

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Gesundheitsförderung macht Schule“

Verfasserin

Astrid Swatosch

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im Juli 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel

ABSTRACT

Das Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist stark gestiegen und im Zusammenhang damit auch die Aufmerksamkeit für Fragen der Verbesserung der Gesundheitssituation von Jugendlichen und Kindern. Die Gesundheitsförderung soll laut Ottawa-Charta in den Schulen verankert sein. Ihnen wird in diesem Prozess eine zentrale Rolle zugeordnet und große Hoffnungen auf ihr gesundheitsförderndes Potential gesetzt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem Vergleich zweier Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Die Schule am Wilhelminenspital ist Mitglied im „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“, im Gegensatz zur Schule am Sozialmedizinischen Zentrum Ost. Ziel war es herauszufinden, ob diese Mitgliedschaft eine Wirkung auf das Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein und das Wissen über gesundheitsrelevante Fragen der SchülerInnen hat und ob sich das Verhalten in den Punkten Bewegung, Rauchen und Ernährung zur „Non-Netzwerkschule“ gleichen Schultyps unterscheidet. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein standardisierter Fragebogen in gekürzter Form verwendet.

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede zwischen den beiden Schulen in den Bereichen „Wissen um Projekte zum Thema Gesundheit“, „Unterrichtsgegenstände, die auf die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum aufmerksam machen“ und „Anzahl der vor dem Fernseher verbrachten Stunden“. Hinsichtlich der restlichen Variablen konnte kein Unterschied zwischen den beiden Schulen festgestellt werden.

ABSTRACT

The interest in measures of health promotion has increased considerably and in connection with it the attention for matters of improving the health situation of adolescents and children. Health promotion, according to the Ottawa Charta, is to be embedded in schools. Their role is intended to be central in this process and great hopes are placed in their health promoting potential.

The paper on hand deals with a comparison between two health care and nursing schools. The school at the Wilhelminenspital is a member of the "Vienna Network of Health Promoting Schools", unlike the school at the SMZ-Ost. The objective was to find out if this membership has an effect on the students' health behaviour, their health awareness and their knowledge about health relevant issues and whether their behaviour concerning exercise, smoking and nutrition differs from the non-network school of the same type. To answer the research questions a standardised questionnaire in a shortened version was used.

The results of the analysis show differences between the two schools in the fields "knowledge of projects concerning health", "teaching subjects that raise awareness for the harmfulness of smoking" and "number of hours spent in front of the TV set or a video game console". With regard to the remaining variables no difference could be detected between the two schools.



„Da flehen die Menschen die Götter an um Gesundheit und wissen nicht, daß sie die Macht darüber besitzen“

(Demokritos, Fragmente)

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	10
1.1	AUFBAU UND THEMATISCHE ABGRENZUNG	12
1.2	PROBLEMSTELLUNG	13
1.3	FORSCHUNGSFRAGEN	14
1.4	ARBEITSMETHODE	14
2	KLÄRUNG DER FACHTERMINI	16
2.1	GESUNDHEIT	16
2.2	GESUNDHEITSFÖRDERUNG VERSUS PRÄVENTION	21
2.2.1	<i>Gesundheitsförderung</i>	22
2.2.2	<i>Prävention</i>	26
2.2.2.1	Auswahl des Zeitpunkts ab wann Prävention begonnen wird	27
2.2.2.2	Auswahl nach dem Ziel der Prävention	28
2.2.2.3	Auswahl nach der Methode	31
2.3	GESUNDHEITSERZIEHUNG	32
2.4	GESUNDHEITSBILDUNG	34
2.5	GESUNDHEITSAUFKLÄRUNG / GESUNDHEITSBERATUNG	35
2.5.1	<i>Motivation durch Angst</i>	36
2.5.2	<i>Motivation durch Lernen am Modell</i>	37
2.5.3	<i>Motivation durch Sachinformationen</i>	38
2.6	GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN	40
2.7	GESUNDHEITSVERHALTEN	42
2.7.1	<i>Rauchen</i>	43
2.7.2	<i>Peer Group</i>	44
2.7.3	<i>Bewegung</i>	46
2.7.4	<i>Ernährung</i>	47
3	GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN SCHULEN	49
3.1	„WIENER NETZWERK GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULEN“	54
3.2	DAS NETZWERK AM BEISPIEL DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGESCHULE AM WILHELMINENSPIITAL	55
3.2.1	<i>Projekt „Ergonomische Möbel“</i>	61
3.2.2	<i>Projekt „Rauchfreie Schule“</i>	61
3.2.3	<i>Projekt „Fitnessraum“</i>	62
3.2.4	<i>Projekt „Gesundheitstag“</i>	63
3.2.5	<i>Projekt „Povernapping Room“</i>	64

