 Jahren aus 12 Interventionsklassen sowie 12 Kontrollklassen aus Wien und Niederösterreich. Nach einer 12-wöchigen Projektunterricht unter dem Motto ‚Ernährung-Bewegung-Gesundheit‘ unter Leitung eines professionellen Teams, wurde signifikant weniger ungesunde Lebensmittel, wie Süßigkeiten, Pommes frites oder Fleisch konsumiert. Doch bei übergewichtigen SchülerInnen konnte leider keine BMI-Abnahme erreicht werden. Generell zeigt die Studie deutlich, wie verbesserungsbedürftig die Ernährungsgewohnheiten sowie das Wissen um eine gesunde Ernährung ist, vor allem in den Hauptschulen. Daher gibt es einen immer hohen Bedarf an präventiven Schulprojekten.¹²⁸

Übergewicht und Fettleibigkeit sind nach WHO zufolge zum fünft-größten Todesrisiko weltweit geworden. 2010 gab es aufgrund der Fettleibigkeit mehr als drei Millionen Todesfälle weltweit. Die Fettleibigkeit ist vor allem in Lateinamerika und in Australien ein großes Problem. In Österreich sind nach der Gesundheitsbefragung 2014 von Statistik Austria 32,4% der Bevölkerung übergewichtig.¹²⁹ Diese Erkrankung wurde früher eher als großes Problem der Industrieländer betrachtet, doch nun treten Übergewicht sowie Adipositas vermehrt in den Entwicklungsländern auf. Es gibt sogar Unterschiede zwischen Familien mit weniger Einkommen und mehr Einkommen. Es sind Unterschiede in Bezug zur Ethnizität vorhanden, denn manche ethnische Gruppen sind eher geneigt unter Fettleibigkeit zu leiden als andere. Dabei waren nach Untersuchungen nicht der Verzehr von Obst und Gemüse bedeutend sondern der Verzehr von Salz beim Kochen.¹³⁰ Es ist selbstverständlich, dass die Kinder sich die Eltern als Vorbild nehmen und sich die ungesunde Ernährung der Eltern auf ihre Kinder reflektiert. Dabei stellt sich bedauerlicherweise heraus, dass Kinder der ungebildeten Eltern eher dazu neigen, fettreich und wenig Gemüse bzw. Obst zu essen, als Kinder der gebildeten Eltern. Die Bildung sozialer Klassifikationen wird dadurch begründet, dass „*those in the lower social classes do not eat healthily because healthy foods cost*

¹²⁷ Hilbig, 2009, S. 23.

¹²⁸ Vgl. Widhalm/Fussenegger, 2005, S. 40.

¹²⁹ Vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014, 2015d.

¹³⁰ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 59.

more.“¹³¹ Im Rahmen einer Studie von ‚Allianz NatLife 2020‘ wurde herausgefunden, dass die ungesunde Ernährung der deutschen Bevölkerung das Gesundheitssystem jährlich 16,8 Milliarden Euro kostet, welches 7% der medizinischen Versorgung in Deutschland 2008 ausmachte. Das macht jährlich 205 Euro pro Person aus.¹³² Nach Untersuchungen wurde herausgefunden, dass eine zuckerreiche Ernährung weniger kostet als eine gesunde Ernährung mit Obst, Gemüse und Fleisch: „Every extra 100g of fats and sweets eaten decreased diet costs by 0,05 to 0,4 euros, whereas every extra 100g of fruit and vegetables eaten increased diet costs by 0,18 to 0,29 euros.“¹³³

Es sind wenige Informationen darüber vorhanden, wie die Ernährungsgewohnheiten von Kindern aus Familien in unteren sozialen Schichten oder Familien mit wenig Einkommen aussehen. Es wird zwar berichtet, dass in diesen Familien wenig Obst und Gemüse, aber häufiger sättigende Lebensmittel, beispielsweise Brot, Nudeln und Kartoffeln oder auch Softdrinks und Fast Food, verzehrt werden, als in Familien mit höherem Einkommen. Welche Gründe für solche Ernährungsgewohnheiten bestehen, müsste im Einzelnen untersucht werden, was wiederum mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Zudem kann dies durch finanzielle Zwänge, durch mangelndes Wissen oder durch geringes Interesse an einer gesunden Ernährung erklärt werden.¹³⁴

4.3.3 Körperliche (In-)Aktivität

Körperliche Aktivität wird definiert als: „Any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure and is usually measured in kilocalories (kcal) per unit of time.“¹³⁵

Regelmäßige körperliche Aktivität fördert und hält Gesundheit und Wohlbefinden aufrecht.¹³⁶ Wie auch schon vorher erwähnt, stellt die Statistik Austria fest, dass Österreicher im Allgemeinen nicht viel essen, sondern sich eher weniger bewegen.

In einer amerikanischen Studie wurde an 200 depressiven Patienten untersucht, dass körperliches Training bei Depressionen in einem ähnlichen Maße wirksam sein kann wie eine medikamentöse Therapie. Dabei wurden die Patienten in vier Gruppen

¹³¹ Ebd. S. 60.

¹³² Vgl. Journal ‚PLOS One‘, Meier/ Senftleben/ Deumelandt (u.a.), 2015. URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135990#pone-0135990-g001> (06.04.2016)

¹³³ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 60.

¹³⁴ Vgl. Clausen, 2011, S. 210.

¹³⁵ Ebd. S. 85.

¹³⁶ Vgl. Mensink, 2003, S. 3.

unterteilt. Die Erste führte, unter Aufsicht, ein Ausdauertraining auf dem Laufband durch, die zweite Gruppe führte ebenfalls ein Ausdauertraining durch, nur zu Hause und ohne Aufsicht. Die dritte Gruppe bekam ein Antidepressivum und die vierte Gruppe ein Placebo. Nach 16 Wochen zeigte sich, dass in der ersten Gruppe die depressive Symptomatik etwas rückläufig war, als in der Medikamentengruppe. Ein Jahr später wurden diese Probanden untersucht und es wurde beobachtet, dass Patienten, die nach Studienende weiterhin Sport betrieben haben, weniger depressive Symptome zeigten, als Patienten, die keine körperliche Aktivität durchführten.¹³⁷ Daraus ist eindeutig abzulesen, dass eine körperliche Belastung auf langer Dauer zum Erhalt der körperlichen Funktionsfähigkeit sowie für die Lebensqualität wichtig ist. Abgesehen davon ist die körperliche Aktivität sehr bedeutend für die Entwicklung und trägt dazu bei, die Entstehung von Übergewicht in jungen Jahren vorzubeugen.¹³⁸

Nun heutzutage hat sich, im Vergleich zu den früheren Jahrzehnten, die Zahl der Jugendlichen verringert, welche sich in der Freizeit körperlich bewegen und die Zahl der Jugendlichen gestiegen, die ihre Zeit eher vor dem Fernseher oder mit Computerspielen verbringen. Hingegen wirkt sich eine halbe Stunde Bewegung an mindestens drei Tagen pro Woche, nachweisbar positiv auf die Gesundheit. Dabei sollte der Körper leicht ins Schwitzen kommen und der Pulsschlag sich steigern. In diesem Fall wird die Kombination der Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität empfohlen.¹³⁹ Dies wird im Folgenden genauer bestimmt:

„Mittlere Intensität (...) weist jede körperliche Aktivität auf, bei der man zumindest etwas außer Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen kommt. Beispiele für solche Bewegungsformen sind Alltagsaktivitäten wie zügiges Gehen, das Stiegensteigen, Gartenarbeit oder auch Schneeschaufeln sowie viele andere Freizeitaktivitäten oder Sportaktivitäten (Radfahren, Schwimmen, usw.). Höhere Intensität umfasst jede körperliche Aktivität, bei der die Atmung schneller wird sowie die Herzfrequenz erheblich ansteigt. Ein Beispiel dafür ist das Joggen.“¹⁴⁰

Dabei gilt, mittlere Intensität bei langer Dauer oder höhere Intensität bei kurzer Dauer. Abgesehen davon kann im Alltag jede Bewegung, welche mehr als zehn Minuten dauert, zusammengezählt werden.¹⁴¹

¹³⁷ Vgl. Schulz/Meyer/Langguth, 2011, S. 55-56.

¹³⁸ Vgl. ebd. S. 57.

¹³⁹ Vgl. Mensink, 2003, S. 5-6.

¹⁴⁰ Widhalm (Hrsg.), 2009, S. 13.

¹⁴¹ Vgl. ebd. S. 13.

Die Höhe der Gewichtsreduktion ist von der Intensität, Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität abhängig. Abgesehen davon wird durch die sportliche Aktivität der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und die Lebensqualität entscheidend gesteigert. Der Körper gewöhnt sich mit der Zeit an die regelmäßige Bewegung und produziert Muskel, die dafür sorgen, dass mehr Kalorien verbrennt werden und dadurch der Körpergewicht stabil bleibt.¹⁴²

¹⁴² Vgl. ebd. S. 18.

5 Mögliche Gründe einer ungesunden Ernährung

In diesem Teil der Arbeit werden einige Gründe die zu einer ungesunden Ernährung leiten, angegeben. Diese sind in der heutigen Zeit sehr ausschlaggebend für den Ausbruch von weltverbreiteten Krankheiten. Diese Gründe entstehen unwissend und unbewusst, werden vernachlässigt oder die möglichen Gefahren werden nicht beachtet. Dieser folgende Teil beantwortet die Frage, wieso sich Menschen ungesund ernähren oder welche Gründe dafür bestehen.

5.1 Genetische Gründe

Die genetischen Ursachen spielen eine bedeutende Rolle, denn wenn ein Elternteil an Adipositas erkrankt ist, liegt das Risiko für das Kind ebenfalls an einer Fettleibigkeit zu erkranken, bei 40%, dies wird zu 80%, wenn beide Elternteile an Adipositas leiden.¹⁴³ Die bisherigen Forschungen in Form von Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen, dass das Körpergewicht sehr stark von genetischen Faktoren beeinflusst ist. Doch es sind Unterschiede vorhanden, besonders bei Zwillingsuntersuchungen. Die Zwillingsstudie *„Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment“*, welche 5092 Zwillinge im Alter von 8 bis 11 Jahren befragte, kam zum Schluss, dass ein an Fettleibigkeit leidendes Kind, eher von Genen als von Umwelteinflüssen bestimmt wird.¹⁴⁴ Auch Adoptionsstudien haben gezeigt, dass das Gewicht der adoptierten Kinder mit dem Gewicht der biologischen Eltern korrelierten und nicht mit den Adoptiveltern.¹⁴⁵

¹⁴³ Vgl. Toplak, 2002, S. 31.

¹⁴⁴ Vgl. Wardle, (u.a.), 2008, S. 3640; URL: <http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2008-0472> (24.04.2016)

¹⁴⁵ Vgl. Wirth/Hauner, 2013, S. 49.

5.2 Medien

Jede Verbraucherinstitution weist auf die Gefahren des zu hohen Konsums von zuckerhaltigen Lebensmitteln und Süßwaren, auch die Verbraucher sind den Gefahren bewusst, doch die Anbieter verführen durch Marketing Aktivitäten zu mehr Konsum. Es wurde bewiesen, dass Kakao und somit auch Schokolade bioaktive Substanzen aufweisen, die stimulierende und gesundheitliche Wirkungen auf den menschlichen Körper haben. Aber es ist nicht zu vergessen, dass größere Mengen auch andere Wirkungen hervorrufen können und somit der Gesundheit schaden. Dieser unkontrollierter Genuss wird von der Werbung ausgenutzt und die Schokolade ‚gesund‘ gemacht. Der sensible Umgang mit Werbung für Genussmittel sollte ernst genommen werden.¹⁴⁶

Unter der Frage weshalb Menschen ungesunde Lebensmittel konsumieren, geben Thirlaway und Upton in ihrem Werk den wichtigen Punkt ‚*the media*‘ an:

„The media are often cited in one of the major reasons for the increase in diet problems in the development world. (...) there have been a number of studies that have linked TV viewing and childhood obesity, with the common conclusion being that television viewing is an ‘important contributing factor of childhood obesity’.”¹⁴⁷

Außerdem wird angegeben, dass das Fernsehen die Zeit für eine mögliche körperliche Aktivität stiehlt. Abschließend ist noch einmal zu unterstreichen dass TV-Werbungen sehr wohl den ungesunden Verzehr befördern.¹⁴⁸ Abgesehen davon sind Medien gegenüber übergewichtige Personen unfreundlich und frech. In den nordamerikanischen TV-Nachrichten und Filmen wurden im Laufe des Jahres 2008 Menschen mit Übergewicht zum Teil für Benzinpreise, Erderwärmung und Geschichtszunahme ihrer Freunde verantwortlich gemacht.¹⁴⁹

„In adult and children’s entertainment alike, thin characters are ascribed desirable attributes and dominate central roles. In contrast, overweight characters are rarely seen, unless in minor, stereotypical roles. Compared to thin characters on television, heavier characters are rarely portrayed in romantic relationships, are more likely to be

¹⁴⁶ Vgl. Oltersdorf, 2001, S. 180.

¹⁴⁷ Thirlaway/Upton, 2009, S. 64.

¹⁴⁸ Vgl. Ebd. S. 65.

¹⁴⁹ Vgl. Puhl/Heuer, 2009, S. 950-951.

*the objects of humor and ridicule, and often engage in stereotypical eating behaviors.*¹⁵⁰

Hier ist zu erkennen, dass den Menschen in den Medien oft die Nachricht übermittelt wird, dass erfolgreicher Gewichtsverlust mit einer individuellen Anstrengung stark verbunden ist. Doch es gibt Menschen, die von Krankheiten betroffen sind und nicht abnehmen können, dies kann genetisch bedingt sein. Es ist schwer Menschen von dieser Stigmatisierung zu befreien, weil meist Medien permanent diese negativen Ansichten auslösen.¹⁵¹

5.3 Psychosoziale Gründe

Die größten Einflüsse einer Ernährung ist Vorhandensein gesunder Nahrung, Kosten und die Zeit. Studien belegen, dass die hohen Kosten von Obst und Gemüse eine Barriere für Menschen mit wenigem Einkommen bilden. Außerdem ist der Transport von Lebensmittel für diese genannten Familien von Einkaufszentren außerhalb der Stadt manchmal nicht möglich. Die Familie spielt bei gesunder Ernährung eine sehr zentrale Rolle, vor allem die Mütter, denn sie können besonders die Ernährung ihrer Kinder beeinflussen, beispielsweise führt eine permanente Belohnung der Kinder mit Süßigkeiten, zu Überfütterung des Kindes. Eltern sind Vorbild für Kinder, ihr gesundes Verhalten wird den Kindern vorgelebt. Die selbstkritische Wahrnehmung ist in diesem Fall Voraussetzung.¹⁵² Die psychosozialen Gründe werden allgemein, anhand von folgenden Punkten zusammengefasst:¹⁵³

- Geringes Einkommen und Schulden:
Generell kosten gesunde Lebensmittel viel mehr, als ungesunde Lebensmittel, beispielsweise ist frischer Obst und frisches Gemüse schwer bezahlbar.
- Geringer Zugang zu kostengünstigen und gesunden Lebensmitteln:
Wie auch schon vorher erwähnt, sind in Geschäften, die sich außerhalb der Stadt befinden, manchmal günstigere Lebensmittel oder Aktionen vorhanden. Doch dabei kommt das Problem des Transports hervor. Wenn die Familien, mit geringem Einkommen kein Transportmittel besitzen, haben sie dadurch weniger Zugang zu kostengünstigen Lebensmittel.

¹⁵⁰ Ebd. S. 951.

¹⁵¹ Vgl. ebd. S. 951.

¹⁵² Vgl. ebd. S. 67; Vgl. Dietrichsen, 2013, S. 80.

¹⁵³ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, 66-67.

- Faktoren, die in die Lebensmittelproduktion und –kette involviert sind:
Manche Lebensmittel sind aufgrund ihrer billig hergestellten Nährstoffe, im Gegensatz zu anderen meist teuren bzw. frischen Lebensmittel, viel günstiger und enthalten zudem einen hohen Anteil an Fett, Zucker und Salz.
- Geringe Bildung:
Dieser Punkt hält die Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährung sowie von einem organisierten Haushaltsbudget, ab.
- Information über Nahrungsmittel:
Die neuen Lebensmittelbezeichnungen sollten mit mehr Information über dessen Inhaltsstoffe für Konsumenten angegeben sein, auch Übergewicht fördernde Nahrungsmittel sollten mit ihrem Fettgehalt gekennzeichnet werden.
- Lebensmittelwerbung:
Hier ist eine erfolgreiche Vermarktung von Lebensmittel, bei gleichzeitig relativ niedrigen Preisen von Lebensmitteln gemeint. Heutzutage sind Kinder und Jugendliche dem Angebot attraktiver Lebensmittel ausgesetzt. Dabei beschränkt sich, besonders auf Kinder gezielte, Werbung meist auf Lebensmittel mit hohem Fett- oder Zuckeranteil.

5.4 Modelle von Ernährungsverhalten

Hier werden Modelle zur Erklärung des Ernährungsverhaltens vorgestellt. Allgemein fallen in diesem Kontext mehrere Determinanten, beispielsweise Wissen, Überzeugungen, Einstellungen sowie Gewohnheiten. Dabei gibt es drei zentrale Modelle: (1) entwicklungsorientiertes Ernährungsverhalten, (2) kognitives Ernährungsverhalten und (3) psychophysikalisches Ernährungsverhalten.¹⁵⁴

Entwicklungsorientiertes Ernährungsverhalten:¹⁵⁵

Dieses Verhalten entwickelt sich im Laufe der Kindheit und kann als Aufdeckung, soziales- und assoziatives Lernen verstanden werden.

Kinder und Jugendliche werden hinsichtlich der Ernährung durch folgende vier Agenten beeinflusst: (1) Eltern und Familie, (2) Erzieher und Lehrer, (3) Freundeskreis und (4) Medien. Je jünger das Kind in der Familie mit dem Anbieten gesunder Nahrung in Kontakt kommt, desto stärker ist der Einfluss der Eltern auf das Kind. Kinder, die Eltern

¹⁵⁴ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 68.