4	METHODENTEIL	66
4.1	FORSCHUNGSDESIGN	68
4.2	ZIEL UND ZWECK DER UNTERSUCHUNG.....	69
4.3	ZEITPUNKT UND HÄUFIGKEIT DER DATENERHEBUNG	70
4.4	AUSWAHL DER STICHPROBE DER FRAGEBOGENERHEBUNG.....	70
4.5	ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN.....	71
4.6	FORSCHUNGSLEITENDE FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	72
4.7	AUFBAU DES FRAGEBOGENS.....	73
5	DATENAUSWERTUNG	76
5.1	DEMOGRAPHISCHE DATEN	76
5.2	WISSEN.....	80
5.3	EINSTELLUNG	83
5.4	VERHALTEN.....	86
5.4.1	<i>Bewegung</i>	87
5.4.2	<i>Rauchen</i>	93
5.4.3	<i>Ernährung</i>	103
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	110
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	116
8	LITERATURVERZEICHNIS	118
9	ANHANG	127

VORWORT

Der Grund für die Themenwahl ergibt sich aus meiner sechsjährigen Tätigkeit als Lehrerin an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Wilhelminenspital. Wie der Name schon vermuten lässt, geht es in der Ausbildung und auch im späteren Berufsalltag um Krankheit, aber auch um Gesundheit. Das war nicht immer so. All jene Personen (inklusive meiner Person) welche vor der Änderung des Berufsgesetzes (GuKG) 1997 ihre Berufsausbildung abgeschlossen hatten, nannten sich „Diplomierte Krankenschwester bzw. Krankenpfleger“ und hatten gelernt, PatientInnen nach dem pathogenetischen Ansatz zu pflegen, was durch die Bezeichnung dieser Unterrichtsfächer auch sehr deutlich wurde: „Pflege bei PatientInnen mit Herz-Kreislaufkrankungen“, „Pflege bei PatientInnen mit Hauterkrankungen“ uvm. Unsere Gesellschaft hat im Laufe der Zeit einen Wandel vollzogen, durch den Gesundheit, gesund bleiben, Wellness uvm. im Mittelpunkt stehen.

Schon zu Beginn meiner Lehrtätigkeit hatte ich den Eindruck, dass Gesundheit und Gesundheitsförderung ständig ein Thema sind. Das war einerseits am schulautonomen Schwerpunkt der Schule zu erkennen, welcher Gesundheit im Fokus hat, und andererseits am Curriculum, in welchem Unterrichtsgegenstände zu finden sind, die Gesundheitsförderung zum Thema haben. Darüber hinaus war ein hohes Maß an Engagement der KollegInnen erkennbar, welche aktiv im „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ mitarbeiteten. Dadurch wurde die Schule rauchfrei, ein Fitnessraum und Povernapping Room für SchülerInnen entstand und es wurde zweijährlich ein „Gesunder Tag“ organisiert. Kurz gesagt: *„Gesundheitsförderung macht Schule“*.

Für mich ist es von persönlichem Interesse in einem Schulvergleich herauszufinden, ob sich mein subjektives Empfinden mit dem tatsächlich gesundheitsfördernden Verhalten der SchülerInnen deckt.

1 EINLEITUNG

Das öffentliche, als auch private Interesse an Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention ist stark gestiegen und im Zusammenhang damit auch die Aufmerksamkeit für Fragen der Verbesserung der Gesundheitssituation von Jugendlichen und Kindern. *„Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist heute (...) für die internationale Gesundheitsförderungsbewegung wieder zu einem zentralen Anliegen geworden. (...) vermehrt werden psychologische Probleme und psychosoziale Befindlichkeitsstörungen diagnostiziert.“* (DÜR, 2002, S. 7).

Die Gesundheitsförderung soll laut Ottawa-Charta in den Schulen verankert sein. Ihnen wird in diesem Prozess eine zentrale Rolle zugedacht und große Hoffnungen auf ihr gesundheitsförderndes Potential gesetzt. Daher wurde 1993 durch die WHO das „European Network of Health Promoting Schools“ gegründet, um Gesundheitsförderung im Setting Schule zu etablieren und um damit die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern (vgl. WHO, 1997b). Schulen eignen sich idealerweise für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen, da sie Struktur geben, stark prägen können und große Vorbildfunktion haben. Damit dies gelingen kann müssen zuerst geeignete Rahmenbedingungen geschaffen und „veraltete“ Konzepte überdacht werden. Wie man dem Literaturverzeichnis entnehmen kann, ist das Thema Gesundheitserziehung und -förderung nicht erst seit kurzem präsent, denn die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Publikationen reichen bis ins Jahr 1977 zurück.

Beim Durchsichten der Literatur wurde deutlich, dass der seit Jahrzehnten verwendete Abschreckungsansatz bei Jugendlichen nicht die gewünschten Erfolge brachte. Eine Ursache dafür könnte sein, dass Jugendliche nicht oder nur gering an medizinischer Prophylaxe interessiert sind, dafür aber um so mehr an ihren soziale Bedürfnissen. Psychologische und soziokulturelle Aspekte, aber vor allem gruppensdynamische Prozesse sind für dieses Alter von großer Bedeutung.

Die Suche der eigenen Identität und der Wunsch nach sozialer Anerkennung in der Gruppe sind häufig der Grund dafür, dass Jugendliche rauchen (vgl. LEPPIN, 1995).

Obwohl das Wissen um die Schädlichkeit vorhanden ist, haben die erwähnten Gründe mehr Gewicht als „gesunde“ Aspekte. Dasselbe gilt auch für SchülerInnen einer höheren Altersgruppe, wie sie in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zu finden sind. Die Institution Schule ist prädestiniert wie keine andere Einrichtung, Gesundheitsförderungsmaßnahmen umzusetzen, da sie als einzige Institution die Möglichkeit hat, alle Kinder und Jugendliche zu erreichen.

Gerade im Jugendalter (vom Einsetzen der Pubertät bis hin zur gesetzlichen Volljährigkeit) vollzieht sich die Entwicklung der Persönlichkeit vom Kind hin zu einer selbstbestimmten, mit unterschiedlichen Einstellungen versehenen Persönlichkeit (vgl. HURRELMANN / KOLIP, 2002, S. 179). Gerade hier kann das Setting Schule ansetzen und Gesundheitsförderung in den Schulalltag implementieren.

Um schulische Gesundheitsförderung konstruktiv und nachhaltig zu gestalten, muss neben der reinen Wissensvermittlung über gesundheitsrelevante Themen, ebenso die emotionale und soziale Ebene der SchülerInnen angesprochen werden. Darunter ist vor allem die psychosoziale Funktion gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen im Lebenskontext der Jugendlichen zu sehen (Peer Groups, Frustessen,...).

Somit kann vermutet werden, dass sich das Verhalten der SchülerInnen in Richtung Gesundheitsförderung nicht allein durch die Ausbildung mit ihrem hohen Anteil an gesundheitsfördernden Anteilen ändert. Die Ausbildungsinhalte sind in beiden zu untersuchenden Schulen gleich. Die zusätzlichen Angebote, welche vom Netzwerkteam ausgehen, sollten sich im Verhalten der SchülerInnen niederschlagen.