¹⁵⁵ Vgl. Reisch/Gwozdz, 2010, S. 727-728; Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 68-70.

mit Abneigungen zu bestimmten Lebensmittel haben, entwickeln in Verbindung zu den Eltern die gleichen Abneigungen. Doch im Laufe der Kindheit, gehen diese Abneigungen zu unbekanntem Lebensmitteln zurück. Dies legt sich dadurch, dass Kinder mit der Zeit lernen, dass unbekannte Lebensmittel ungefährlich sind und keine Krankheit auslösen. Beispielsweise sind Kinder eher bereit unbekannte Gerichte zu verzehren, wenn Eltern oder Familienmitglieder dies auch kosten und positiv kommentieren. Zudem haben vor allem Eltern eine ganz andere Stellung als fremde Personen. Nach Forschungen haben auch Erzieher und Lehrer eine bedeutende Rolle beim Ernährungsverhalten der Kinder. In einer Studie wurde herausgefunden, dass ein energiereiches Getränk von Kindern und Jugendlichen eher konsumiert, wenn dieser vorher von einem Lehrer konsumiert wird. Auch durch andere Studien wurde belegt, dass ältere Kinder ein Vorbild für jüngere Kinder darstellen. Dies bringt sehr deutlich zum Anschein, dass eine vorbildliche Erziehungsperson sehr wohl einen bedeutenden Einfluss auf das Ernährungsverhalten des Kindes hat.

Kognitives Ernährungsverhalten:

Dieses Verhalten befasst sich mit dem Umfang, welche Kenntnisse vorauszusagen sind und wie das Ernährungsverhalten erklärt werden kann.¹⁵⁶

Das Ernährungsverhalten kann mit Kontrollmechanismen bewusst gesteuert werden, vor allem bei Diätversuchen. Das kognitive Ernährungsverhalten kann durch eine bewusste Steuerung des Essverhaltens durch Vorgänge des Erkenntnisses, welche zu gesteuerten Verhaltensweisen führen, kontrolliert werden. Hier spielen vor allem die Emotionen eine bedeutende Rolle, denn sie beeinflussen vor allem die Ernährungsgewohnheiten. Dabei hemmen besonders intensive Emotionen die Nahrungsaufnahme, hingegen erhöhen negative Emotionen, wie Ärger, den Verzehr von energiereichen Lebensmitteln.¹⁵⁷

Psychophysikalisches Ernährungsverhalten:

Hier fokussiert sich das Verhalten auf die biologischen Aspekte des Konsums und betont die Rolle des Hungers und der Sättigung.¹⁵⁸

Die Mechanismen Hunger und der Sättigung sind komplexe Vorgänge, die sich durch das zentrale Nervensystem, dem Hypothalamus, gesteuert werden. Dieser bekommt Informationen von den Vorgängen bzw. Organen, die einen Einfluss auf die Nahrungsaufnahme aufweisen. Dazu gehören beispielsweise vor allem die

¹⁵⁶ Vgl. Thirlaway/Upton; 2009, S. 68.

¹⁵⁷ Vgl. Ekmekcioglu/Kiefer, 2012, S. 61-62.

¹⁵⁸ Vgl. Thirlaway/Upton; 2009, S. 68.

Magendehnung nach der Nahrungsaufnahme oder Sättigungshormone aus dem Magen-Darm-Trakt. Nahrungsmittel, die man mag oder essen will sind abhängig davon, ob man satt oder hungrig ist. Wenn man hungrig ist, bevorzugt man fettreiche Speisen, bei Sättigung hingegen, will man lieber fettarme Lebensmittel. Auch das Kauen und der Geschmack einer Speise ist entscheidend für das Sättigungsgefühl. Jedoch nimmt der Geschmack während des Essens immer mehr ab, sodass das Sättigungsgefühl zunimmt.¹⁵⁹

5.5 Obesigene Umwelt (=Obesogenic environments)

Der Begriff ‚*obesogenic environment*‘ (=auch Fettleibigkeit fördernde Umgebung) wurde erstmals geprägt von Swinburn, welcher meinte, dass *„physical, economic, social and cultural environments of developed worlds promote positive energy balance (...) and consequently weight gain and obesity“*.¹⁶⁰

Der englische Endokrinologe William Jeffcoate sieht die allgemeine Fettleibigkeit nicht als die individuelle, sondern eher eine Krankheit der Gesellschaft: *„Increased communal obesity is the result of increased communal affluence, and of increased communal sloth. (...) It is a major issue of public health, with requires urgent attention.“*¹⁶¹ Jeffcoate beschreibt die obesigene Umwelt, dass heute im Vergleich zur früheren Generationen mehr gegessen und sich immer weniger bewegt, es besteht keine Nahrungsknappheit mehr und Nahrungsmittel werden nicht mehr nach Bedarf, sondern nach Gefühl gekauft, und der Genuss zu vielen Essens, vor allem in Gemeinschaften wurde zu einem zentralen Bestandteil des Sozialverhaltens.¹⁶² Außerdem bringen Zeitbedingungen und Arbeitsverhalten, besonders der Frauen, dazu bei, dass immer mehr Fertiggerichte und Gerichte mit wenig Zubereitungszeit konsumiert werden.¹⁶³

Eine zentrale Rolle für eine erfolgreiche Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm, spielt die Motivation des betroffenen Kindes oder Jugendlichen und seiner Familie. Vorsorgende Maßnahmen sollten zunächst auf die allgemeine Gesundheitsförderung und nicht der Gewichtsreduktion basieren.¹⁶⁴

¹⁵⁹ Vgl. Ekmekcioglu/Kiefer, 2012, S. 16, 19, 24-25.

¹⁶⁰ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 65.

¹⁶¹ Jeffcoate, 1998, S. 904.

¹⁶² Vgl. ebd. S. 904.

¹⁶³ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 65-66.

¹⁶⁴ Vgl. Böhler/Wabitsch, 2004, S. 860.

6 Ernährung und Migration

Migration selbst ist noch kein gesundheitsgefährdender Faktor, jedoch die Lebensumstände einer Migration können Faktoren hervorrufen, welche sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken können. Doch mit dem Wandel der Gesellschaft, in der besonders billige und hoch-kalorienhaltige Nahrungsmittel produziert und konsumiert werden, besteht die Schwierigkeit auszuwählen, welche davon der eigenen Gesundheit zuträglich sind. Jeder Einzelner soll befähigt sein, das Ernährungs- und Freizeitverhalten auf die sich veränderte Lebensweise anzupassen.¹⁶⁵

Dieses und der nächste Kapitel beziehen sich auf die beiden Ernährungsberichte aus Österreich, das 2012, und aus der Türkei, welches 2014 publiziert wurde.¹⁶⁶ Dabei wurden aber auch andere Quellen zu einzelnen Werten verwendet, die aber auch angegeben werden. In diesem Teil werden die Ernährungsunterschiede beider Bevölkerungsgruppen in Bezug auf die Ernährungsberichte untersucht und beschrieben. Im letzten Teil der Arbeit wird der Vergleich der Ernährung der österreichischen und der türkischen Bevölkerung dargestellt.

6.1 Adipositas/Fettleibigkeit

Nach WHO wird Adipositas und Übergewicht definiert als eine „*abnormal or excessive fat accumulation that may impair health*“.¹⁶⁷ Dabei sollte sich der Begriff Übergewicht vom Begriff Adipositas unterscheiden: „*Man spricht von Übergewicht, wenn im Vergleich zur Körpergröße ein zu hohes Körpergewicht vorliegt*“¹⁶⁸.

Die folgenden Zahlen und Fakten über die Werte der Fettleibigkeit der Personen, sowohl aus der Türkei als auch aus Österreich erfolgten durch die Beurteilung des

¹⁶⁵ Vgl. Kiefer/Hbaerzettl/Rieder, 2000, S. 2-3.

¹⁶⁶ Näheres dazu siehe: Türkischer Ernährungsbericht TBSA 2010, 2014:

http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf (31.05.2016)

Österreichischer Ernährungsbericht 2012:

<http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/5/3/CH1048/CMS1348749794860/oeb12.pdf> (31.05.2016)

¹⁶⁷ WHO, 2015. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (31.05.2016)

¹⁶⁸ Lehrke/Reinhold, 2009, S. 3.

Versorgungszustandes von Erwachsenen durch Aufnahmedaten, Blut- und Harnuntersuchungen.¹⁶⁹

Nach Zahlen und Untersuchungen der TBSA 2010, ist die Fettleibigkeit in der Türkei bei den Männern vor allem zwischen 54 und 61 Jahren (30,7%) sowie ab 65 Jahren (25,8%) weit verbreitet, bei Frauen liegt die Fettleibigkeit besonders zwischen 51 und 64 Jahren (64,4%) und ab 65 Jahren (53,5%) sehr hoch. Dabei spielt die Schulbildung eine sehr zentrale Rolle, denn je höher die Schulbildung desto geringer ist die Gefahr an Adipositas zu erkranken. Dies belegen auch die Werte, denn man sieht sehr klar und deutlich, vor allem bei den Frauen, dass sich die Zahl der adipösen Frauen mit Volksschulabschluss bei 48,2% (=Männer 18,3%) liegt, hingegen sind Frauen 18,2% (=Männer 19,7%) mit Matura oder höherer Schulbildung von Adipositas betroffen. Bei Männern hat dies keinen so deutlichen Unterschied als wie bei Frauen.¹⁷⁰

In Österreich sind nach dem Österreichischen Ernährungsbericht 2012 etwa 15% der Männer zwischen 18 und 64 Jahren sowie knapp 10% der Frauen adipös. Dabei findet sich ein zu hoher Körperfettanteil, besonders bei 55% der Männer zwischen 51 und 64 Jahren, hingegen am seltensten, etwa 9%, bei 25-50-jährigen Frauen. Dies wird durch die Energieaufnahme bei geringerer körperlicher Aktivität begründet. Außerdem ist die Aufnahme von Fett im Gegensatz zu Kohlenhydraten zu hoch.¹⁷¹

6.2 Alltagsernährung

Die türkische Küche basiert auf Getreide und Gemüse aber auch auf Fleisch, welche sehr fettreich und daher sehr ungesund zubereitet werden. Dabei spielt das Essen im türkischen Leben eine zentrale Rolle, denn das Wohlergehen einer Person wird am Ernährungsstand herausgelesen. *„Kinder weit über den Bedarf hinaus zu ernähren, scheint sich im türkischen Kulturkreis als fester Bestandteil der Erziehung herausgebildet zu haben.“*¹⁷² Abgesehen davon, ist das Ernährungsverhalten der türkischen Bevölkerung zum Teil durch Unkenntnis, fehlerhafte Wahl der Nahrungsmittel und falsche Zubereitung der Mahlzeiten gekennzeichnet. Diese führen zu Erhöhung der gesundheitlichen Schäden. Außerdem ist es nicht zu übersehen, dass

¹⁶⁹ Vgl. Österreichischer Ernährungsbericht 2012, S. 122; Vgl. TBSA 2010, 2014, S. 15.

¹⁷⁰ Vgl. TBSA 2010, 2014, S. 562.

¹⁷¹ Vgl. Ernährungsbericht 2012, S. 119.

¹⁷² Zwick, 2007, S. 14.

die türkische Bevölkerung die tägliche Energie etwa zu 44% von Fladenbrot und 58% von Brot und Getreideprodukten zu sich nimmt.¹⁷³

Die türkische Küche in Österreich findet in wissenschaftlichen Arbeiten und Forschungen wenig Bedeutung, in Deutschland gibt es auch nur Ansätze zur Beschreibung der türkischen Küche. Zudem wurden die Essgewohnheiten der türkischen Migranten in Deutschland und Österreich angepasst. Immer mehr Kantinen und Mensen, vor allem in Bildungseinrichtungen, bieten Gerichte und Speisen an, die garantiert ohne Schweinefleisch sind und keine Zutaten verwendet werden, die im Koran verboten sind.¹⁷⁴

Laut TBSA 2010 wurde festgestellt, dass die Erwachsenen ab 12 Jahren in der Türkei meist das Frühstück und das Mittagessen ausfallen lassen, jedoch das Abendessen eher einhalten.¹⁷⁵ In dieser Hinsicht wird am Abend ‚richtig gegessen‘, welches eine Gewichtszunahme begünstigt. Gründe des Ausfallens des Frühstücks werden wie folgt gereiht¹⁷⁶

- 30,1%: ‚keine Lust‘
- 26,2%: ‚nicht gewohnt‘
- 17,4%: ‚wenig Zeit‘
- 16,6%: ‚Spätaufsteher‘

Gründe des Ausfallens des Mittagessens werden wie folgt gereiht¹⁷⁷:

- 30,1%: ‚keine Lust‘
- 28,3%: ‚Spätaufsteher‘
- 24,8%: ‚nicht gewohnt‘

Beim Einkaufen der Nahrungsmittel in der Türkei, kann man laut TBSA 2010 sagen, dass je höher die Schulbildung der Person ist, desto eher wird im Supermarkt eingekauft, je niedriger die Schulbildung desto eher wird beim Markt, das heißt billig eingekauft.¹⁷⁸

¹⁷³ Vgl. TBSA 2010, 2014, S. 2.

¹⁷⁴ Vgl. Tages-Anzeiger Zürich, Arnet, 04.09.2009.

¹⁷⁵ Vgl. TBSA 2010, 2014, S. 164.

¹⁷⁶ Vgl. ebd. S. 169-170.

¹⁷⁷ Vgl. ebd. S. 169.

¹⁷⁸ Vgl. ebd. S. 98.

6.3 Bewegung

Die körperliche Inaktivität steht in Verbindung mit Übergewicht und chronischen Krankheiten, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose, Depressionen und Darm- und Brustkrebs.¹⁷⁹ Dabei gilt, dass „*Aktivitäten mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung*“ als körperliche Aktivität festgestellt werden und zu gesundheitsfördernden Effekten führen.¹⁸⁰

Im TBSA 2010 kommt allgemein deutlich hervor, dass je älter die türkische Bevölkerung ist, desto weniger Sport wird betrieben. Nach Zahlen würde dies wie folgt aussehen; männliche Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren betreiben 14,6% täglichen Sport, bei weiblichen Jugendlichen liegt die Zahl nur bei 9,9%. Umgekehrt ausgerechnet, liegt die Zahl der Männer zwischen 19 und 30 Jahren, die keinen Sport machen bei 65,5% und bei Frauen gleichen Alters bei 76,6%. Aus diesen Ergebnissen ist es sehr deutlich zu erkennen, dass Männer sich eher sportlich betätigen als Frauen.¹⁸¹

Laut dem Österreichischen Ernährungsbericht 2012 haben Österreicher zwischen 18 und 64 Jahren ein durchschnittliches körperliches Aktivitätsniveau (=Physical Activity Level, PAL) von 1.62. Die empfohlene Höhe des körperlichen Aktivitätsniveau, PAL laut WHO liegt bei 1,7. Das bedeutet, dass der Kalorienverbrauch der Erwachsenen in Österreich bei rund 2.550 kcal pro Tag liegt. Bei Männern (=PAL 1,69) ist der tägliche Kalorienverbrauch höher als bei den Frauen (=PAL 1,54).¹⁸² Laut Statistik Austria 2014 machen 62,7% der Männer zwischen 18 und 30 Jahren täglich Sport, bei Frauen liegt die Zahl bei etwa 48%.¹⁸³ Es lässt sich feststellen, dass sich die österreichische Bevölkerung zu energiereich ernährt und dabei aber vor allem zu viel tierische Fette und Eiweiße aufgenommen werden.¹⁸⁴

¹⁷⁹ Vgl. Mensink, 2003, S. 3.

¹⁸⁰ Österreichischer Ernährungsbericht 2012, S. 353.

¹⁸¹ Vgl. TBSA 2010, 2014, S. 423.

¹⁸² Vgl. Österreichischer Ernährungsbericht 2012, S. 352.

¹⁸³ Vgl. Statistik Austria 2014, 2015c. URL:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/koerperliche_aktivitaet/105605.html (06.06.2016)

¹⁸⁴ Vgl. BMG, 2009, S. 33-34.

7 Ernährungsberichte-Vergleich: Österreich und Türkei

Dieser Teil der Arbeit besteht aus einem Vergleich in Bezug auf die Erkrankung an Adipositas und der täglichen körperlichen Bewegung von der Bevölkerung in Österreich und der Türkei.

Tabelle 1: Adipositas und tägliche körperliche Aktivität (Österreich und Türkei)

Adipositas	Türkei 2010 (2013)		Österreich 2012 (2004/2014)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Jugendliche bis 19 Jahre	6-18: 2,1%	6-18: 2,3%	7-14: 9,0% 15-18: 11%	7-14: 5,5% 15-18: 4%
Erwachsene ca. 19 – 64 Jahre	20,5%	41%	14,9%	9,7%
SeniorInnen: ab ca. 60 Jahre	25,8%	53,5%	20,1%	19,1%
Bewegung				
Jugendliche bis ca. 19 Jahre	12-14: 26,2% 15-18: 14,6%	12-14: 7,0% 15-18: 9,9%	11-17: 23,2%	11-17: 12,5%
Erwachsene ca. 19 – 64 Jahre	18-60: 25,3%	18-60: 20,2%	18-60: 52,1%	18-60: 47,9%
SeniorInnen ab ca. 65 Jahre	65-75: 13,7%	65-75: 6,9%	27,5%	37,2%

Die Tabelle 1 wurde vor allem mithilfe von Angaben aus dem Österreichischen Ernährungsbericht 2012 und dem Ernährungsbericht der Türkei TBSA 2010 zusammengestellt aber auch mit einzelnen Angaben der Statistik Austria 2014, nach den Ergebnissen des WHO-HBSC-Survey 2014, aus Kiefer/Kunze 2004 sowie aus dem Türkischen Ernährungsbericht 2013 ergänzt.¹⁸⁵

¹⁸⁵ Vgl. TBSA 2010, S. 8, 423, 425, 481-482, 561-562; Vgl. Österreichischer Ernährungsbericht 2012, S. 208, 119, 125, 352; Vgl. Statistik Austria 2014, 2015c; Vgl. Kiefer/Kunze, 2004, S. 298; Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, S. 37; Vgl. T.C. Sağlık Bakanligi Sağlık İstatistikleri Yilligi, Türkischer Ernährungsbericht, 2013, 2014, S. 51.

In dieser vorgestellten Tabelle werden die Fettleibigkeit und die körperliche Bewegung in Österreich sowie in der Türkei angegeben, wobei unterschieden wird zwischen Jugendlichen, Erwachsenen und SeniorInnen.