Um die statistische Auswertung der Daten seriös durchzuführen, wurde die Hilfe von einem Mathematiker und einer Soziologin in Anspruch genommen.

1.1 Aufbau und thematische Abgrenzung

Auf die pädagogische Aufbereitung der Ausbildungsinhalte wird in der Arbeit nicht näher eingegangen, da dies den dafür vorgesehenen Rahmen sprengen würde. Darüber hinaus wird keine Evaluation der Netzwerkarbeit erfolgen.

In der vorliegenden Arbeit werden für Begriffe, welche eine weibliche und männliche Form haben, beide Schreibweisen verwendet. Wörtliche Zitate werden durch das Verwenden eines kursiven Schriftbildes als solche gekennzeichnet. Die formale Gestaltung erfolgte in Anlehnung an die aktuelle Auflage des Leitfadens von Matthias KARMASIN¹.

Unter den **Kapiteln 2.2 bis 2.4** der vorliegenden Arbeit werden die Problemstellungen und zentralen Fragestellungen dargestellt. Es folgen Erklärungen zur Arbeitsmethode und Vorgangsweise.

Das **Kapitel 3** der Arbeit bildet den theoretischen Unterbau. Definitionen von schulischer Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und das „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ werden mittels aktueller Literatur beschrieben und abgegrenzt. Dabei ist eine Unterscheidung der beiden Begriffe „Gesundheitsbildung“, welche den Begriff Gesundheitserziehung implementiert und „Gesundheitsförderung“ zu treffen. Es wird festgelegt, welcher Zusammenhang in der Literatur beschrieben ist und in welcher Form diese Begriffe in der vorliegenden Arbeit verwendet werden.

¹ KARMASIN, M. (2008): Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten.

Im **Kapitel 4** erfolgt eine Feldbeschreibung, welche Einblick in jene Unterrichtsgegenstände gibt, in denen Gesundheitsförderung vorkommt.

Mit der verwendeten Arbeitsmethode beschäftigt sich **Kapitel 5**, in welchem die Datenerhebung erklärt und konkret auf das Forschungsdesign und die Untersuchung eingegangen wird. Des Weiteren erfolgt eine Beschreibung des Fragebogens.

Die Auswertung der Daten und die Ergebnispräsentation finden sich im Anschluss unter dem **Kapitel 6**.

Den Abschluss der Arbeit bilden Diskussionen und Schlussfolgerungen zur Arbeit, sowie ein Ausblick in die Zukunft, welche im **Kapitel 7** zu finden sind.

1.2 Problemstellung

Für SchülerInnen einer GuK-Schule ist der Schulalltag, wie auch für SchülerInnen anderer Schultypen durch Zeitmangel und Stress bestimmt und dadurch steht kaum ausreichend Zeit zur Verfügung, etwas für die eigene Gesundheit zu unternehmen.

Die gegenständliche Schule gehört dem „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ an, welches in einem europäischen Netzwerk eingebettet ist. Ziel ist es, den Schulalltag an Prinzipien der Gesundheitsförderung zu orientieren. So wurde beispielsweise die Schule an der die Verfasserin tätig ist, mit September 2005 rauchfrei.

SCHWEIGER untersuchte bereits 2005 an der GuK-Schule am Wilhelminenspital ob es einen Zusammenhang zwischen der Berufswahl und dem Gesundheitsbewusstsein, -verhalten und Wissen gibt und welchen Einfluss die Ausbildung darauf hat (vgl. SCHWEIGER, 2005, S. 12). Zum Zeitpunkt der oben erwähnten Erhebung war die Schule erst seit ca. zwei Jahren Netzwerkmitglied. Inzwischen haben jene LehrerkollegInnen, welche aktiv im Netzwerk tätig sind (kurz als

„Netzwerkteam“ oder „Gesundheitsförderndes Team“ bezeichnet) viel Zeit und Engagement in Richtung Gesundheitsförderung unternommen. Das war Grund genug zu hinterfragen, ob dieser Einsatz eine Wirkung auf das Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein und das Wissen über gesundheitsrelevante Fragen der SchülerInnen hat und ob das Verhalten in den Punkten Bewegung, Rauchen und Ernährung sich zu anderen SchülerInnen einer „Non-Netzwerkschule“ gleichen Schultyps unterscheidet.