In der Türkei sind 2,1% der männlichen Jugendlichen zwischen 6-18 Jahren von Adipositas betroffen, bei Mädchen liegt die Zahl bei 2,3%.¹⁸⁶ Bei männlichen Erwachsenen etwa zwischen 19 und 64 Jahren liegt die Zahl bei 20,5%, hingegen bei weiblichen Erwachsenen steigt die Zahl um das Doppelte wie bei den Männern an und zwar auf 41%. Dabei liegt die höchste Fettleibigkeitsrate bei den Seniorinnen bei 53,5% und bei Senioren bei 25,8%.¹⁸⁷

In Österreich liegt die Fettleibigkeitsrate bei 7-14 jährigen Buben bei 9% und bei gleichaltrigen Mädchen bei 5,5%.¹⁸⁸ Im Erwachsenenalter sind 14,9% der 19 und 64 jährigen Männer und bei 9,7% der Frauen gleichen Alters von Adipositas betroffen.¹⁸⁹ In Österreich sieht man deutlich, dass Frauen weniger an Adipositas erkrankt sind als Männer, hingegen in der Türkei, wie vorher angegeben, ist dies genau umgekehrt: Männer sind im Gegensatz zu Frauen eher weniger von Adipositas betroffen.¹⁹⁰

Wie auch in der Türkei steigt mit dem Alter die Fettleibigkeitsrate auch in Österreich an, ist aber schon lange nicht so hoch wie in der Türkei. In Österreich sind 20,1% der Senioren und 19,1% der Seniorinnen ab dem Alter von 60 Jahren an Adipositas erkrankt.¹⁹¹

Die tägliche körperliche Aktivität in der Türkei liegt bei Buben im Alter von 12-14 Jahren bei 26,2% und bei Mädchen bei nur 7%. Mit dem Alter sinkt die Zahl der körperlichen Aktivität bei beiden Geschlechtern, dabei liegt nämlich die Zahl bei 15-18 jährigen Buben bei 14,6% und bei Mädchen des gleichen Alters bei 9,9%.¹⁹² Im Erwachsenenalter zwischen 18 und 30 Jahren sind 34,5% der Männer und 23,4% der Frauen täglich körperlich aktiv, wobei diese durch die Differenz der Männer und Frauen, die gar keinen Sport machen, berechnet wurden. Das heißt bei Männer und Frauen zwischen 18 und 30 Jahren, die keinen Sport machen, liegt die Zahl bei 65,5% (=Männer) und bei 76,6% (=Frauen). Dabei wurde 100% minus 65,5% berechnet und das Ergebnis, 34,5%, als Wert in der Tabelle, für Männer die keinen Sport machen,

¹⁸⁶ Vgl. TBSA 2010, S. 8.

¹⁸⁷ Vgl. ebd. S. 481-482.

¹⁸⁸ Vgl. Österreichischer Ernährungsbericht 2012, S. 152.

¹⁸⁹ Vgl. ebd. S. 119, 125.

¹⁹⁰ Vgl. TBSA 2010, S. 481-482.

¹⁹¹ Vgl. Österreichischer Ernährungsbericht 2012, S. 208.

¹⁹² Vgl. TBSA 2010, S. 423, 425.

angegeben. Bei Frauen wurde dasselbe berechnet und der Wert (100% minus 76,6%) auf 23,4% festgelegt.¹⁹³

Nach dem Türkischen Ernährungsbericht 2013 machen 25,3% der Männer zwischen 18 und 60 Jahren regelmäßig Sport, hingegen liegt die regelmäßige körperliche Aktivität der Frauen bei 20,2%. In der Türkei bewegen sich Senioren zwischen 65-76 Jahren um 13,7% und Seniorinnen um 6,9%.¹⁹⁴

Die Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014 zeigen, dass in Österreich nur 23,2% der 11 bis 17 jährigen Burschen sich täglich bewegen. Bei gleichaltrigen Mädchen liegt diese Zahl bei 12,5%.¹⁹⁵

Nach Angaben der Statistik Austria im Jahre 2014 bewegten sich männliche Erwachsene zwischen 18-30 Jahren zu 52,1%, und Frauen zu 47,9% täglich. Bei den Senioren liegt die Zahl der täglichen körperlichen Aktivität bei 27,5% und bei Seniorinnen bei 37,2%.¹⁹⁶

Durch die Aufklärung über langfristige gesundheitliche Chancen und Risiken der Ernährung wird es in Zukunft in Österreich zu einer Stärkung des Ernährungsbewusstseins kommen. Jedoch werden sich die Diäten vermehren, die durch die schlechte Ernährung bedingt wurden, dennoch wird ein bewusstes und kontrolliertes Essverhalten weiterhin bestehen.¹⁹⁷

¹⁹³ Vgl. TBSA 2010, S. 561-562.

¹⁹⁴ Vgl. T.C. Sağlık Bakanligi Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Türkischer Ernährungsbericht, 2013, 2014, S. 51.

¹⁹⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, S. 37.

¹⁹⁶ Vgl. Statistik Austria 2014, 2015c.

¹⁹⁷ Vgl. Kiefer/Haberzettl/Rieder, 2000, S. 3.

8 Empirische Untersuchung

8.1 Forschungsmethode

Als Basis meiner empirischen Untersuchung habe ich den MASPAD-Fragebogen (=Construction and Validation of the Measurement of Acculturation Strategies for People of African Descent) von Obasi und Leong (2010), den LOT-R-Fragebogen (=Revised Life Orientation Test) von Scheier (1994) sowie den MEIM-Fragebogen (=The Multigroup Ethnic Identity Measure) von Roberts et al. (1999) herangezogen und mit meinem selbst erstellten Fragebogen zu Ernährung ergänzt.

Dieser Teil meiner Diplomarbeit widmet sich der Vorstellung dieser oben genannten Fragebögen, Fragebogendesign sowie mein eigener erstellter Fragebogen zu Ernährung.

8.1.1 Construction and Validation of the Measurement of Acculturation Strategies for People of African Descent (=MASPAD)

Das Konstrukt der Akkulturation ist in der Geschichte vor allem in den Sozialwissenschaften und in der Verhaltensforschung fest verankert. Anthropologen widmeten sich zunächst diesem Prozess und deren weltweite Bedeutung. Um den Prozess der Akkulturation erfolgreich abschließen zu können, bedarf es drei zentraler Bedingungen. Diese sind nach Leong und Obasi folgenderweise gekennzeichnet¹⁹⁸:

- 1) Mindestens zwei Kulturen müssen eindeutig gegeben sein.
- 2) Diese zwei Kulturen sollten eine bestimmte Zeit lang in direkten Kontakt miteinander sein.
- 3) Die Entwicklung in kulturellen Mustern sollte einseitig, in der nur eine Kultur beeinträchtigt wird oder zweiseitig erfolgt, in der beide Kulturen die Erfahrung machen, ihre kulturellen Muster zu verändern.

MASPAD ist ein multidimensionaler Fragebogen um die Akkulturationsstrategien, in Bezug auf des Glauben und das Verhalten zu beurteilen. Die Studie wurde bei 367

¹⁹⁸ Vgl. Obasi/Leong, 2010, S. 526.

TeilnehmerInnen mit afrikanischen Herkunft in Atlanta, Columbus, Los Angeles und New York durchgeführt.¹⁹⁹

MASPAD baut auf zwei Dimensionen auf, das Erstere gibt zunächst die relative Präferenz zur Wahrung der eigenen Kultur und Herkunft an, das Weitere beschränkt sich auf die relative Präferenz zur Kontaktbildung und Partizipation in der neuen Kultur. Dieser Fragebogen wurde erstellt, um Akkulturationsstrategien für Menschen mit afrikanischem Ursprung in den USA einzusetzen.²⁰⁰ Der MASPAD-Fragebogen besteht aus gesamt folgenden 45 Aussagen (siehe Abbildung 4). In dieser Arbeit wurden die Aussagen mit ‚afrikanischem Ursprung, Kultur, Gesellschaft oder Herkunft‘ auf ‚türkischer Ursprung, Kultur, Gesellschaft oder Herkunft‘ umgeschrieben. Diese beiden Dimensionen wurden ins Deutsche frei übersetzt. Die Aussagen der D1= ‚*relative preference for maintaining one’s heritage ethnocultural group*‘²⁰¹, sind wie folgt gereiht (siehe Abbildung 4):

¹⁹⁹ Vgl. ebd. S. 526.

²⁰⁰ Vgl. ebd. S. 527-528, 535.

²⁰¹ Vgl. ebd. S. 528.

- 1) Ich bin stolz auf meine türkische Abstammung.
- 5) Ich bin aufgewachsen, um kulturelle Tätigkeiten konsequent zu pflegen, welche mit Personen türkischer Abstammung übereinstimmen.
- 8) Ich bin so erzogen worden, mich gegenüber ältere Menschen respektvoll zu handeln.
- 11) Anstatt einer Diskriminierung entgegenzuwirken, ist es für mich wichtig, meinen kulturellen Glauben zu unterstützen.
- 14) Ich betrachte mich als eine spirituelle Person.
- 15) Ich nehme nur Etwas von Anderen an, wenn ich mich danach erkenntlich zeigen kann.
- 16) Ich betrachte mich als eine religiöse (Muslim, Christ, etc.) Person.
- 17) Es ist wesentlich für mich aktiv in einer türkischen Gesellschaft beteiligt zu sein.
- 20) Ich unterstütze aktiv türkische Geschäfte/Angelegenheiten.
- 23) Ich wurde dazu erzogen, um Geschäfte/Angelegenheiten der Türken zu unterstützen.
- 26) Ich bevorzuge Unterhaltungen (Filme, Musik, Theater, etc.), die türkischen Talent hervorheben.
- 27) Ich kaufe Produkte, die von türkischen Personen produziert werden.
- 29) Ich glaube, dass Veranstaltungen in meiner Gesellschaft zu spirituellem und physischem Gleichgewicht führen.
- 30) Ich übe verschiedene Rituale für meine vergangenen Vorfahren aus.
- 32) Menschen mit türkischer Herkunft sollten über ihre Geschichte Bescheid wissen, dass mit der Geburt der Menschheit begonnen hat.
- 33) Ich bin aktiv in einem türkischen spirituellen System beteiligt.
- 36) Während meiner spirituellen Tätigkeiten verwende ich die türkische Sprache.
- 39) Mitglieder meiner Kultur sollten eine Einschätzung für türkische Kunst und Musik haben.
- 41) Ich entfalte mich für unterschiedliche Formen von Medien (Fernseher, Zeitschriften, Zeitungen, Internet, etc.) um mit den Ereignissen, die sich auf meine Gesellschaft auswirken, durchzuhalten.
- 44) Durch meine Kultur kann ich zugleich die Würde und Menschlichkeit anderer Kulturen sehen.

Abbildung 4: 20 MASPAD-Aussagen zu D1: *„relative preference for maintaining one’s heritage ethnocultural group“* (in Anlehnung an Obasi und Leong frei übersetzt)

Die Aussagen der D2=*relative preference for having contact with and participating in the society of a different ethnocultural group*²⁰² lauten im deutschen, wie folgt (siehe Abbildung 5):

- 2) Wenn ich einmal Kinder habe, werden sie einen türkischen Namen bekommen.
- 3) Ich fühle mich mit meinem türkischen Vorfahren nicht verbunden.
- 4) Wenn ich einmal Kinder habe, werde ich sie zunächst mit österreichischer und erst danach als eine Person mit türkischer Abstammung groß ziehen.
- 6) Ich habe Schwierigkeiten Ideen von der türkischen Gesellschaft zu akzeptieren.
- 7) Ich tendiere dazu mit Personen Freundschaften zu bilden, die einer anderen Rasse sowie einen anderen kulturellen Hintergrund besitzen.
- 9) Jede Person in Österreich hat die gleiche Möglichkeit finanziell erfolgreich zu sein.
- 10) Mir fällt es leicht mich zu verstellen, nur um mich einer Kultur anzupassen.
- 12) Ich agiere in Sachen, die mit Menschen türkischer Abstammung zu tun haben konsequent, auch wenn dies andere Kulturen nicht akzeptieren würden.
- 13) Mein Verhalten in der Öffentlichkeit (Arbeit, Schule, etc.) unterscheidet sich von meinem Verhalten zuhause.
- 18) Ich bevorzuge, mit Personen umgeben zu sein, die nicht aus der Türkei stammen.
- 19) Ich nehme an vielen sozialen Veranstaltungen teil, in denen sich wenige Türken befinden.
- 21) Menschen sollten ihre eigenen Wertstellungen ändern, um diese dann in ihre Umgebung anzupassen.
- 22) Ich drücke mich in unterschiedlichen kulturellen Werten aus, um mich an diese anzupassen.
- 24) Meine Überzeugungen sind meist von meiner Religion geformt (Christentum, Islam, Katholizismus, etc.).
- 25) Die meisten meiner besten Freunde und meiner vergangenen Partner stammen aus unterschiedlichen kulturellen Gruppen ab.
- 28) Ich kaufe keine Produkte von türkischen Geschäften.
- 31) Ich sehe kein Problem sich in andere kulturellen Werte zu assimilieren, um in Folge finanziell Erfolg zu haben.
- 34) Mündliche Versprechungen bedeuten für mich nicht dasselbe wie schriftliche Verträge.
- 35) Ich besitze keine Produkte, die von Türken produziert werden.
- 37) Menschen in Österreich sollten nur Deutsch sprechen.
- 38) Ich werde wahrscheinlich jemanden heiraten, der keine Person mit türkischem Hintergrund ist.
- 40) Mein individueller Erfolg ist eher wichtig als der Erfolg der türkischen Gesellschaft.
- 42) Ich bevorzuge gegen die Ungerechtigkeit, die sich auf Personen mit türkischer Herkunft auswirken könnte, nicht zu sprechen.

Abbildung 5: 23 MASPAD-Aussagen zu D2: *relative preference for having contact with and participating in the society of a different ethnocultural group* (in Anlehnung an Obasi und Leong frei übersetzt)

²⁰² Vgl. ebd. S. 528.

8.1.2 Revised Life Orientation Test (LOT-R)

Der LOT-R-Fragebogen beschäftigt sich mit dispositonaler Optimismus. Es wurde herausgefunden, dass dieser sich positiv auf das psychische und physische Wohlbefinden auswirkt. Optimistische Menschen haben eine hohe Lebenserwartung als pessimistische. Dies bestätigen auch zahlreiche Untersuchungen zum Optimismus, beispielweise verspüren optimistische Menschen vor und nach jeglichen Operationen weniger Stress. Der Grund dieses Verhaltens liegt wahrscheinlich daran, dass keine negative Prognose erwartet wird, und wenn dem so sein sollte, glauben optimistische Menschen an den positiven Ausgang ihrer Krankheit.²⁰³ Auch nach der Studie von Scheier u.a. kann man dies nur bestätigen.²⁰⁴

Der LOT-R wurde erstellt um Optimismus und Pessimismus voneinander zu unterscheiden und um die individuellen Unterschiede bewerten zu können. Dieser Fragebogen besteht aus zehn Aussagen, die auf einer Skala von 0 bis 4 bewertet werden sollen. Da zwei Items sich eher auf die Bewältigung konzentriert haben und weniger auf den Aspekt der positiven Zukunftserwartungen eingegangen sind, wurden diese entfernt und die folgende neue Skala erstellt: In der gilt: 0= nicht stark übereinstimmen; 1= nicht übereinstimmen; 2= neutral; 3= übereinstimmen; 4= stark übereinstimmen.²⁰⁵ Der folgende Fragebogen wurde auf Basis des LOT-R erstellt (siehe Abbildung 6):

In unsicheren Fällen entscheide ich mich gelegentlich für das Beste.
Ich beruhige mich sehr schnell.
Wenn etwas für mich schief läuft, ist es einfach so.
Über meine Zukunft bin ich immer optimistisch.
Ich genieße meine Freunde sehr.
Es ist wichtig für mich, beschäftigt zu sein.
Ich erwarte kaum jemals, dass Sachen so geschehen wie ich es will.
Ich rege mich nicht so leicht auf.
Ich rechne kaum damit, dass mir Gutes geschieht.
Allgemein erwarte ich, dass mir Gutes geschieht als Schlechtes.

Abbildung 6: LOT-R; 10 Aussagen (in Anlehnung an Scheier frei übersetzt)

²⁰³ Vgl. Renner/Weber, 2005, S. 451.

²⁰⁴ Vgl. Scheier, 1994, S. 1063.

²⁰⁵ Vgl. ebd. S. 1064, 1073-1075.

8.1.3 The Multigroup Ethnic Identity Measure (MEIM)

Ethnische Identität ist gekennzeichnet durch die Komponente des Selbstkonzepts und entwickelt sich im Laufe der Adoleszenz.²⁰⁶ Phinney stellte die Komponenten zusammen, welche in Studien, in Zusammenhang mit unterschiedlichen ethnischen Gruppen berücksichtigt wurden und die eine zentrale Bedeutung in Bezug auf die ethnische Identität hatten. Diese Komponenten wurden Grundlage des genannten Fragebogens ‚*The multigroup Ethnic Identity Measure (MEIM)*‘, welcher in mehreren Studien verwendet wurde.²⁰⁷ Dieser Fragebogen besteht aus zehn Items, in dem zwei zentrale Faktoren untersucht werden sollen, nämlich die Faktoren *ethnic identity* (ethnische Identität; Items 1,2,4,8,10) und *affirmation* (=Versicherung), *belonging* (=Zugehörigkeit) und *commitment* (=Verpflichtung; Items 3,5,6,7,9,11;12). Das Erstere ist der Umfang, in dem eine Person ein sicheres Gefühl zu ihrer/seiner ethnischen Identität bildet, das Zweitere umfasst das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit und die Einstellung der individuellen Gruppe. Die Items 13 und 14 dienen zur Bestimmung der Identität. Die Aussagen werden in einer Skala von 1 bis 4 bewertet (1=nicht stark übereinstimmen, 2=nicht übereinstimmen, 3=übereinstimmen, 4=stark übereinstimmen).²⁰⁸ Zur deutschen Version werden folgenden Aussagen zugeordnet (siehe Abbildung 7):

²⁰⁶ Vgl. Roberts (u.a.), 1999, S. 302.

²⁰⁷ Vgl. ebd. S. 302.

²⁰⁸ Vgl. ebd. S. 302, 307.