1.3 Forschungsfragen

Aus den beschriebenen Problemfeldern ergeben sich für die Arbeit folgende zentrale Forschungsfragen:

1. Unterscheidet sich das gesundheitsfördernde Verhalten der SchülerInnen einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, welche im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ eingebunden ist, vom **Verhalten** von SchülerInnen einer „Non-Netzwerkschule“ hinsichtlich **Rauchen, Ernährung** und **Bewegung**?
2. Gibt es Unterschiede bezüglich dem **Wissen** und der **Einstellung** von SchülerInnen einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, welche im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ eingebunden ist, im Vergleich zu SchülerInnen einer „Non-Netzwerkschule“?

1.4 Arbeitsmethode

Um die gestellten Forschungsfragen qualifiziert beantworten zu können, sind folgende methodische Vorgehensweisen notwendig:

- **Literaturrecherche und theoretische Aufbereitung des Problemfeldes**

Eine genaue Erklärung und Abgrenzung der Fachtermini ist durchzuführen.

- **Verwendung eines quantitativen Messinstrumentes: Fragebogen**

Die schriftliche Befragung mittels Fragebogens ist speziell in der Pflegeforschung eine der gebräuchlichsten Methoden der Datenerhebung. Sie ist ein wichtiges Instrument, welches in der quantitativen Forschung eingesetzt wird.

Für die Datenerhebung wird der HBSC (Health Behaviour in school-aged children) Fragebogen in gekürzter Fassung verwendet und Teile des Fagerström Nikotinfragebogens mit eingearbeitet. Ergänzt werden diese durch Wissens- und Einstellungsfragen.

2 KLÄRUNG DER FACHTERMINI

Im nachfolgenden Kapitel werden gesundheitsrelevante Begrifflichkeiten, gestützt auf Literaturrecherche erklärt und diskutiert. Darüber hinaus soll es einen Einblick in die unterschiedlichsten Betrachtungsweisen und Auffassungen des Gesundheitsbegriffes der ExpertInnen geben und deutlich machen, dass der Begriff Gesundheit historischen als auch gesellschaftspolitischen Einflüssen unterworfen ist. Abschließend erfolgt eine Überleitung auf die aktuellen Begriffe betreffend Gesundheitsförderung.

2.1 Gesundheit

Die naturwissenschaftliche Medizin unterscheidet zwei Zuständen – den der **Krankheit** und den der **Gesundheit**. Das bedeutet, dass der Mensch entweder krank oder gesund ist. Krankheiten werden durch bestimmte Faktoren ausgelöst (Pathogenese) und stellen damit eine Abweichung vom Zustand der Gesundheit dar (Homöostase).

Krankheit ist biomedizinisch betrachtet entweder ein biologischer Strukturdefekt, oder eine physiologische Funktionsstörung (vgl. PSCHYREMBEL, 2004, S. 983). Nicht berücksichtigt werden dabei das subjektive „sich-krank-fühlen“ und das sozial definierte „krank-sein“. Dies würde also bedeuten, dass **Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit** ist. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1946 lautet dagegen:

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946).

Zu kritisieren ist hier, dass denjenigen Menschen, die körperlich und/oder geistig beeinträchtigt sind, bei dieser Definition Gesundheit abgesprochen wird. Somit wäre es nicht möglich, diese Menschengruppe als gesund zu

bezeichnen. Alles was sich außerhalb der „Norm“ befindet erfährt somit eine Ausgrenzung, die wiederum zur Isolation führen kann. Darüber hinaus beschreibt diese Definition einen **Idealzustand**, der unerreichbar, beinahe utopisch erscheint.

Vor diesem Hintergrund bezieht SCHIPPERGES provokant Stellung: *„Gesundheit ist – allen Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation zum Trotz – nicht zu definieren.“* (SCHIPPERGES, 1977, S. 85).

12 Jahre später ergänzt er: *„Gesundheit ist kein Begriff, sondern eine Einstellung, kein Zustand, sondern ein Habitus“* (ebenda, 1999, S. 15).

POLETTI meint zum Gesundheitsbegriff kurz und prägnant: *„Man könnte sagen, dass Gesundheit das ist, was der Einzelne darunter versteht“* (POLETTI, zit. n. MESSERLI, 1995, S. 6).

Hier tritt die **Individualität** des Menschen in den Vordergrund, denn es ist durchaus möglich, körperlich beeinträchtigt zu sein, sich aber darüber hinaus als gesund zu bezeichnen. Durch diese Formulierung werden gehandicapte Menschen nicht, so wie in der WHO Definition, in Isolation gedrängt.

Was das einzelne Individuum darunter versteht, hat SCHAEFER (1992, S. 45) in einer internationalen Vergleichsstudie erforscht. Er befragte 14 – 25jährige Personen sowohl in Deutschland, als auch auf den Philippinen, was sie unter dem Begriff „Gesundheit“ verstehen bzw. damit assoziieren. Die deutsche Stichprobe nannte am häufigsten Wörter wie: „Sport“, „Nahrung“, „Medizin“, „Medikamente“, „Krankheit“ und „Krankenhaus“.

SCHAEFER interpretierte dieses Ergebnis folgendermaßen: Bei den Befragten in Deutschland überwiegen die krankheitsorientierten Assoziationen im Gegensatz zu den Gleichaltrigen auf den Philippinen, welche durch die Begriffe „Glück“, „Körper“ und „stark“ deutlich positiver assoziierten.

Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte die immer stärker werdende Präsenz der Medien einerseits, das größere Wissen und Interesse an den

Funktionen des menschlichen Körpers und die bessere medizinische Versorgung in den westlichen Ländern andererseits sein. Dass nicht ein funktionierender Körper allein ausreicht um von Gesundheit zu sprechen erkannte HURRELMANN bereits 1988. Er sieht den Gesundheitsbegriff im Gegensatz zur WHO nicht als statisch, sondern in seiner **Ganzheitlichkeit**:

„Gesundheit setzt sich (...) aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit ist eng mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen verbunden, die sich in der persönlichen Lebensführung niederschlagen. (...) ist kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, wie die rein körperliche Fixierung des Begriffes in der klassischen Medizin nahe legt, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen. Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen bilden dabei den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit“ (HURRELMANN, 1988, S. 17).

WENZEL ist ähnlicher Meinung indem er meint, dass es keinen Zustand völligen Wohlbefindens gäbe, welcher für alle Menschen gleich definiert werden kann. Völliges Wohlbefinden müsse sich daher auf die **subjektiv** erfahrene und wahrgenommene physische, psychische und soziale **Befindlichkeit** beziehen (vgl. WENZEL, 1990, S. 20). Durch diese Beschreibung geht klar hervor, dass Wohlbefinden und Gesundheit Parameter sind, welche sich objektiv nicht messen lassen.

Objektiv nicht messbar ist auch die folgende, recht modern formulierte Definition von ERIKSSON:

- „1. *Gesundheit ist Fitness, Wellness und ein Gefühl des Wohlbefindens.*
2. *Gesundheit ist Glaube, Hoffnung und Liebe.*
3. *Gesundheit ist Tugend.*

-
4. *Gesundheit ist Bewegung.*
 5. *Gesundheit ist Integration.*
 6. *Gesundheit ist relativ“ (ERIKSSON, 2001, S. 27).*

Ganz anders zu sehen ist die folgende Beschreibung des Gesundheitsbegriffs. BÜCHNER und GANDHI betrachten Gesundheit rein aus dem **physischen** Blickwinkel und schenken geistigen und sozialen Aspekten keine Bedeutung indem sie sagen:

„Gesundheit ist das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels“ (BÜCHNER o.J., zit. n. BECKER, 1982, S. 2).