- 1) Durch meine Kultur kann ich zugleich die Würde und Menschlichkeit anderer Kulturen sehen.
- 2) Ich bin aktiv in Organisationen oder sozialen Gruppen, welche meist aus Mitgliedern meiner ethnischen Gruppe bestehen.
- 3) Ich habe eine klare Vorstellung über meinen ethnischen Hintergrund und auch darüber, welche Bedeutung sie für mich hat.
- 4) Ich denke viel darüber nach, wie mein Leben von meiner ethnischen Gruppenzugehörigkeit beeinflusst wird.
- 5) Ich bin glücklich darüber, dass ich ein Teil der Gruppe bin, in welche ich gehöre.
- 6) Ich habe eine starke Sensibilität über meine Zugehörigkeit meiner ethnischen Gruppe.
- 7) Ich verstehe ganz gut, was meine ethnische Zugehörigkeit für mich bedeutet.
- 8) Um über meine ethnischen Hintergründe mehr zu erfahren, habe ich öfters mit anderen Personen über meine ethnische Gruppierung gesprochen.
- 9) Ich habe eine große Menge an Stolz in meiner ethnischen Gruppe.
- 10) Ich nehme teil an kulturellen Tätigkeiten meiner eigenen Gruppe, vor allem an Speisen, Musik oder Bräuchen.
- 11) Ich fühle eine starke Halterung gegenüber meiner eigenen ethnischen Gruppe.
- 12) Ich fühle mich gut über meinen eigenen kulturellen und ethnischen Hintergrund.
- 13) Mein Vater kommt aus (verwende die Zahlen unten) _____
- 14) Meine Mutter kommt aus (verwende die Zahlen unten) _____
 1. der Türkei
 2. dem Balkan (Albanien, Bosnien, Mazedonien, Serbien, Bulgarien)
 3. anderes Land: _____

Abbildung 7: Items nach MEIM (in Anlehnung an Phinney frei übersetzt)

8.1.4 Fragebogen-Ernährung

Dieser Fragebogen wurde von mir selbst erstellt. Als Basis wurde die Quelle von Thirlaway und Upton²⁰⁹ herangezogen. Der Ernährungsfragebogen beschränkt sich auf Aussagen zur gesunden Ernährung und auf die Auswahl der Lebensmittel in Bezug auf Preis, Marke und biologischer Herstellung. Außerdem gibt es Aussagen zur körperlichen Aktivität, zum allgemeinen Wohlbefinden und Einnahme sowie Zubereitung der Mahlzeiten. Diese 47 Aussagen werden in einer Skala von 1 bis 6 bewertet (1=stimme gar nicht überein, 2=stimme nicht überein, 3=stimme wenig überein, 4=neutral, 5=stimme überein, 6=stimme sehr überein). Aus den 47 Aussagen wurden die Items 1-5,9,11,21-23,25,27,30-33,35,36,38,39 und 41-44 zur Bestimmung einer besseren Gesundheitsführung verwendet und die Items 6-8,10,12-20,24,26,28,29,34,37 und 40-45 zur Bestimmung einer schlechteren Gesundheitsführung bestimmt. Nur die letzten vier Tabellen sollen in Form einer wie-oft Skala Auskunft über den Konsum von Lebensmitteln und Getränken geben. Diese werden von 0 bis 4 bewertet (0=nie, 1=wenig notwendig, 2=Einmal im Monat, 3=einmal pro Woche, 4=täglich). Der Ernährungsfragebogen lautet wie folgt (siehe Abbildung 8):

²⁰⁹ Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 50-68.

- 1) Ich kaufe gesunde Nahrung ein, unabhängig davon ob es teuer ist oder nicht.
 - 2) Ich achte darauf gesunde Nahrung bzw. Bio-Nahrung zu kaufen.
 - 3) Ich kaufe billig ein, auch wenn sich der Supermarkt weit weg von meinem Zuhause befindet.
 - 4) Mir ist es wichtig mich gesund zu ernähren und gesunde Nahrung zu kaufen, auch wenn ich dafür manchmal mehr zahlen muss als wenn ich billige Nahrung kaufen würde.
 - 5) Ich achte darauf täglich 1,5-2 Liter (6-8 Gläser) Wasser zu trinken.
 - 6) Ich bevorzuge unter der Woche Mahlzeiten, die wenig Vorbereitung benötigen.
 - 7) Untertags beschränke ich meine Mahlzeiten für max. 15 Minuten ein.
 - 8) In meiner Kindheit hatte ich Abneigungen zu bestimmten Mahlzeiten, die sich mit der Zeit wiederlegt haben.
 - 9) Ich bin Nicht-Raucher und bevorzuge auch Nicht-Raucher-Zonen.
 - 10) Ich trinke Wasser, nur wenn es mir einfällt.
 - 11) In der Familie essen wir das Abendessen nicht spät (früher als 18h) und zur gleichen Zeit.
 - 12) In Stresssituationen verzichte ich auf das Essen.
 - 13) In Stresssituationen esse ich mehr als sonst, denn ich muss mich dadurch beruhigen.
 - 14) Ich esse gelegentlich auch nebenbei vor dem Fernseher, beim Lesen, etc.
 - 15) Wenn mein Lieblingsessen am Speiseplan ist, esse ich mehr als sonst.
 - 16) Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um etwas zu essen.
 - 17) Wenn ich in der Gesellschaft bin, esse ich weniger als gewöhnlich.
 - 18) Wenn ich mir einen Film ansehe oder ein Buch lese, nehme ich mir immer etwas zum Naschen.
 - 19) Ich bin wegen meinem Gewicht schon oft in Verzweiflung geraten.
- 20) Wenn ich mich schlecht fühle, tröste ich mich mit dem Essen.
 - 21) Ich habe Abneigungen zu unbekanntem Mahlzeiten, daher versuche ich wenn ich draußen esse immer gleiche, mir bekannte Mahlzeiten zu nehmen.
 - 22) Ich versuche Mahlzeiten frisch zuzubereiten, unabhängig davon ob ich dafür mehr als eine Stunde benötige.
 - 23) Ich versuche täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu essen. (1 Portion=ca. 60 gr.=z.B. ein normalgroßer Apfel oder eine Handvoll Nüsse)
 - 24) Ich esse gelegentlich auf dem Weg zur Arbeit, zu einem Termin, in der U-Bahn, etc.
 - 25) Um mein Gewicht zu kontrollieren, zähle ich Kalorien.
 - 26) Die Zeitpunkte meine Mahlzeiten variieren je nach meinen Angelegenheiten/Beschäftigungen.
 - 27) Ich beende meine Mahlzeit oft bevor ich satt werde.
 - 28) Ich esse häufig unter Tags kaum etwas, dafür esse ich am Abend richtig.
 - 29) Wenn ich verzweifelt bin, esse ich aus Frust.
 - 30) Ich achte darauf, dass ich mind. dreimal am Tag esse.
 - 31) Ich achte darauf, dass ich immer zur gleichen Zeit esse.
 - 32) Manchmal denke ich, dass ich mein Essverhalten besser kontrollieren sollte.
 - 33) Meistens esse ich mehr als dreimal am Tag.
 - 34) Ich achte beim Einkaufen auf den Preis.
 - 35) Ich achte darauf, dass ich einmal in der Woche Fisch esse.
 - 36) Unter der Woche esse ich meist zur gleichen Uhrzeit.
 - 37) In Anwesenheit anderer, esse ich meist wenig, dafür esse ich mehr, wenn ich alleine/zuhause bin.
 - 38) Ich esse gelegentlich dasselbe.
 - 39) Ich achte beim Einkaufen auf den Inhalt der Produkte.
 - 40) Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr als sonst.
 - 41) Ich meide Lebensmittel, die bekannt sind 'dick' zu machen.
 - 42) Ich versuche meine Freizeit aktiv (draußen an der frischen Luft) zu verbringen.
 - 43) Ich achte darauf verschiedene Lebensmittel zu essen.
 - 44) Ich esse täglich mehr als ein halbes Fladenbrot.
 - 45) Ich verbringe meine Freizeit oft passiv (zuhause mit TV oder Lesen).

Abbildung 8: Fragebogen Ernährung, 47 Aussagen zu Ernährung und Gesundheit

113) Welche der unten stehenden konsumieren Sie ...
Schokolade
Kekse
Schokolade-, Haselnusscreme (zb. Nutella, etc.)
Kuchen
Überraschungseier
Kaugummi
Sonnenblumenkerne
Sonnenblumenkerne (gesalzen)
Kürbiskerne
Kürbiskerne (gesalzen)
Pistazien
Wallnüsse
Nüsse
Rosinen
Getrocknete Aprikose
Getrocknete Feigen
Chips
Geröstete Kichererbsen (Leblebi)
Geröstete Kichererbsen mit Schokoladenumhüllung
Geröstete Kichererbsen mit Zuckermhüllung
Lollypop
Geröstet und gesalzener Mais
Popcorn
Erdnüsse
Lokum

Abbildung 9: Fragebogen Ernährung, Frage zum Konsum von Süßigkeiten

114) Welche Fleischsorten essen Sie ...
Geflügelfleisch
Kalbsfleisch
Schafffleisch
Rindfleisch
Schweinefleisch
Lammfleisch

Abbildung 10: Fragebogen Ernährung, Frage zum Konsum von Fleisch

115) Welche Getränke konsumieren Sie ...
Obst-Säfte (ohne Zucker bzw. ohne Kohlensäure-
zb. Apfel-, Orangensaft, etc.)
Alkohol
Zuckerhaltige-Getränke (zb. Eistee, etc.)
Tee
Kaffee
Getränke mit hoher Kohlensäure
(Cola, Redbull, etc.)
Milch
Mineralwasser

Abbildung 11: Fragebogen Ernährung, Frage zum Konsum von Getränke

116) Welche Gemüsesorten konsumieren Sie ...

- Rotkohl
- Weißkohl
- Grünkohl
- Tomaten
- Kartoffel
- Frühlingszwiebel
- Zwiebel
- Rote Zwiebel
- Petersilie
- Salat
- Roter Pfeffer
- Grüner Pfeffer
- Paprika
- Porree
- Zitrone
- Gurke
- Melanzani
- Zucchini
- Karotte
- Dill
- Spinat

Abbildung 12: Fragebogen Ernährung, Frage zum Verzehr von Gemüse

8.2 Forschungsfrage

Wie bewältigen Menschen in Österreich, im Vergleich zwischen den aus der Türkei zugezogenen älteren türkischen MigrantInnen und der jungen in Österreich geborenen türkischen Jugendlichen in Österreich, den Alltag im gesundheitsbezogenem Lebensstil?

8.3 Hypothesen

- 1) Personen, mit einer hohen Präferenz der Wahrung der eigenen Kultur ernähren sich anders als Personen mit einer niedrigen Präferenz (MASPAD 1).
- 2) Personen mit hohen Werten in der Partizipation in der österreichischen Kultur ernähren sich anders als Personen mit niedrigen Werten (MASPAD D2).
- 3) Personen mit einer erhöhten ethnischen Identität (MEIM Skala 1) ernähren sich ähnlich wie Personen mit einer niedrigen ethnischen Identität.
- 4) Personen mit erhöhten Werten in Affirmation (MEIM Skala 2) ernähren sich unterschiedlich zu Personen mit geringen Werten.
- 5) Personen mit erhöhten Werten des Optimismus ernähren sich ähnlich wie Personen mit erhöhten Werten des Pessimismus.
- 6) Personen mit erhöhtem BMI ernähren sich ungesünder als Personen mit niedrigem BMI.
- 7) Personen, die sich gesund fühlen ernähren sich gesünder, als Personen die sich ungesund fühlen.
- 8) Personen, die in Österreich geboren sind, fühlen sich gesünder als aus der Türkei zugezogene Personen.
- 9) Personen, die in Österreich geboren sind, haben ein schlechteres Gewichtgefühl.

8.4 StudienteilnehmerInnen

Insgesamt nahmen 80 Personen an meiner Befragung teil. Der Fragebogen bestand aus insgesamt 116 Aussagen bzw. Fragen zum Ankreuzen und der Befragung am Anfang des Fragebogens zu den persönlichen Daten. An der Befragung nahmen 60 türkische Jugendliche, die in Österreich geboren wurden und 20 Erwachsene Personen, welche aus der Türkei nach Österreich zugewandert waren, teil. Die in Österreich geborenen Jugendlichen habe ich in zwei Altersgruppen aufgeteilt, jene unter 18 Jahren und jene über 18 Jahren. Die nach Österreich zugewanderten Erwachsenen sind über 18 Jahre alt. Die Versuchspersonen wurden in weiblich und männlich unterteilt. Die nun folgenden Statistiken und Interpretationen beziehen sich ausschließlich auf die 80 befragten Personen, die aus der Türkei zugezogenen Migrantinnen und die in Österreich geborenen Personen mit Migrationshintergrund. Ihre Alters- und Geschlechterverteilung ist in der folgenden Tabelle (siehe Tabelle 2) dargestellt:

Tabelle 2: Alters- und Geschlechterverteilung der StudienteilnehmerInnen

	Männer	Frauen
18+ Jährige, die nach Österreich zugezogen sind	10	10
18+ Jährige, die in Österreich geboren sind	15	15
-18 Jährige, die in Österreich geboren sind	15	15

8.5 Studiendurchführung

Die Erhebung des Datenmaterials wurde privat durchgeführt. Die Fragebögen wurden persönlich übergeben und vorher natürlich über die Bereitschaft zur Teilnahme gefragt. Viele Fragebögen wurden durch Verwandte und Freunde vor allem vor den Sommerferien 2015 ausgefüllt. Der restliche Teil wurde dann im Oktober 2015 ausgeteilt.

8.6 Auswertung

Für die Auswertung des Fragebogens wurden die Antworten der StudienteilnehmerInnen in Zahlen umcodiert, dabei gilt 1 für „stimme gar nicht überein“, 2 für „stimme nicht überein“, 3 für „stimme wenig überein“, 4 für „neutral“, 5 für „stimme überein“ und 6 für „stimme sehr überein“. Dies betrifft die Fragen 1 bis 112. Die männlichen Versuchspersonen wurden mit 1 und die weiblichen Versuchspersonen mit 0 gekennzeichnet.

8.7 Auswertung der Hypothesen

8.7.1 Allgemeine Ergebnisse

Um zu überprüfen ob die Geschlechterverteilung in beiden Versuchsgruppen gleich ist, wurde die folgende Tabelle erstellt und ein χ^2 -Test gerechnet.

Tabelle 3: Geschlechterverteilung in beiden Versuchsgruppen

		Sex			
		Frauen	Männer	Gesamt	
Ort	Österreich	Anzahl	30	29	59
		% innerhalb von Ort	50,8%	49,2%	100,0%
		% innerhalb von Sex	75,0%	72,5%	73,8%
		% der Gesamtzahl	37,5%	36,3%	73,8%
	Türkei	Anzahl	10	11	21
		% innerhalb von Ort	47,6%	52,45%	100,0%
		% innerhalb von Sex	25,0%	27,5%	26,3%
		% der Gesamtzahl	12,5%	13,8%	26,3%
Gesamt		Anzahl	40	40	80
		% innerhalb von Ort	50,0%	50,0%	100,0%
		% innerhalb von Sex	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	50,0%	50,0%	100,0%

Berücksichtigt man nun alle angeführten Daten, so ist zu erkennen, dass die Geschlechterverteilung in beiden Gruppen gleich ist $\chi^2 (df=1) = .065$; $p = .80$.

Die folgende Tabelle 4 gibt an, ob es einen Unterschied in der Partnerschaft in beiden Versuchsgruppen gibt und wird mit einem Chi²-Test berechnet:

Tabelle 4: Partnerschaft in beiden Versuchsgruppen

		Ehe			
		Nein	Ja	Gesamt	
Ort	Österreich	Anzahl	50	9	59
		% innerhalb von Ort	84,7%	15,3%	100,0%
		% innerhalb von Sex	87,%	39,1%	73,8%
		% der Gesamtzahl	62,5%	11,3%	73,8%
	Türkei	Anzahl	7	14	21
		% innerhalb von Ort	33,3%	66,7%	100,0%
		% innerhalb von Sex	12,3%	60,9%	26,3%
		% der Gesamtzahl	8,8%	17,5%	26,3%
Gesamt		Anzahl	57	23	80
		% innerhalb von Ort	71,3%	28,8%	100,0%
		% innerhalb von Sex	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	71,3%	28,8%	100,0%

Wie man aus der Tabelle 4 ersehen kann, gibt es einen signifikanten Unterschied in der Partnerschaft in beiden Versuchsgruppen $Chi^2 (df=1)= 19,985; p=.00$. Bei MigrantInnen aus der Türkei waren weniger Personen verheiratet als die in Österreich geborenen Personen.

Wie es auch ein Unterschied in der Partnerschaft gibt, ist auch ein Unterschied bei der Kinderanzahl in beiden Versuchsgruppen vorhanden. Dies wird in der folgenden Tabelle 5 bestätigt und anhand eines Chi²-Tests berechnet:

Tabelle 5: Kinderanzahl in den Ehen beider Versuchsgruppen

			Kinder									
			0	1	2	3	4	6	14	18	Gesamt	
Ort	Österreich	Anzahl	56	3	0	0	0	0	0	0	59	
		% innerhalb von Ort	94,9%	5,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% innerhalb von Sex	88,9%	75,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	73,8%
		% der Gesamtzahl	70,0%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	73,8%
	Türkei	Anzahl	7	14	1	1	5	1	1	1	1	21
		% innerhalb von Ort	33,3%	4,8%	4,8%	4,8%	23,8%	4,8%	4,8%	4,8%	4,8%	100,0%
		% innerhalb von Sex	11,1%	25,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	26,3%
		% der Gesamtzahl	8,8%	1,3%	1,3%	1,3%	6,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	26,3%
	Gesamt	Anzahl	63	4	1	1	5	1	1	1	1	80
		% innerhalb von Ort	78,8%	5,0%	5,0%	1,3%	6,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	100,0%
% innerhalb von Sex		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% der Gesamtzahl		78,8%	5,0%	5,0%	1,3%	6,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	100,0%	

Vergleicht man den Unterschied der Kinderanzahl in den Ehen der beiden Versuchsgruppen, so erkennt man in der Tabelle 5, dass die Kinderanzahl der zugezogenen Personen höher ist als in der in Österreich geborenen Personen $Chi^2 (df=7) = 43,985; p = .00$. Wobei man hier sehr gut erkennen kann, dass es auch eine Familie gibt mit gesamt 18 Kindern sowie zwei Müttern. In dieser Familie gehören 14 Kinder einer Frau und 4 Kinder der anderen Frau.

8.7.2 Auswertung der Hypothesen

Hypothese 1

Personen, mit einer hohen Präferenz der Wahrung der eigenen Kultur ernähren sich anders als Personen mit einer niedrigen Präferenz (MASPAD 1).