„Gesundheit heißt, man muß [sic!] sich wohlfühlen, sich frei bewegen können, guten Appetit haben, normal in seinen Funktionen sein und daher keinen Arzt aufsuchen müssen“

(GANDHI o.J., zit. n. BECKER, 1982, S. 2).

Die Pflegewissenschaftlerin Hildegard E. PEPLAU schenkt dem körperlichen Aspekt bei der Definition von Gesundheit wiederum keinerlei Bedeutung und legt ihren Schwerpunkt auf den ausschließlich **kognitiven Bereich**, in dem sie Gesundheit als konstruktive Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit versteht, welche menschliche Prozesse wie Kreativität, Produktivität und ein gesellschaftlich anerkanntes Leben mit einschließt (vgl. PEPLAU, 1995, S. 43).

Mittlerweile hat auch die WHO die Problematik ihrer Definition erkannt und daher erfuh der Gesundheitsbegriff 1986 in der „**Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung**“ eine weitere Akzentuierung. Darin wird dieser als Mittel zur Bewältigung des täglichen Lebens und nicht als Ziel des Lebens angesehen. Ein Wandel des „Zustandsbegriffes“ der Definition hin zu einem „Ressourcenbegriff“ hat stattgefunden. Die WHO stuft darüber

hinaus Gesundheit als ein **Menschenrecht** und als das „höchste Gut“ ein (vgl. WEIGLHOFER, 2000, S.19).

Es gibt auch Definitionen, bei denen **leistungsorientierte** Ansätze im Vordergrund stehen:

„Gesundheit ist die Fähigkeit lieben und arbeiten zu können“

(FREUD o.J., zit. n. BECKER, 1982, S. 2).

„Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (PARSON o.J., zit. n. BECKER, 1982, S. 2).

Beide Definitionen haben in der heutigen westlichen leistungs- und profitorientierten Gesellschaft durchaus Gültigkeit.

Aufgrund der vielfältigen Definitionen von Gesundheit hat GLÖCKENJAN diese kategorisiert und in drei Gruppen unterteilt:

- Gesundheit als Wertaussage
- Gesundheit als Abgrenzungskonzept
- Gesundheit als Funktionsaussage (vgl. GLÖCKENJAN, 1991, S. 10).

Alle Definitionen die Gesundheit mit positiven Assoziationen verknüpfen, fallen in die erste Kategorie - wie z. B. die oben zitierte Definition der WHO. Zugleich ist sie auch ein Beispiel für die zweite Kategorie, da es heißt: *„(...) nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“* (WHO, 1946).

In die dritte und letzte Kategorie lassen sich Aussagen einordnen, die Gesundheit als Funktionsaussage sehen - wie z. B. die Definition des Soziologen PARSONS und ebenso wie die von FREUD.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass Gesundheit ein **mehrdimensionaler Begriff** ist, der physischen, psychischen, seelischen, sozialen, emotionalen und gesellschaftlichen Bezug hat. Eine einzige,

allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit gibt es nicht – kann es auch nicht geben. Abschließend sei noch eine weitere Erklärung für Gesundheit erwähnt, mit der sich die Autorin der vorliegenden Arbeit gut identifizieren kann: Gesundheit ist ein positiver Begriff, Gesundheit ist Emanzipation, Gesundheit überwindet gesellschaftliche Tabus, Gesundheit schafft Identität und Solidarität, Gesundheit ist global und vor allem ist Gesundheit machbar (vgl. KICKBUSCH, 2006, S. 38-44).