Um zu überprüfen ob Personen mit einer hohen Präferenz der Wahrung der eigenen Kultur sich anders ernähren als Personen mit einer niedrigen Präferenz, wurde eine Varianzanalyse (siehe Tabelle 6) mit den Faktoren Präferenz der Wahrung der eigenen Kultur, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 6: Varianzanalyse zur Wahrung der eigenen Kultur mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Maspad 1 Mediansplitt	Geburtsort	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Niedrige Werte	Österreich	Weiblich	3,590	,653	17
		Männer	3,782	,549	7
		Gesamt	3,646	,619	24
	Türkei	Weiblich	3,385	,746	7
		Männer	3,646	,786	8
		Gesamt	3,524	,752	15
	Gesamt	Weiblich	3,530	,672	24
		Männer	3,710	,665	15
		Gesamt	3,599	,666	39
Hohe Werte	Österreich	Weiblich	3,692	,317	13
		Männer	3,456	,533	22
		Gesamt	3,544	,473	35
	Türkei	Weiblich	3,971	,509	3
		Männer	3,405	,664	3
		Gesamt	3,688	,613	6
	Gesamt	Weiblich	3,744	,357	16
		Männer	3,450	,534	25
		Gesamt	3,565	,490	41
Gesamt	Österreich	Weiblich	3,634	,529	30
		Männer	3,535	,545	29
		Gesamt	3,585	,535	59
	Türkei	Weiblich	3,560	,713	10
		Männer	3,581	,730	11
		Gesamt	3,571	,704	21
	Gesamt	Weiblich	3,616	,490	40
		Männer	3,547	,592	40
		Gesamt	3,582	,579	80

Zur Berechnung der Hypothese 1 wurde eine multifaktorielle Varianzanalyse (siehe Tabelle 7) mit den Faktoren Präferenz der Wahrung der eigenen Kultur, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 7: Multifaktorielle Varianzanalyse zu Geschlechterunterschiede mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	665,031	1	665,031	1922,468	,000	,964
maspad1	,012	1	,012	,03	,856	,000
Ort	,010	1	,010	,030	,864	,000
Geschlecht	,096	1	,096	,277	,600	,004
maspad1 * Ort	,258	1	,258	,745	,391	,010
maspad1 * Geschlecht	1,250	1	1,250	3,615	,061	,048
Ort * Geschlecht	,054	1	,054	,155	,695	,002
maspad1 * Ort * Geschlecht	,127	1	,127	,366	,547	,005
Fehler	24,907	72	,346			
Gesamt	1053,042	80				
Korrigierte Gesamtvariation	26,546	79				

Laut der Tabelle 7 gibt es eine tendenzielle Interaktion im Gesundheitsverhalten, wenn man das Geschlecht und die Präferenz zur Wahrung der eigenen Kultur berücksichtigt. Die nächste Abbildung 13 stellt den Geschlechterunterschied genauer dar:

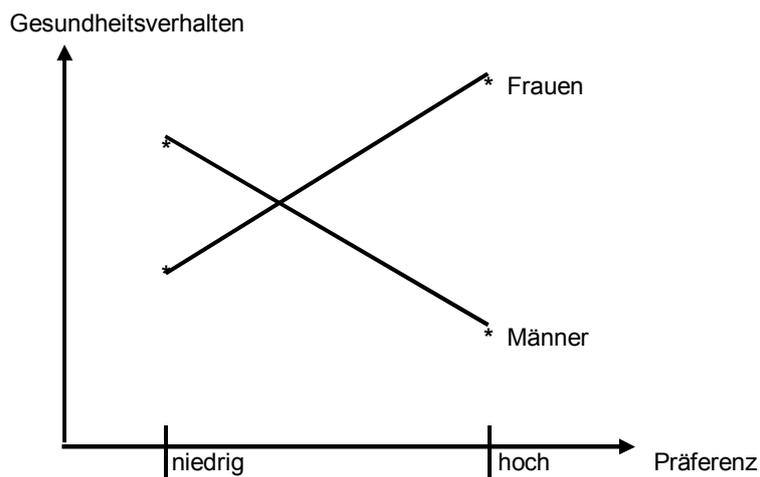


Abbildung 13: Gesundheitsverhalten mit der Berücksichtigung des Geschlechts und der Präferenz zur Wahrung der eigenen Kultur

Aus der Abbildung 13 kann ganz klar gesehen werden, dass Frauen, die ihre Kultur wahren sich gesünder ernähren als Frauen, die ihre Kultur nicht wahren. Hingegen Männer, die ihre Kultur wahren ernähren sich ungesünder als Männer die ihre Kultur nicht wahren, die ernähren sich nämlich gesünder.

Hypothese 2

Personen mit hohen Werten in der Partizipation in der österreichischen Kultur ernähren sich anders als Personen aus dem Herkunftsland (MASPAD D2).

Um herauszustellen, ob Personen mit hohen Werten in der Partizipation in der österreichischen Kultur sich anders ernähren als Personen aus dem Herkunftsland, wurde eine Varianzanalyse (siehe Tabelle 8) mit den Faktoren Partizipation in der österreichischen Kultur, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 8: Varianzanalyse zu Partizipation in der österreichischen Kultur mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Geburtsort	Geschlecht	Maspad 2 Mediansplitt	Mittelwert	Standardabweichung	N
Österreich	Frauen	Niedrige Werte	3,535	,682	13
		Hohe Werte	3,711	,380	17
		Gesamt	3,634	,529	30
	Männer	Niedrige Werte	3,343	,479	10
		Hohe Werte	3,636	,563	19
		Gesamt	3,535	,545	29
	Gesamt	Niedrige Werte	3,451	,597	23
		Hohe Werte	3,671	,480	36
		Gesamt	3,585	,535	59
Türkei	Frauen	Niedrige Werte	3,494	,759	8
		Hohe Werte	3,826	,614	2
		Gesamt	3,560	,713	10
	Männer	Niedrige Werte	3,913	,436	6
		Hohe Werte	3,182	,855	5
		Gesamt	3,581	,730	11
	Gesamt	Niedrige Werte	3,673	,655	14
		Hohe Werte	3,366	,805	7
		Gesamt	3,571	,704	21
Gesamt	Frauen	Niedrige Werte	3,519	,693	21
		Hohe Werte	3,723	,388	19
		Gesamt	3,616	,571	40
	Männer	Niedrige Werte	3,557	,513	16
		Hohe Werte	3,541	,641	24
		Gesamt	3,547	,592	40
	Gesamt	Niedrige Werte	3,535	,620	37
		Hohe Werte	3,621	,546	43
		Gesamt	3,582	,579	80

Wie man in Tabelle 8 sehen kann, ist der Wert der Partizipation in der österreichischen Kultur in Zusammenhang mit Geschlecht und Geburtsort der Versuchspersonen gleich hoch. Das bedeutet, dass sich Personen, die hohe Werte in der Partizipation in der österreichischen Kultur aufweisen, sich ähnlich ernähren als Personen mit niedrigen Werten.

Die folgende Tabelle 9 gibt an, dass es in Bezug auf Geschlecht und Geburtsort keinen signifikanten Unterschied bei der Ernährungsweise der Personengruppen gibt.

Tabelle 9: Tests der Zwischensubjekteffekte zur Partizipation in der österreichischen Kultur mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	640,889	1	640,889	1924,692	,000	,964
Ort	,012	1	,028	,085	,771	,001
Geschlecht	,189	1	,189	,567	,454	,008
maspad2	,004	1	,004	,011	,915	,000
Ort * Geschlecht	,001	1	,001	,004	,950	,000
Ort * maspad2	,588	1	,588	1,765	,188	,024
Geschlecht * maspad2	,698	1	,698	2,096	,152	,028
Ort * Geschlecht * maspad2	1,085	1	1,085	3,260	,075	,043
Fehler	23,975	72	,333			
Gesamt	1053,042	80				
Korrigierte Gesamtvariation	26,546	79				

Hypothese 3

Personen mit einer erhöhten ethnischen Identität (MEIM Skala 1) ernähren sich ähnlich wie Personen mit einer niedrigen ethnischen Identität.

Um zu überprüfen, ob die Hypothese 3 richtig ist und Personen mit einer erhöhten ethnischen Identität sich ähnlich ernähren wie Personen mit einer niedrigen ethnischen Identität, wurde eine Varianzanalyse mit den Faktoren Ethnische Identität, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet (siehe Tabelle 10):

Tabelle 10: Varianzanalyse zur ethnischen Identität mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Geburtsort	Geschlecht	MEIM-ID. Mediansplitt	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Österreich	Frauen	Niedrige Werte	3,553	,551	23
		Hohe Werte	3,900	,364	7
		Gesamt	3,634	,529	30
	Männer	Niedrige Werte	3,444	,733	9
		Hohe Werte	3,576	,455	20
		Gesamt	3,535	,545	29
	Gesamt	Niedrige Werte	3,523	,597	32
		Hohe Werte	3,660	,450	27
		Gesamt	3,585	,535	59
Türkei	Frauen	Niedrige Werte	3,768	,668	3
		Hohe Werte	3,900	,408	7
		Gesamt	3,560	,713	10
	Männer	Niedrige Werte	3,478	,853	6
		Hohe Werte	3,704	,622	5
		Gesamt	3,581	,730	11
	Gesamt	Niedrige Werte	3,241	,832	9
		Hohe Werte	3,818	,492	12
		Gesamt	3,571	,704	21
Gesamt	Frauen	Niedrige Werte	3,463	,607	26
		Hohe Werte	3,900	,371	14
		Gesamt	3,616	,571	40
	Männer	Niedrige Werte	3,458	,753	15
		Hohe Werte	3,601	,481	25
		Gesamt	3,547	,592	40
	Gesamt	Niedrige Werte	3,461	,655	41
		Hohe Werte	3,709	,463	39
		Gesamt	3,582	,579	80

Aus der Tabelle 10 kann man herauslesen, dass es einen Unterschied zwischen den Personen, die eine hohe ethnische Identität und den Personen mit einer geringen ethnischen Identität gibt. Zur Berechnung der Hypothese 3 wurde eine multifaktorielle Varianzanalyse (siehe Tabelle 11) mit den Faktoren Ethnische Identität, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 11: multifaktorielle Varianzanalyse zur ethnischen Identität mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	674,100	1	647,100	2127,878	,000	,967
Ort	,327	1	,327	1,032	,313	,014
Geschlecht	,005	1	,005	,017	,897	,000
meimid	2,835	1	2,835	8,949	,004	,111
Ort * Geschlecht	,755	1	,755	2,382	,127	,032
Ort * xmeimid	,651	1	,651	2,055	,156	,028
Geschlecht * meimid	1,057	1	1,057	3,336	,072	,044
Ort * Geschlecht * xmeimid	,402	1	,402	1,267	,264	,017
Fehler	22,809	72	,317			
Gesamt	1053,042	80				
Korrigierte Gesamtvariation	26,546	79				

In der Tabelle 11 ist zu erkennen, dass Personen, die eine hohe ethnische Identität haben, sich gesünder ernähren als jene die keine bzw. geringere ethnische Identität aufweisen ($p=.004$).

Hypothese 4

Personen mit erhöhten Werten in Affirmation (MEIM Skala 1) ernähren sich unterschiedlich zu Personen mit geringen Werten.

Zur Überprüfung, ob sich Personen mit erhöhten Werten in Affirmation sich unterschiedlich ernähren als Personen mit geringen Werten, wurde eine Varianzanalyse (siehe Tabelle 12) mit den Faktoren Affirmation, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 12: Varianzanalyse zu Werten in Affirmation mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Geburtsort	Geschlecht	MEIM-ID. Mediansplitt	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Österreich	Frauen	Niedrige Werte	3,649	,674	16
		Hohe Werte	3,618	,315	14
		Gesamt	3,634	,529	30
	Männer	Niedrige Werte	3,474	,491	11
		Hohe Werte	3,572	,487	18
		Gesamt	3,535	,545	29
	Gesamt	Niedrige Werte	3,578	,602	27
		Hohe Werte	3,592	,481	32
		Gesamt	3,585	,535	59
Türkei	Frauen	Niedrige Werte	3,141	,868	4
		Hohe Werte	3,840	,479	6
		Gesamt	3,560	,713	10
	Männer	Niedrige Werte	3,603	,746	9
		Hohe Werte	3,478	,922	2
		Gesamt	3,581	,730	11
	Gesamt	Niedrige Werte	3,461	,780	13
		Hohe Werte	3,750	,560	8
		Gesamt	3,571	,704	21
Gesamt	Frauen	Niedrige Werte	3,547	,722	20
		Hohe Werte	3,684	,373	20
		Gesamt	3,616	,571	40
	Männer	Niedrige Werte	3,532	,605	20
		Hohe Werte	3,563	,595	20
		Gesamt	3,547	,592	40
	Gesamt	Niedrige Werte	3,540	,657	40
		Hohe Werte	3,623	,494	40
		Gesamt	3,582	,579	80

Tabelle 13: Tests der Zwischensubjekteffekte zu Werten in Affirmation mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	615,612	1	615,612	1764,333	,000	,961
Ort	,048	1	,048	,137	,712	,002
Geschlecht	,011	1	,011	,032	,859	,000
Xmeimaff	,313	1	,313	,898	,346	,012
Ort * Geschlecht	,079	1	,079	,226	,636	,003
Ort * xmeimaff	,196	1	,196	,563	,455	,008
Geschlecht * xmeimaff	,370	1	,370	1,059	,307	,014
Ort * Geschlecht * xmeimaff	,696	1	,696	1,996	,162	,027
Fehler	25,122	72	,349			
Gesamt	1053,042	80				
Korrigierte Gesamtvariation	26,546	79				

Aus der obigen Tabelle sieht man, dass es in Bezug auf unterschiedliche Ernährungsweise keinen signifikanten Unterschied zwischen den Personen mit erhöhten Werten und den Personen mit geringen Werten in Affirmation gibt.

Hypothese 5

Personen, mit erhöhten Werten des Optimismus ernähren sich ähnlich wie Personen mit erhöhten Werten des Pessimismus.

Um zu überprüfen ob die Hypothese 5 richtig ist, und Personen mit erhöhten Werten des Optimismus sich ähnlich ernähren wie Personen mit erhöhten Werten des Pessimismus, wurde eine Varianzanalyse (siehe Tabelle 14) mit den Faktoren Optimismus, Pessimismus, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 14: Varianzanalyse des Optimismus und Pessimismus mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Geburtsort	Geschlecht	Lot Mediansplitt	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Österreich	Frauen	Optimist	3,643	,536	29
		Pessimist	3,391	.	1
		Gesamt	3,634	,529	30
	Männer	Optimist	3,460	,568	24
		Pessimist	3,8952	,175	5
		Gesamt	3,535	,545	29
	Gesamt	Optimist	3,560	,553	53
		Pessimist	3,811	,258	6
		Gesamt	3,585	,535	59
Türkei	Frauen	Optimist	3,579	,754	9
		Pessimist	3,391	.	1
		Gesamt	3,560	,713	10
	Männer	Optimist	3,578	,769	10
		Pessimist	3,608	.	1
		Gesamt	3,581	,730	11
	Gesamt	Optimist	3,578	,741	19
		Pessimist	3,500	,153	2
		Gesamt	3,571	,704	21
Gesamt	Frauen	Optimist	3,628	,584	38
		Pessimist	3,391	,000	2
		Gesamt	3,616	,571	40
	Männer	Optimist	3,494	,624	34
		Pessimist	3,847	,195	6
		Gesamt	3,547	,592	40
	Gesamt	Optimist	3,565	,603	72
		Pessimist	3,733	,268	8
		Gesamt	3,582	,579	80

Tabelle 15: Tests der Zwischensubjekteffekte des Optimismus und Pessimismus mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	233,709	1	233,709	659,473	,000	,902
Ort	,015	1	,015	,044	,835	,001
Geschlecht	,083	1	,083	,234	,630	,003
lot	,000	1	,000	,001	,982	,000
Ort * Geschlecht	,003	1	,003	,009	,925	,000
Ort * lot	,033	1	,033	,094	,760	,001
Geschlecht * lot	,235	1	,235	,665	,418	,009
Ort * Geschlecht * lot	,063	1	,063	,178	,675	,002
Fehler	25,516	72	,354			
Gesamt	1053,042	80				
Korrigierte Gesamtvariation	26,546	79				

Nach den Ergebnissen der Tabelle 15 kann man herauslesen, dass es keine signifikanten Unterschiede gibt, das heißt Personen mit erhöhten Werten des Optimismus ernähren sich ähnlich gesund wie Personen mit erhöhten Werten des Pessimismus.

Hypothese 6

Personen mit erhöhtem BMI ernähren sich ungesünder als Personen mit niedrigem BMI.

Um zu überprüfen ob Personen mit erhöhtem BMI sich ungesünder als Personen mit niedrigem BMI, ernähren, wurde eine Varianzanalyse (siehe Tabelle 16) mit den Faktoren BMI, Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 16: Varianzanalyse zu BMI mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Geburtsort	Geschlecht	Lot Mediansplitt	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Österreich	Frauen	Niedrige Werte	3,713	,381	20
		Hohe Werte	3,478	,744	10
		Gesamt	3,634	,529	30
	Männer	Niedrige Werte	3,518	,430	13
		Hohe Werte	3,548	,638	16
		Gesamt	3,535	,545	29
	Gesamt	Niedrige Werte	3,636	,406	33
		Hohe Werte	3,521	,667	26
		Gesamt	3,585	,535	59
Türkei	Frauen	Niedrige Werte	3,815	,476	4
		Hohe Werte	3,391	,833	6
		Gesamt	3,560	,713	10
	Männer	Niedrige Werte	3,130	,184	2
		Hohe Werte	3,681	,775	9
		Gesamt	3,581	,730	11
	Gesamt	Niedrige Werte	3,587	,517	6
		Hohe Werte	3,565	,782	15
		Gesamt	3,571	,704	21
Gesamt	Frauen	Niedrige Werte	3,730	,389	24
		Hohe Werte	3,445	,752	16
		Gesamt	3,616	,571	40
	Männer	Niedrige Werte	3,466	,423	15
		Hohe Werte	3,596	,677	25
		Gesamt	3,547	,592	40
	Gesamt	Niedrige Werte	3,628	,418	39
		Hohe Werte	3,537	,702	41
		Gesamt	3,582	,579	80

Tabelle 17: Tests der Zwischensubjekteffekte zu BMI mit der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	607,025	1	607,025	1741,748	,000	,960
Ort	,044	1	,044	,126	,724	,002
Geschlecht	,204	1	,204	,587	,446	,008
lot	,005	1	,005	,013	,909	,000
Ort * Geschlecht	,056	1	,056	,160	,690	,002
Ort * lot	,083	1	,083	,239	,627	,003
Geschlecht * lot	1,167	1	1,167	3,349	,071	,044
Ort * Geschlecht * lot	,382	1	,382	1,096	,299	,015
Fehler	25,093	72	,349			
Gesamt	1053,042	80				
Korrigierte Gesamtvariation	26,546	79				

Aus der Tabelle 17 erkennt man, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit erhöhtem BMI und niedrigem BMI gibt, das bedeutet beide Gruppen ernähren sich ähnlich gesund.

Hypothese 7

Personen, die sich gesund fühlen ernähren sich gesünder, als Personen die sich ungesund fühlen.

Um herauszustellen, ob Personen, die sich gesund fühlen, sich gesünder ernähren als Personen die sich ungesund fühlen. Dabei wurden Korrelationen nach Pearson berechnet. Die abhängige Variable ist die Gesundheit und die unabhängigen Variablen sind Gesundheitsgefühl, Gefühl des Gewichts, Ungesundheit und BMI.

Tabelle 18: Korrelationen nach Pearson mit der abhängigen Variable Gesundheit

	Gesundheitsgefühl	Gefühl des Gewichts	Gesundheit	Ungesundheit	BMI
Gesundheitsgefühl	1	,475**	-,025	-,107	-,284*
Gefühl des Gewichts	,475**	1	-,103	-,239*	-,256*
Gesundheit	-,025	-,103	1	,268*	,039
Ungesundheit	-,107	-,239*	,268*	1	-,169
BMI	-,284*	-,256*	,039	-,169	1

Wie man in der Tabelle 18 sehen kann, ernähren sich Personen, die sich gesund fühlen, gesünder als Personen, die sich ungesund fühlen. Je höher der BMI desto weniger fühlen sich die Personen gesund. Je negativ das Gefühl des Gewichts, desto eher ernähren sich die Personen ungesund.

Hypothese 8

Personen, die in Österreich geboren sind, fühlen sich gesünder als zugezogene Personen aus der Türkei.

Um herauszufinden ob sich die in Österreich geborenen Personen gesünder fühlen als die aus der Türkei zugezogenen Personen, wurde ein T-Test (siehe Tabelle 19) mit der unabhängigen Variable Geburtsort und der abhängigen Variable Gesundheitsgefühl berechnet:

Tabelle 19: T-Test zur unabhängigen Variable Geburtsort und der abhängigen Variable Gesundheitsgefühl

		F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Gesundheitsgefühl	Varianzen sind gleich	1,320	6,38	2,312	,505	,165
	Varianzen sind nicht gleich	59	7,12	1,983	,258	,203
Gefühl des Gewichts	Varianzen sind gleich	2,365	5,67	2,781	,607	,683
	Varianzen sind nicht gleich	59	5,98	3,121	,406	,667

Wie man aus der Tabelle 19 erkennen kann, gibt es keine signifikanten Unterschiede in beiden Versuchsgruppen. Personen, die in Österreich geboren sind sowie aus der zugezogene Personen fühlen sich gleich gesund.

Um zu zeigen, ob es in Bezug auf das Gesundheitsgefühl, Gefühl des Gewichts, Gesundheitsscore und Ungesundheitsscore einen Zusammenhang in den beiden Versuchsgruppen vorhanden ist, wurden Korrelationen nach Pearson (siehe Tabelle 20) berechnet.

Tabelle 20: Korrelation

	Lot	maspad1	maspad2	meim ID	meim aff	Gesund- heitsscore	Ungesund- heitsscore	Gesund- heitsgeföh l	Gefühl des Gewichts	Alter	BMI
Lot	1	,248*	,100	,261*	,350**	,149	-,032	,111	,061	,192	,067
maspad1	,248*	1	,355**	,437**	,643**	,223*	,065	,265*	,260*	-,186	-,034
maspad2	,100	,355**	1	,199	,096	,154	,237*	,300**	,134	-,370**	- ,296**
meim ID	,261*	,437**	,199	1	,466**	,229*	,159	-,007	-,015	-,072	,062
meim Aff	,350**	,634**	,096	,466**	1	,183	,207	,104	,092	-,088	,088
Gesundheitscore	,149	,223*	,154	,229*	,183	1	,268*	-,025	-,103	-,059	0,39
Ungesundheitscore	-,032	,065	,237*	,159	,207	,268*	1	-,107	-,239*	-,221*	-,169
Gesundheitsgeföh l	,111	,265*	,300**	-,007	,104	-,025	-,107	1	,475**	-,292**	-,284*
Gefühl des Gewichts	,061	,260*	,134	-,015	,092	-,103	-,239*	,475**	1	-,174	-,256*
Alter	,192	-,186	-,370**	-,072	-,088	-,059	-,221*	-,292*	-,174	1	,425**
BMI	,067	-,034	-,296**	,062	,088	,039	-,169	-,284*	-,256*	,425**	1

*p<0.05

**p<0.01

Wien man in Tabelle 20 erkennen kann haben Personen mit hohen Werten in Maspad 1 einen höheren Gesundheitsscore, fühlen sich gesünder und sind auch mit ihrem Gewicht zufrieden. Personen mit höheren Werten in Maspad 2 ernähren sich ungesünder, fühlen sich aber gesünder und sind jünger. Personen mit einem hohen Wert in Meim ID ernähren sich gesünder. Das Gesundheitsgeföhll korreliert auch signifikant mit dem Gefühl des Gewichts. Ebenso zeigt sich, dass der BMI negativ mit dem Gesundheitsgeföhll und dem Gefühl des Gewichts zusammenhängt. Je älter die Personen waren desto höher war auch ihr BMI.

Hypothese 9

Personen, die in Österreich geboren sind, haben ein schlechteres Gefühl des Gewichts.

Um zu überprüfen ob die Hypothese 10 richtig ist, und Personen, die in Österreich geboren sind, ein schlechteres Gefühl des Gewichts haben, wurde eine Varianzanalyse (siehe Tabelle 22) mit den Faktoren Geburtsort und Geschlecht in der abhängigen Variable Gesundheitsverhalten berechnet:

Tabelle 21: Varianzanalyse zu Geburtsort mit der abhängigen Variable Gefühl des Gewichts

Geschlecht	Ort	Mittelwert	Standardabweichung	Versuchspersonen
Frauen	Österreich	6,01	2,586	30
	Türkei	5,40	3,169	10
	Gesamt	5,90	2,716	40
Männer	Österreich	5,90	3,639	29
	Türkei	5,91	2,508	11
	Gesamt	5,90	3,334	40
Gesamt	Österreich	5,98	3,121	59
	Türkei	5,67	2,781	21
	Gesamt	5,90	3,021	80

Aus der folgenden Tabelle 23 sieht man, dass es keinen signifikanten Unterschied in beiden Versuchsgruppen gibt, das bedeutet beide Gruppen haben ein ähnliches Gefühl des Gewichts.

Tabelle 22: Tests der Zwischensubjekteffekte zu Geburtsort mit der abhängigen Variable Gefühl des Gewichts

Quelle	Quadratsumme von Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	2093,342	1	2093,342	221,621	,000	,745
Geschlecht	,444	1	,444	,047	,829	,001
Ort	1,654	1	1,654	,175	,677	,002
Geschlecht*Ort	1,783	1	1,783	,189	,665	,002
Fehler	717,865	76	9,446			
Gesamt	3506,000	80				
Korrigierte Gesamtvariation	721,200	79				

9 Diskussion und Zusammenfassung der signifikanten Ergebnisse

Die Tatsache, dass in diesem Zeitalter des Wohlstandes und Überflusses die Ernährung zu einem wichtigen Faktor geworden ist und dass bestimmte Nahrungsmittel den menschlichen Körper auch mental beeinflussen können, ist seit längerem bekannt.²¹⁰ Heutzutage sind die häufigsten Zivilisationskrankheiten, wie beispielsweise Übergewicht oder Herz-Kreislaufkrankungen, eine Folge von ungesunder Ernährung. Allgemein gilt, dass der Körper doppelt so viel einer sportlichen Aktivität ausgesetzt sein muss, wie es Kalorien aufnimmt.²¹¹ Die Ernährung einer Person ist von vielen Faktoren, wie psychosoziale Faktoren, genetische Aspekte, Entwicklung in der Kindheit oder Medien, abhängig.²¹²

Interessant zu betrachten ist, dass es einen Unterschied in der Partnerschaft in beiden Versuchsgruppen gibt. Anscheinend hat sich die Bildung einer Partnerschaft zwischen den einzelnen Generationen verändert. Türkische Erwachsene zeigen eine starke Orientierung an familiären Traditionen und Werten. Hingegen stellen die Familienvorstellungen der jungen türkischen Erwachsenen, besonders mit Maturaabschluss die Individualität und die Rationalität des Einzelnen in den Mittelpunkt.²¹³ Eine aus der Türkei zugezogene Person hatte interessanterweise sogar 18 Kinder, wobei 4 Kinder der einen und 14 Kinder der anderen Frau gehörten.

Das Zusammentreffen der traditionellen Werten und Gewohnheiten einer Gesellschaft kann zu großen Problemen führen, die sich auch im Körpergewicht zeigen können. Das Körpergewicht in der Türkei spielt eine große Rolle, normalgewichtige Personen, aber vor allem Kinder, wurden früher als unterernährt angesehen.²¹⁴ Auch heute ist zum Teil diese Vorstellung geprägt.

Nach den Ergebnissen ernähren sich Frauen, die ihre Kultur wahren, gesünder als Frauen, die ihre Kultur nicht wahren. Hingegen Männer, die ihre Kultur wahren ernähren sich ungesünder als Männer, die ihre Kultur nicht wahren. Woran kann dies liegen?

²¹⁰ Vgl. Kiefer/Ekmekcioglu, 2012, S. 9.

²¹¹ Vgl. Mensink, 2003, S. 3-4.

²¹² Vgl. Thirlaway/Upton, 2009, S. 64-68.

²¹³ Vgl. Röhr-Sendlmeier/Yun, 2006, S. 89.

²¹⁴ Vgl. Zwick, 2007, S. 13.-

Türkische Männer gelten in der türkischen Gesellschaft eher als offenfreudiger, wenn es um neue Kulturen und Lebensweisen gibt. Sie haben keine großen Schwierigkeiten sich an eine neue Kultur anzupassen. Daher haben türkische Männer, die in Österreich geboren sind, keine Probleme sich an die österreichische Kultur anzupassen.²¹⁵ Abgesehen von der zum Teil positiven Anpassung an andere Kulturen haben türkische Männer Schwierigkeiten sich gesund zu ernähren. Manche machen zwar Sport aber ernähren sich trotzdem ungesund.

Das ungesunde Ernähren der türkischen Männer kann darauf zurückgeführt werden, dass sie ein anderes Verständnis von türkischer Kultur als Frauen aus der Türkei haben. Dies liegt daran, dass in der türkischen Gesellschaft die Ernährung als identitätsstiftendes Merkmal in einem fremdkulturellen Umfeld eingesetzt wird. Daher sind die Ernährungsgewohnheiten der türkischen MigrantInnen mit der eigentlichen türkischen Kultur sehr eng verknüpft. Das Ergebnis, dass sich Männer, die ihre Kultur wahren sich ungesund ernähren, kann in dem Fall so begründet werden, dass Männer die türkische Kultur sehr stark mit der türkischen Küche verbinden. Ihr Verständnis über die türkische Kultur kann sich deswegen von der Vorstellung der Frauen differenzieren. Daher sollten türkische Männer besonders darauf achten, dass sie vor allem nicht zu spät essen, weil das ist auch ein sehr starker Faktor für ungesunde Ernährung, und dass sie sportlich aktiv sind.

Allgemein gilt auch, dass türkische Mahlzeiten meist kalorienreich und ungesund zubereitet werden. Alleinlebende Männer bevorzugen daher die türkische Küche, da ihnen meist andere Mahlzeiten nicht gefallen oder ‚fremd‘ vorkommen. Das mag auch daran liegen, dass, beispielsweise das Fleisch nach den islamischen Vorschriften geschlachtet werden muss, damit sie es essen können. Es ist auch sehr selten der Fall, dass türkische Männer Mahlzeiten selbst zubereiten, daher wird meist außer Haus gegessen und besonders die türkische Küche bevorzugt.

Türkische Frauen bereiten ihre Mahlzeiten meist selbst zu, aber auch meist ungesund, jedoch können sich türkische Frauen eher zurückhalten, wenn es um das Essen geht. Sie versuchen auf ihr Gewicht zu achten und auf das was sie essen. Daraus kann man sich die Frage stellen, weshalb türkische Frauen dennoch sehr fettleibig sind?

Ganz einfach, sie bewegen sich viel zu wenig. Türkische Frauen sind, wenn es um Sport geht sehr zurückhaltend. Sie haben aufgrund ihres Heimatlandes eine gewisse Distanz zu sportlichen Tätigkeiten.

²¹⁵ Vgl. Hofstede/Hofstede, 2005, S. 23.

Die mangelnde Sportmöglichkeit ist besonders ein Problem der türkischen Frauen, welche fast nur Kontakt zum eigenen Geschlecht haben, denn sie verbringen ihre Freizeit meist im eigenen familiären Umfeld und haben wenig Kontakt zur Außenwelt. Jedoch hat sich dies in der neuen Generation geändert. Diese haben aufgrund ihrer besseren Bildungsmöglichkeiten mehr Kontakt zur Außenwelt.

Es gilt, dass je höher das Einkommen und der Bildungsstand der Eltern sind, desto eher wird auf eine Sportbeteiligung der Kinder eingegangen. Die Religion spielt in der türkischen Gesellschaft eine außerordentliche Rolle. In welchem Kontext die Religion das Leben der türkischen Frauen beeinflusst, hängt auch von der Erziehung und Einstellung der Eltern ab. Eltern, die die Religion nur oberflächlich kennen, entwickeln im Laufe der Zeit eigene Vorstellungen darüber. Da die Mädchen mit der Religion besonders über die Eltern in Kontakt kommen, können unbedeutende Einstellungen, wie ‚*Frauen sollen zuhause bleiben*‘, übernommen werden. Dadurch entwickelt sich eine falsche Vorstellung über die Religion, denn im Islam gibt es keinen Sportverbot für Frauen und Männer. Jedoch wird dies in der türkischen Gesellschaft falsch interpretiert.²¹⁶ Aufgrund dessen ist die hohe Fettleibigkeitsrate vor allem der Frauen in der Türkei auf den Sportmangel zurückzuführen und daran liegt höchstwahrscheinlich auch die hohe Fettleibigkeitsrate vor allem im hohen Erwachsenenalter.²¹⁷ Dies heißt aber noch lange nicht, dass nach Österreich zugezogene Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, von dieser Einstellung geprägt sind. Allgemein gilt auch, dass zugezogene Frauen mehr Kinder haben als jene, die in Österreich geborene (siehe Tabelle 3).

Frauen, die in der Türkei geboren sind, hatten mit anderen Kulturen wenige Kontaktmöglichkeiten. Sie sind mit der türkischen Kultur aufgewachsen und ihnen fehlt der Zugang zu anderen Kulturen. Hingegen Frauen, welche in Österreich geboren sind, haben die Möglichkeit in ihr Herkunftsland zu reisen um dort Familienmitglieder zu besuchen, wodurch für sie ein direkter Zugang zur türkischen Kultur entsteht. Bei türkischen Männern ist dies, wie auch vorher erwähnt anders, denn sie können sich leichter an eine Kultur anpassen als türkische Frauen. Dabei ist es möglich, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sich zwischen der österreichischen und der türkischen Kultur befinden, und doch zu keinem der beiden zugehörig fühlen. Dabei werden sie sowohl in der Türkei als auch in Österreich als fremd angesehen. Denn schon beim Sprechen in ihrem Herkunftsland, erkennen die ‚Inländer‘ in der Türkei, dass diese Personen nicht nur mit der türkischen Sprache aufgewachsen sind und aus

²¹⁶ Vgl. Aksay, 2009, S. 42-45.

²¹⁷ Vgl. TBSA 2010, S. 481-482.

dem ‚Ausland‘ kommen. Viele Personen mit türkischem Migrationshintergrund sind stolz auf ihre Abstammung andere nicht. Dabei spielt auch die Angst mit, dass sie wegen ihrer Abstammung in Österreich nicht vollkommen ‚akzeptiert‘ werden.²¹⁸ In Anlehnung an dieses Problem, sollte die Mehrsprachigkeit in unterschiedlichen Kulturen gefördert werden, wie beispielsweise am Arbeitsmarkt oder in der Bildungspolitik.

Personen, die eine hohe ethnische Identität aufweisen haben eine gesunde Ernährung (Tabelle 11). Daran sieht man, dass Menschen, die sich mit der türkischen Ethnie identifizieren, sich eher gesund ernähren. Dabei ist zu erwarten, dass das Ernährungsverhalten der türkischen Jugendlichen sich von der traditionell-türkischen Ernährungsweise unterscheidet. Aufgrund dessen ist das Risiko für Krankheiten, welche durch die ungesunde Ernährung bedingt werden, höher als im Heimatland.²¹⁹ Manche Menschen bleiben bei einer dauerhaften ungesunder Ernährung trotzdem schlank, während andere sich gesund ernähren, aber trotzdem zunehmen. Das ist je nach Körpergewicht und Körperfettverbrennung anders. Viele Menschen machen den Fehler, andere Menschen als Vorbild zu nehmen, die beispielsweise durch bestimmte Ernährungsweise schlank bleiben können. Dadurch werden Menschen sehr stark beeinflusst. Dabei ist ihnen nicht bewusst, dass ihr Körper vielleicht anders funktioniert. Die Ernährungsweise sollte auf den Körper angepasst werden, denn jeder Mensch hat individuelle Unterschiede. Aufgrund dessen ist es herauszufinden, wo die genetischen Schwächen liegen um die Stärken sinnvoll einzusetzen und somit ein gesünderes Lebensstil verfolgen zu können.

Schwierigkeiten bezüglich der Datenerhebung anhand der Fragebögen gab es keine. Jedoch waren die Fragen, vor allem für Jugendliche unter 18 Jahren schwer zu verstehen. Ein Jugendlicher hatte sich nach einer Weile sogar geweigert den Fragebogen fertig auszufüllen. Dies begründete er damit, dass die Fragen zur Wahrung der eigenen Kultur, nicht gerecht formuliert waren. Bei allen anderen Probandinnen und Probanden gab es keine Probleme, was das Thema des Fragebogens anging.

²¹⁸ Vgl. Obasi/Leong, 2010, S. 528-529.

²¹⁹ Vgl. Klamt, 2004, S. 508-509.

10 Quellenverzeichnis

- Argyle, Michael, *The psychology of Happiness*, 2. Aufl., 2001.
- Aksay, Ebubekir, ‚Religion behindert den Sport nicht‘ – Zur Sportbeteiligung von Frauen und Mädchen in der Türkei. In: Rulofs, Bettina/Schmitt, Sabine; ‚Wir sind dabei‘ – Mädchen und Frauen mit Zuwanderungsgeschichte im Sport, 2009, S. 37-46.
- Bauer, Jochen; *Gesunde Ernährung- was das ist und wie das geht*, Sulzbach-Rosenberg: 2010.
- Baumeister, Sebastian E. (ua.a); Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006, *Sucht*, 54, 7, S. 26-35.
- Becker, Peter; *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*, Göttingen: 2006.
- Beiser, Morton; Components and Correlates of Mental Well-Being, *Journal of Health and Social Behavior*, 1974, Vol. 15, No. 4, S. 320-327.
- Blättner, Beate/ Wallner, Heiko; *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*, 5 Aufl., Stuttgart: 2011.
- Borde, Theda; Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie, Berlin: 2002.
- Böhler, Thomas /Wabitsch, Martin; Adipositas therapie und – prävention im Kindesalter. In: *Monatschrift Kinderheilkunde*, 2004, 152 Jg., Nr. 8, S. 856-863.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), *Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009 (GBÖ 2009)*, Wien: 2009.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern, Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*, Wien: 2015.

- Campbell, Angus; The sense of Well-Being in America. Recent Patterns and Trends, New York: 1981.
- Clausen, Kerstin; Kosten gesunder Ernährung für Kinder und Jugendliche im Kontext der Tafeln 1. In: Selke, Stefan; Tafeln in Deutschland. Aspekte einer sozialen Bewegung zwischen Nahrungsmittelumverteilung und Armutsintervention, 2.Auflg., Wiesbaden, 2011, S. 203-214.
- Coester, Frederike; Qualitätsmessinstrumente in der Begleitung und Pflege demenzielle erkrankter Menschen, Köln: 2004.
- Constitution of the World Health Organization, Basic Documents, Supplement, 45. Aufl., 2006. URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (10.02.2016)
- Dette, Dorothea E.; Berufserfolg und Lebenszufriedenheit. Eine längsschnittliche Analyse der Zusammenhänge, Dissertation, Nürnberg: 2005.
- Diener, Ed; Subjective Well-Being. In: Psychological Bulletin, American Psychological Association, 1984, 95, No. 3, S. 542-575.
- Diener, Ed/ Emmons, Robert/Larsen, Randy/Griffin, Sharon; The Satisfaction with life Scale, Journal of Personality Assessment, 1985, S. 71-75.
- Diener, Ed/Suh; Eunkook M./Lucas, Richard, E./Smith, Heidi L.; Subjective Well-Being: Three Decades of Progress, Psychological Bulletin, 1999, Vol. 125, No. 2, S. 276-302.
- Dietrichsen, Iwer; Ernährungspsychologie. Berlin: 2013.
- Dietz, E./Kirschner, W.; Kulturelle und geschichtliche Prägung des Umgangs mit Alkohol. In: Hoffmeister, Heinz; (u.a.); Alkoholkonsum in Deutschland und seine gesundheitlichen Aspekte. Berlin: 1999, S. 5-10.
- Easterlin, Richard A.; Income and happiness: Towards a unified theory. The Economic Journal, 111, 2001, S. 465-484.
- Frey, Laura Vera; Integration aus Sicht türkischer Jugendlicher. Im Zwiespalt zwischen türkischer Tradition und westlicher Moderne, 1. Aufl., Marburg: 2010.
- Halm, Dirk/Sauer, Martina; Das Zusammenleben von Deutschen und Türken. Entwicklung einer Parallelgesellschaft?, WSI Mitteilungen 10, S. 547-554.

- Hilbig, Annett, (u. a.); Wie isst Deutschland. Auswertungen der Nationalen Verzehrsstudie II zum Lebensmittelverzehr, Ernährungs Umschau 56, 2009, S. 16-23.
- Hofstede, Geert; Lokales Denken, globales Handeln, München: 1997.
- Hofstede, Geert; Culture's consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations, Across Nations, 2. Aufl., Thousand Oaks: 2001.
- Hofstede, Geert/Hofstede Gert Jan; Cultures and Organizations: Software of the mind, 2. Aufl., 2005.
- Hurrelmann, Klaus/Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.); Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung, 2. Aufl., Bern: 2007.
- Jäkel, Julia/Leyendecker, Birgit; Tägliche Stressfaktoren und Lebenszufriedenheit türkischstämmiger Mütter in Deutschland. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 16 (1), Göttingen: 2008, S. 12-21.
- Jeffcoate, William; Obesity as a disease – food for thought. In: The Lancet, 1998, 351 Jg., S. 903-904.
- Kasl, Stanislav V./Cobb, Sidney; Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. In: Archives of Environmental Health: An international journal, 1966, 12 Jg., Nr. 2, S. 246-266.
- Kiefer, Ingrid/ Haberzettl, Christine/ Rieder, Anita; Ernährungsverhalten und Einstellung zum Essen der ÖsterreicherInnen. Journal für Ernährungsmedizin 2000, 2 (5), S. 2-7.
- Kiefer, Ingrid/Kunze, Michael; Epidemiologie der Adipositas. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 2004, 154 Jg., Nr. 13-14, S. 296-299.
- Kiefer, Ingrid/ Ekmekcioglu, Cem; Essen entscheidet. Wie Nahrungsmittel uns beeinflussen, Wien: 2012.
- Kirilova, Sofia/Kilic, Hakan; Roots-Migration türkeistämmiger Akademiker/innen und Student/innen in Wien. Eine empirische Erhebung aus dem Jahr 2011. In: ÖIF-Dossier, N°30, Wien: 2013.
- Klamt, Brigitte; Ernährung und Migration. Die Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. In: Ernährungs-Umschau, 2004, Jg. 51, Nr. 12, S. 308-309.

- Lehre, Sonja/Reinhold, G. Laessle; Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Berlin Heidelberg: 2009.
- Lischetzke, Tanja/ Eid, Michael; Wohlbefinden. Well-being. In: Weber, Hannelore (Hrsg.), Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und differentiellen Psychologie, Wien (u.a.): 2005, S. 413-422.
- Lübke, Ricarda; Optimismus. In: Frey, Dieter (Hrsg.); Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage-Basiswissen aus Psychologie und Philosophie, Berlin: 2016, S. 137-147.
- Mayring, Phillip; Psychologie des Glücks, Stuttgart (u.a.): 1991.
- Meier, Toni; Senftleben, Karolin (u.a.); Healthcare costs associated with an adequate intake of sugars, salt and saturated fat in Germany. A health econometrical analysis, Sept. 2015. URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135990#pone-0135990-g001> (06.04.2016)
- Mensink, Gert; Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität, Berlin: 2003.
- Nick, Peter; Ohne Angst verschieden sein. Differenzerfahrungen und Identitätskonstruktionen in der multikulturellen Gesellschaft, Frankfurt am Main: 2003.
- Obasi, Ezemenari M./Leong, Frederick T. L.; Construction and Validation of the Measurement of Acculturation Strategies for People of African Descent (MASPAD), Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 2010, 16. Jg., Nr. 4, S. 526-539.
- Oltersdorf, Ulrich; Die Auswirkungen der Nahrungsmittel und ihrer Nachfrage auf die Gesundheit. In: Karlsruher Ernährungspyramide. Auswirkungen der Nahrungsmittel, Bundesforschungsanstalt für Ernährung, ERNO; 2001, 2. Jg, Nr. 3, S. 169-186.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen, Weinheim: 1997.
- Pfeifer, Wolfgang; Etymologisches Wörterbuch der Deutschen Q-Z, Berlin: 1989.

- Pohle, Claudia; Gesundheitsbewusstsein. Theoretische und empirische Analysen unter besonderer Berücksichtigung von Bewegung und Entspannung, Europäische Hochschulschriften, Reihe VI Psychologie, Bd./Vol. 442, Frankfurt am Main: 1994.
- Programme on mental health, WHOQOL. Measuring Quality of Life, 1997. URL: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (26.01.2016)
- Pschyrembel, Willibald/Hildebrandt, Helmut; Pschyrembel medizinisches Wörterbuch mit 268 Tabellen, Hamburg: 1994.
- Puhl, Rebecca M./Heuer, Chelsea A.; The Stigma of Obesity: A Review and Update. In: Obesity, 2009, 17. Jg., Nr. 5, S. 941-964.
- Rabenberg, Maria/Mensink, Gert; Obst- und Gemüsekonsum heute. In: GBE-Kompakt, Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2011, 2. Jg., Nr. 6, S. 1-9.
- Reisch, Lucia A./Gwozdz, Wencke; Einfluss des Konsumverhaltens auf die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2010, 53. Jg., Nr. 7, S. 725-732.
- Rembold, Sandra; Das Bild des Menschen als Grundlage der Ordnung. Die Beiträge von Platon, Aristoteles, Thomas Hobbes, John Locke, David Hume, Adam Smith, John Stuart Mill, Walter Eucken und Friedrich August von Hayek, Berlin: 2007.
- Renneberg, Babette/Hammelstein, Phillip (Hrsg.); Gesundheitspsychologie, Heidelberg: 2006.
- Renner, Britta/Weber, Hannelore; Optimismus-Optimism. In: Weber, Hannelore (Hrsg.), Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und differentiellen Psychologie, Wien (u.a.): 2005, S. 446-456.
- Richter, Matthias; Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit, Wiesbaden: 2005.
- Roberts, E. Robert/Phinney, Jean/Masse, Louise C./Chen, Richard Y./Roberts, Catherine R./Romero, Andrea; The Structure of Ethnic Identity of Young Adolescents From Diverse Ethnocultural Groups. In: Journal of Early Adolescence, 1999, 19. Jg., Nr. 3, S. 301-322.

- Röhr-Sendlmeier, Una M./Yun, Jenny; Familienvorstellungen im Kulturkontakt. Ein Vergleich, italienischer, türkischer, koreanischer und deutscher junger Erwachsener in Deutschland. In: Zeitschrift für Familienforschung, 2006, Jg. 18, Nr. 1, S. 89-110.
- Scheier, Michael F./Carver, Charles S./Bridges, Michael W.; Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test, Journal of Personality and Social Psychology, 1994, Vol. 67, No. 6, S. 1063-1078.
- Schulz, Wolfgang; Lebensqualität. In: Fortser, Rudolf (Hrsg.); Forschungs- und Anwendungsbereiche der Soziologie, Wien: 2008, S. 121-136.
- Schulz, Karl-Heinz/ Meyer, A./Langguth, N.; Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit, Hamburg: 2011, S. 55-65.
- Schumacher, Jörg/ Klaiberg, Antje/ Brähler, Elmar; Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher, Jörg/ Klaiberg, Antje/ Brähler (Hrsg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Göttingen: 2003.
- Schwartz, Shalom; Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: Zanna, Mark P., Advances in experimental social psychology, Vol. 25, San Diego: 1992, S. 1-65.
- Schwarzer, Ralf; Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen: 1992.
- Seligman, Martin E.P., Positive psychology, positive prevention. In: Snyder, Charles R./Shane J. Lopez (Hrsg.), Handbook of positive psychology, Oxford: 2002, S. 3-13.
- Shin, D./Johnson, D. M.; Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Social Indicators Research, 5, 1978, S. 475-492.
- Siebel, Walter; Die Stadt und die Zuwanderer. In: Häußermann, Hartmut/Oswald, Ingrid (Hrsg.); Zuwanderung und Stadtentwicklung. Leviathan Sonderheft 17, Opladen: 1997, S. 30-41.
- Statistik Austria, Österreichischer Ernährungsbericht, Wien: 2012. URL: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/5/3/CH1048/CMS1348749794860/oeb12.pdf> (16.02.2016)

- Statistik Austria, Arbeitsmarktsituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2014, Wien: 2015a. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html (12.01.2016)
- Statistik Austria, Bevölkerung am 1.1.2015 nach detailliertem Geburtsland und Bundesland, Wien: 2015b. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html (04.02.2016)
- Statistik Austria, Gesundheitsbefragung: Körperliche Aktivität 2014, Wien 2015c. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/koerperliche_aktivitaet/105605.html (06.06.2016)
- Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014, Wien: 2015d. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/105608.html (30.03.2016)
- Statistisches Bundesamt 1998, Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart: 1998.
- T.C. Sağlık Bakanligi Sağlık İstatistikleri Yilligi 2013, Ankara: 2014. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> (23.06.2016)
- Thefeld, Wolfgang; Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz: 2000, 43. Jg., Nr. 6, S. 415-423.
- Thirlaway, Kathryn/ Upton, Dominic; Psychology of Lifestyle. Promoting health behavior, London/New York: 2009.

- Thomas, Alexander/ Utler, Astrid; Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards. In: Genkova, Petia/ Ringeisen, Tobias/ Leong, Frederick T.L. (Hrsg.); Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven, Wiesbaden: 2013, S. 41-58.
- Toplak, Hermann; Praxishandbuch Adipositas. Wien: 2002.
- Treichel, Dietmar (Hrsg.); Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen, Münster: 2011.
- Trompenaars, Alfons/Hampden-Turner, Charles; Rinding the Waves of Culture: Understanding Cultural Diversity in Business, 2. Aufl., London: 2008.
- Türkischer Ernährungsbericht TBSA 2010, 2014. URL: http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf (06.06.2016)
- Wardle, Jane/Carnell, Susan/Haworth, Claire (u.a.); Obesity associated genetic variation in FTO is associated with diminished satiety. London: 2008, 93 Jg., Nr. 9, S. 3640-3643.
- Weiß, Claudia; Koffein. Ernährungsumschau, 2007, 54. Jg., Nr. 4, S. 210-215.
- WHO, Obesity and overweight, 2015, URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (31.05.2016).
- Widhalm, Kurt/ Fussenegger, D.; Neue Aspekte der präventiven Ernährungsmedizin. In: Journal für Ernährungsmedizin 2005, 7 Jg., Nr. 1, S. 37-41.
- Widhalm, Kurt (Hrsg.); Ernährungsmedizin. Unter Mitarbeit von Marika Miklautsch, 3. Aufl., Wien: 2009.
- Wimmer, Andreas; Kultur als Prozess. Zur Dynamik des Aushandelns von Bedeutungen, Wiesbaden: 2004.
- Wirth, Alfred/Hauner, Hans (Hrsg.); Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. 4. Aufl., Berlin: 2013.
- Zettler, Sandra; Türkische Netzwerkperspektiven. Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung von Bürger/innen mit türkischem Migrationshintergrund in Graz. In ÖIF-Dossier, N°35, Wien: 2015.
- Zwick, Michael M.; Migration, Ernährung und Körper – das Beispiel türkischer MigrantInnen in Deutschland. In: SIETAR Journal, 2007, 2 Jg., S. 13-17.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die theoretischen Wertetypen nach Schwartz (Schwartz, 1992, S. 14)	S. 26
Abbildung 2: The eatwell plate (FSA 2008).....	S. 53
Abbildung 3: Die 'Gesund-leben'-Pyramide.....	S. 54
Abbildung 4: 20 MASPAD-Aussagen zu D1: <i>„relative preference for maintaining one’s heritage ethnocultural group“</i> (in Anlehnung an Obasi und Leong frei übersetzt).....	S. 75
Abbildung 5: 23 MASPAD-Aussagen zu D2: <i>„relative preference for having contact with and participating in the society of a different ethnocultural group“</i> (in Anlehnung an Obasi und Leong frei übersetzt).....	S. 76
Abbildung 6: LOT-R; 10 Aussagen (in Anlehnung an Scheier frei übersetzt).....	S. 77
Abbildung 7: Items nach MEIM (in Anlehnung an Phinney frei übersetzt).....	S. 79
Abbildung 8: Fragebogen Ernährung, 47 Aussagen zu Ernährung und Gesundheit.....	S. 80
Abbildung 9: Fragebogen Ernährung, Frage zum Konsum von Süßigkeiten.....	S. 81
Abbildung 10: Fragebogen Ernährung, Frage zum Konsum von Fleisch.....	S. 81
Abbildung 11: Fragebogen Ernährung, Frage zum Konsum von Getränken.....	S. 81
Abbildung 12: Fragebogen Ernährung, Frage zum Verzehr von Gemüse.....	S. 82
Abbildung 13: Gesundheitsverhalten mit der Berücksichtigung des Geschlechts und der Präferenz zur Wahrung der eigenen Kultur.....	S. 90

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Adipositas und tägliche körperliche Aktivität (Österreich und Türkei).....	S. 69
Tabelle 2: Alters- und Geschlechterverteilung der StudienteilnehmerInnen.....	S. 84
Tabelle 3: Geschlechterverteilung in beiden Versuchsgruppen.....	S. 86
Tabelle 4: Partnerschaft in beiden Versuchsgruppen.....	S. 87
Tabelle 5: Kinderanzahl in den Ehen beider Versuchsgruppen.....	S. 88
Tabelle 6: Deskriptive Statistik zur Wahrung der eigenen Kultur mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 89
Tabelle 7: Tests der Zwischensubjekteffekte zu Geschlechterunterschiede mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 90
Tabelle 8: Deskriptive Statistik zur Partizipation in der österreichischen Kultur mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 92
Tabelle 9: Tests der Zwischensubjekteffekte zur Partizipation in der österreichischen Kultur mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 93
Tabelle 10: Deskriptive Statistik zur ethnischen Identität mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 94
Tabelle 11: Tests der Zwischensubjekteffekte zur ethnischen Identität mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 95
Tabelle 12: Deskriptive Statistik zu Werten in Affirmation mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 96
Tabelle 13: Tests der Zwischensubjekteffekte zu Werten in Affirmation mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 97
Tabelle 14: Deskriptive Statistik des Optimismus und Pessimismus mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 98
Tabelle 15: Tests der Zwischensubjekteffekte des Optimismus und Pessimismus mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 99
Tabelle 16: Deskriptive Statistik zu BMI mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 100
Tabelle 17: Tests der Zwischensubjekteffekte zu BMI mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 101
Tabelle 18: Korrelationen nach Pearson mit der abhängigen Variable Gesundheit.....	S. 102
Tabelle 19 : Deskriptive Statistik zu Geburtsort mit der abhängigen Variable Gesundgefühl.....	S. 103
Tabelle 20: Korrelation.....	S. 104

Tabelle 21: Varianzanalyse zu Geburtsort mit der abhängigen Variable Gefühl des Gewichts.....S. 105

Tabelle 22: Tests der Zwischensubjekteffekte zu Geburtsort mit der abhängigen Variable Gefühl des Gewichts.....S. 105

13 Anhang

Bilimsel Anket- Sađlıklı Beslenme

Deđerli katılımcı!

Öncelikle bu anketi cevaplamak için zamanınızı ayırdığınızdan ve bununla birlikte tezimle ilgili bilimsel arařtırmama katkıda bulunarak beni desteklediğiniz için size teşekkür etmek istiyorum.

Ařađıdaki bilimsel anket benim Viyana Üniversitesinde okuduđum ve piskoloji dersinde yazdıđım tezim ,Türk göçmenlerin beslenmesi' konusunu ele almaktadır.

Tabii ki, bilgileriniz anonim, gizli tutulacak ve yasa dıřı kullanılmayacađına garanti ediyorum. Herhangi bir sorunuza yanıt için veya konu ile ilgili aklınıza takılan birřey olduğunda, ařađıda bulunan E-posta-adresimle bana bizzat ulařabilirsiniz:

umrnonsy@hotmail.com

Son olarak bu ankete zamanınızı ayırıp bilimsel çalıřmama katkıda bulunduđunuz için tekrar teşekkür ederim, saygılarımla

Ümran Önsoy

Aşağıdaki sorularda farklı ifadeler kullanılmaktadır. Bunları cevaplarken size en çok uyanı işaretlemeniz önemle rica olunur, çünkü doğru veya yanlış cevap yoktur, önemli olan sizin kendi cevabınızdır. Eğer bir soruda kararsız iseniz son ihtimalle size en çok hitap edeni işaretleyiniz. Ama eğer bir cevabı işaretleyip sonrada kararınızdan vazgeçtiyseniz, o zaman yanlış cevabı anlaşılabilir şekilde çizin ve doğru cevabı işaretleyin. Aksi taktirde anket için ayırdığınız zaman ve zahmet boşa gidebilir.

Anketde her soruda toplam altı şıktan bir tanesini işaretlemeniz yeterli. Anket sizin en fazla 30 dakikanızı alacaktır.

Sağlıklı Beslenme hakkında Anket

Kişi-Bilgileri

1) Cinsiyet: Bay Bayan

2) Doğum tarihi: _____

3) Doğum yeri: _____

4) Uyrak: _____

5) Eğitim/ Öğrenim: _____

6) Meslek: _____

7) Eğer Avusturyada doğmadıysanız: Ne zamandan beri Avusturyada yaşıyorsunuz?

8) Evli misiniz? EVET HAYIR

9) Çocuklarınız var mı? Varsa kaç tane? _____

10) Çocuklarınız kaç yaşında? _____

11) Aylık netto geliriniz ne?

1.200€'dan az	1.200-1.500€	1.500-2.500€	2.500€'dan fazla
---------------	--------------	--------------	------------------

12) Kaç kilosunuz? _____ kg

13) Boyunuz kaç? _____ cm

14) Sigara içiyormusunuz? EVET HAYIR

15) Sigara içmeyi _____ tarihinden beri bıraktım.

16) Ne sıklıkta spor yapıyorsunuz?

Hiç	Ayda 1-2 kere	Haftada 1-2 kere	Haftada 4 kere	Günlük
-----	---------------	------------------	----------------	--------

17) Ne tür spor yapıyorsunuz? _____

18) Spor yaptığınız zaman ne kadar sürüyor?

30 dakika	1 saat	1,5 saat	2 saatten fazla
-----------	--------	----------	-----------------

19) Bir arabaya sahip misiniz? EVET HAYIR

20) Eğer varsa; hangi sıklıkta kullanıyorsunuz?

Hiç	Ayda 1-2 kere	Haftada 1-2 kere	Haftada 4 kere	Günlük
-----	---------------	------------------	----------------	--------

21) Kendinizi ne kadar sağlıklı hissediyorsunuz?

Hiç sağlıklı değil

Çok sağlıklı

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

22) Kilonuzdan ne kadar memnunsunuz?

Çok memnunum

Hiç memnun değilim

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

23) Hangi sıklıkta diyet uyguladınız?

Hiç	1-5 kere	5den fazla	Sık sık (yılda en az kere)	Sürekli
-----	----------	------------	----------------------------	---------

24) Hayalinizdeki kilonuz kaç? _____ kg

25) Kilo fazlalığının getireceği hastalıklardan haberdar mısınız?

EVET HAYIR

26) Tartıya ne kadar sıklıkta çıkıyorsunuz?

Günlük	Haftalık	Aylık	Daha az
--------	----------	-------	---------

27) Doktora hangi sıklıkta gidiyorsunuz?

Sorun olduğu zaman	Yılda 1-2 kere	Ayda bir kaç kere	Haftada 1-2 kere
--------------------	----------------	-------------------	------------------

28) Bir hafta sürecinde hangi öğünü kaçırmıyorsunuz?

Kahvaltı Öğle Akşam

29) Hafta sonları hangi öğünü kaçırmıyorsunuz?

Kahvaltı Öğle Akşam

30) Hangi öğün sizin ana öğünüdür?

Kahvaltı Öğle Akşam

31) Hangi öğünü ailenizle birlikte yiyorsunuz?

Kahvaltı Öğle Akşam

32) Öğle yemeğinizi genelde nerde yiyorsunuz?

Evde	İş yerinde/okulda	Eve/ İşe giderken veya Evden/ İşden çıkarken	Hiç
------	-------------------	--	-----

33) Hangi öğünleriniz genelde taze pişiyor/ pişiriyorsunuz?

Günde bir kaç kere	Günde bir kere	İki günde bir	Daha az
--------------------	----------------	---------------	---------

34) Evde televizyonunuz var mı?

EVET

HAYIR

35) Eğer varsa; hangi sıklıkta TV izliyorsunuz?

Günde 1-3 saatten fazla	Günde 1-3 saat	Haftada 1-3 saat	Daha az
-------------------------	----------------	------------------	---------

Bilimsel Anket	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Tarafsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1) Türk asıllı olduğum için kendimle gurur duyuyorum.						
2) Bir gün çocuklarım olduğunda onlara Türk ismi vereceğim.						
3) Kendimi atalarımın ağına hissediyorum.						
4) Bir gün çocuklarım olduğunda, onları öncelikle Avusturya sonrada Türk aslına uygun büyüteceğim.						
5) Kültürel faaliyetleri beslemek için eğitildim.						
6) Türk toplumunun fikirlerini kabul etmekte zorlanıyorum.						
7) Farklı kültür ve farklı ırka sahip insanlarla arkadaşlık kurmaya meyilliyim.						
8) Bana yaşlılara karşı saygılı olmam gerektiğini öğrettiler.						
9) Avusturyadaki her birey aynı imkanlarla mali başarıya ulaşabilir.						
10) Başka kültürleri kendimi adapte etmek için, kendimi kolayca gizleyebiliyorum.						
11) Benim için, kültürel inancımı desteklemem ayrımcılığa karşı çıkmaktan daha önemli.						
12) Farklı kültürler kabul etmesede, Türk bireylerinin işleriyle ilgili mantıklı davranıyorum.						
13) Dışardaki davranışlarım (okul, iş yeri, v.b.) evdeki davranışlarımdan farklı.						
14) Kendimi manevi birisi olarak buluyorum.						
15) İnsanlardan birşeyler alıyorsam eğer, karşılığında mutlaka veriyorum.						
16) Kendimi dinine bağlı birisi (Müslüman, Hristiyan, v.b.) olarak görüyorum.						
17) Türk toplumunda aktif olmak benim için önemli.						
18) Etrafımda Türk asıllı olmayan insanların bulunmasını tercih ediyorum.						
19) Türklerin az bulunduğu sosyal faaliyetlere katılıyorum.						
20) Türk dükkanlarını/ işlerini aktif olarak destekliyorum.						
21) İnsanlar kendi değerlerini değiştirmesi, bu değişiklikte birlikte çevresine uyum sağlaması gerekiyor.						
22) Onlara daha iyi uyum sağlamak için, kendimi farklı kültürel değerlerle ifade ediyorum.						
23) Türk dükkanlarını/ işlerini desteklemek için yetiştirildim.						
24) Kanaatlerim çoğunlukla dinimden (İslam, Hristiyan, v.b.) kaynaklanıyor.						
25) İyi arkadaşlıklarım çoğu ve eski partnerlerim çeşitli kültürel gruplardan oluşuyor.						
26) Türk yeteneklerini öne çıkaran eğlenceleri (müzik, film, tiyatro, v.b.) tercih ediyorum.						
27) Türk prodüktörlerin ürünlerini satın alıyorum.						
28) Türk dükkanlarından ürün satın almıyorum.						
29) Benim toplumumdaki organizasyonların fiziki ve manevi denge sağladığını düşünüyorum.						
30) Geçmiş atalarım için farklı adetler ve törenler uyguluyorum.						
31) Farklı kültürel değerlere asimile olmak mali başarıya ulaştırıyorsa eğer, benim için sorun değil.						
32) Türk asıllı bireyler, insanlığın doğumundan itibaren başlayan tarihleri hakkında bilgi sahibi olmalılardır.						
33) Türk manevi sistemine aktif olarak katılıyorum.						
34) Benim için yazılı sözleşmeler sözlü vaatlerden daha önemli.						
35) Türk ürünlerine sahip değilim.						
36) Manevi etkinliklerimde Türkçe dilini kullanıyorum.						

37) Avusturya'da yaşayan insanlar sadece Almanca konuşmalı.						
38) Ben büyük bir ihtimalle Türk asıllı olmayan bir erkekle/ kızla evleneceğim.						
39) Benim kültürümdeki kişiler Türk müziğine ve sanatına karşı değer biçmesi gerekiyor diye düşünüyorum.						
40) Benim kendi başarımlarım Türk toplumunun başarısından daha önemli.						
41) Benim toplumumu etkileyen olaylardan haberdar olmak için, farklı medyaları (TV, dergi, gazete, internet, v.b.) takip ediyorum.						
42) Türk asıllı bireylerin uğradığı haksızlığa karşı hiç birşey söylememeyi tercih ediyorum.						
43) Benim kültürüm sayesinde başka kültürlerdeki insanlığı ve onuru görebiliyorum.						
44) Etnik kökenim hakkında fazla bilgi sahibi olmak için onların tarihlerini, geleneklerini ve adetlerini araştırdım.						
45) Çoğunlukla etnik kökenimden oluşan organizasyonlarda ve sosyal gruplarda aktifim.						
46) Etnik kökenim hakkında net bir fikrim var ve aynı zamanda bana karşı ne tür bir anlamı olduğunun bilincindeyim.						
47) Kendi etnik grup üyeliğimden dolayı hayatımın nasıl etkilendiğini çok düşünüyorum.						
48) Ait olduğum grubun bir parçası olduğum için mutluyum.						
49) Etnik grubuma üyeliğimden dolayı güçlü bir hassasiyete sahibim.						
50) Etnik üyeliğimin benim için ne anlama geldiğinin farkındayım.						
51) Etnik kökenim hakkında fazla bilgi sahibi olmak için, benimle aynı kökenli insanlarla çok konuştum.						
52) Etnik grubumun çok fazla onurlu olduğunu düşünüyorum.						
53) Kendi etnik grubumun kültürel faaliyetlerine, özellikle yemek, müzik ve adetlerine katılıyorum.						
54) Etnik grubuma karşı kendimi güçlü hissediyorum.						
55) Etnik ve kültürel kökenime karşı kendimi iyi hissediyorum.						

Babam (aşağıdaki sayıları kullanın) _____ geliyor.

Annem (aşağıdaki sayıları kullanın) _____ geliyor.

- 1) Türkiye'den
- 2) Balkanlar'dan (Bosna, Sırbistan, Bulgaristan, Makedonya, Arnavutluk)
- 3) Başka ülkeden: _____

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Tarafsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
56) Emin olmadığım durumlarda kötünden ziyade iyiye karar veriyorum.						
57) Çok çabuk sakinleşebiliyorum.						
58) Birşey yolunda gitmediği zaman, elimden birşey gelmez.						
59) Geleceğimle ilgili iyimserim/optimistim.						
60) Arkadaşlıklarımın tadını çıkarıyorum.						
61) Meşgul olmam, benim için önemli.						
62) Birşeylerin benim istediğim gibi gerçekleşmesinde fazla beklentili değilim.						
63) Çok çabuk telaşlanan birisi değilim.						
64) Başıma iyi birşeylerin geleceğine dair, hemen hemen hiç bir beklentim olmuyor.						
65) Genellikle başıma kötünden ziyade iyi birşeylerin gelmesini umuyorum.						

66) Ne kadar pahalıda olsa, sağlıklı yiyecek alıyorum.						
67) Doğal gıda almaya özen gösteriyorum.						
68) Market benim ikametgahıma uzak olsa bile gidip ucuz gıdalardan alıyorum.						
69) Sağlıklı ve doğal ürünlerle beslenmeyi önemsiyorum, bunun için fazla para ödemem gerekse bile.						
70) Günde 1,5-2 litre su içmeye özen gösteriyorum.						
71) Haftaiçi vaktimi çok almayan yemekler hazırlıyorum.						
72) Gün içinde genelde yemek yemeye en fazla 15 dakika ayırıyorum.						
73) Küçükülüğümde bazı yemeklerden hoşlanmamam zamanla değişti.						
74) Sigara kullanmıyorum ve sigara kullanılmayan mekanları tercih ediyorum.						
75) Normal su sadece aklıma gelince tüketiyorum.						
76) Ailemle akşam yemeklerini fazla geç olmadan (saat akşam 6'dan önce) ve aynı zamanda yemeye çalışıyoruz.						
77) Stresli olduğum zaman yemek yemekten vazgeçiyorum.						
78) Stresli olduğum zaman normalden daha fazla yemek yiyorum, çünkü kendimi öyle sakinleştirebiliyorum.						
79) Bazen TV'nin karşısında veya kitap okurken yemek yiyorum.						
80) Eğer sevdiğim bir yemek varsa, o zaman normalden daha fazla yiyorum.						
81) Bazen yemek yemek için gecenin ortasında uyanıyorum.						
82) Eğer bir toplumun içerisindeysem, normalden daha az yiyorum.						
83) Film izlerken veya kitap okurken yanıma atıştırılacak yiyecekler alıyorum.						
84) Kilolarım yüzünden çoğunlukla umutsuzluğa kapıldım.						
85) Ne zaman kendimi kötü hissetsem, yemek yemekle kendimi avutuyorum.						
86) Yabancı yemeklerden hoşlanmıyorum, o yüzden dışarıda bildiğim yemekleri tercih ediyorum.						
87) Ne kadar zamanımı alırsa alsın, yemeklerimi taze hazırlamaya çalışıyorum.						
88) Günde 5 porsiyon meyve ve sebze tüketmeye çalışıyorum (1 porsiyon yaklaşık 60 gram, örnek: normal büyüklükte bir elma veya bir avuç dolusu fındık).						
89) Gün ortasında genelde yemeğimi işe, bir randevuya giderken, metroda, v.b. tüketiyorum.						
90) Kilolarımı kontrol etmem için kalori sayıyorum.						
91) Yemek yeme zamanlarım işlerime ve meşguliyetime bağlı.						
92) Çoğunlukla yemek yeme faslını tok olmadan bitiriyorum.						
93) Çoğunlukla gün içinde az ama akşam eve geldiğimde fazla yiyorum.						
94) Çaresiz kaldığım zamanlar daha fazla yiyorum.						
95) Günde en az üç öğün yemek yemeye özen gösteriyorum.						
96) Hep aynı vakitte yemek yemeye özen gösteriyorum.						
97) Bazen yemek yeme alışkanlığımı daha iyi kontrol etmem gerektiğini düşünüyorum.						
98) Çoğunlukla günde üç öğünden fazla yemek yiyorum.						

99) Alışveriş yaparken öncelikle fiyata bakıyorum.						
100) Haftada bir kez balık yemeye özen gösteriyorum.						
101) Hafta içi çoğunlukla aynı vakitte yemek yiyorum.						
102) Başkalarının yanında çoğunlukla az ama yalnız olduğumda daha fazla yemek yiyorum.						
103) Genelde aynı çeşit yemek yiyorum.						
104) Alışveriş yaparken ürünlerin içeriğine dikkat ediyorum.						
105) Eğer yemek masasında fazladan porsiyon varsa, o zaman normalden daha fazla yiyorum.						
106) Şişmanlatan gıdalardan uzak duruyorum.						
107) Boş vaktimi dışarıda (temiz havada) geçirmeye özen gösteriyorum.						
108) Çeşitli yemekler yemeye özen gösteriyorum.						
109) Günlük yarım pideden fazla tüketiyorum.						
110) Boş vaktimi çoğunlukla evde (TV başında veya kitap okuyarak) geçiriyorum.						
111) Her öğünde tabağımın yarısının sebzeyle dolu olmasına özen gösteriyorum.						
112) Günlük süt ürünlerinden tüketmeye özen gösteriyorum.						

113) Aşağıda yazanlardan hangisini tüketiyorsunuz:	Günlük	Haftada bir kez	Ayda bir kez	Duruma göre	Hiç
Çikolata					
Bisküvi					
Çokokrem (mes. Nutella)					
Kek					
Sürpriz yumurta					
Sakız					
Çekirdek					
Çekirdek (tuzlu)					
Kabakçekirdeği					
Kabakçekirdeği (tuzlu)					
Antepfıstığı					
Ceviz					
Fındık					
Kuru üzüm					
Kuru kayısı					
Kuru incir					
Chips					
Leblebi					
Çikolata kaplı leblebi					
Şeker kaplı leblebi					
Lolipop					
Kavrulmuş tuzlu mısır					
Patlamış mısır					
Yerfıstığı					
Lokum					

114) Ne tür et ürünleri tüketiyorsunuz:	Günlük	Haftada bir kez	Ayda bir kez	Duruma göre	Hiç
Tavuk eti					
Dana eti					
Koyun eti					
İnek eti					
Domuz eti					
Kuzu eti					

116) Aşağıda yazan sebzelerin hangilerini tüketiyorsunuz:	Günlük	Haftada bir kez	Ayda bir kez	Duruma göre	Hiç
Kara lahana					
Beyaz lahana					
Yeşil lahana					
Domates					
Patates					
Yeşil soğan					
Kuru soğan					
Kırmızı soğan					
Maydanoz					
Marul					
Kırmızı biber					
Yeşil biber					
Dolmalık biber					
Pırasa					
Limon					
Salatalık					
Patlıcan					
Kabak					
Havuç					
Dereotu					
Ispanak					

115) Aşağıda yazan içeceklerin hangilerini tüketiyorsunuz:	Günlük	Haftada bir kez	Ayda bir kez	Duruma göre	Hiç
Meyve suyu (şekersiz ve asitsiz, mes. Elma, portakal, v.b.)					
Alkol					
Şekerli içecekler (mes. Eistee)					
Çay					
Kahve					
Asitli içecekler (mes. Cola, Redbull, v.b.)					
Süt					
Maden suyu					

14 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Ümran Önsoy

Geburtsort: Wien

Nationalität: Österreich

Familienstand: verheiratet

Ausbildung

1996-2000: Volksschule Kaisermühlen, Schüttaustraße 42, 1220 Wien

2000-2009: IRG Rauchfangkehrergasse

2009-2011: Lehramtstudium, UF Französisch/UF Psychologie und Philosophie

2011-2016: Lehramtstudium, UF Geschichte, Sozialkunde und Politische Bildung/
UF Psychologie und Philosophie

Berufliche Tätigkeiten

GfK-Austria-Meinungsforschungsinstitut

IFES-Sozial- und Meinungsforschung

Sprachen

Deutsch fließend, perfekt

Türkisch Muttersprache

Englisch Maturaniveau

Französisch Grundkenntnisse

Latein Grundkenntnisse

Juni, 2016