Welche Konzepte eingesetzt werden können um Gesundheit zu erhalten, soll der nächste Punkt beschreiben.

2.2 Gesundheitsförderung versus Prävention

Gesundheitsförderung ist nicht gleichbedeutend mit Prophylaxe oder Prävention, auch wenn dies im alltäglichen Sprachgebrauch geschieht. Bereits 1995 forderte TROSCHKE eine klare Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und der Prävention. Er beschrieb drei mögliche Hierarchisierungen dieses Begriffspaares:

- Prävention als Oberbegriff, unter dem auch Gesundheitsförderung subsumiert werden kann.
- Gesundheitsförderung als Oberbegriff, der allgemeine Maßnahmen zur Prävention enthält.
- Beide gleichwertig nebeneinander, wodurch sie jedoch einen anderen Sinn bekommen (vgl. TROSCHKE, 1995, S. 83-86, zit. n. WULFHORST, 2002, S. 31).

In dieser Arbeit erfolgt keine synonyme Verwendung dieser Begriffe. Der folgende Abschnitt soll deutlich machen, dass es klare Unterscheidungsmerkmale zwischen Gesundheitsförderung und Prävention gibt und die Möglichkeiten der Umsetzung aufzeigen.

2.2.1 Gesundheitsförderung

Simpel ausgedrückt könnte man sagen, dass die Hauptaufgabe der Gesundheitsförderung die Erhaltung der Gesundheit ist. Sie ist verbunden mit einem positiven Umdenken, da nicht mehr die Krankheit, sondern vielmehr die Gesundheit in den Mittelpunkt rückt. Der über Jahrzehnte bis heute praktizierte pathogenetische Ansatz (Pathogenese = Entwicklung und Entstehung von Krankheiten) ist einem positiven, salutogenetischen Ansatz (Salutogenese = Entstehung von Gesundheit) gewichen. GÖPEL sieht die Anfänge dazu bereits in der Aufklärungsepoche der frühen Moderne, wo als zentrales Ziel der Gesundheitsförderung eine höhere Selbstbestimmung der eigenen Gesundheit gefordert wurde (vgl. GÖPEL, 2008, S. 24).

Durch diesen Wandel vollzog sich auch eine Einstellungsänderung der Gesellschaft und Politik. Hierzu ist festzuhalten, dass dies deutlich bemerkbar wird z. B. im Wahlkampf, wo immer häufiger Themen betreffend Gesundheit zu finden sind. Auch die universitäre Landschaft Österreichs hat sich verändert: neue Studienrichtungen wie z. B. Gesundheitswissenschaften, Public Health usw. haben Einzug gehalten.

HURRELMANN und LAASER sehen daher Gesundheitsförderung nicht an den einzelnen Menschen adressiert, sondern an die Gesamtbevölkerung, sowie an die Politik. Sie soll über institutionalisierte Grenzen hinweg angelegt sein und z.B. in die schulische Ausbildung mit einbezogen werden (vgl. HURRELMANN / LAASER, 1998, S. 396).

Ziele und Strategien zur Förderung der Gesundheit und Schaffung bzw. Erhaltung gesunder Umwelten sind in der Ottawa Charta verankert, die im Rahmen der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa 1986 verabschiedet wurde.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1).

Das Ziel der Charta ist es, dass das Individuum die **Selbstinitiative** für ein gesundheitsförderliches Handeln ergreift. Gesundheitsförderung – so führt die Charta aus – ist ein Prozess, in dessen Zentrum Menschen stehen, die in hohem Maße selbst bestimmt über ihre Gesundheit verfügen.

Um aber diese Selbstbestimmung leben zu können, müssen sie zuallererst ein Verständnis für Gesundheit entwickeln. Sowohl der Einzelne als auch Gruppen und Gesellschaften müssen lernen, ihre Gesundheit – und dazu gehören auch ihre Wünsche und Hoffnungen – wahrzunehmen, um somit ein eigenes, persönliches Gesundheitsverständnis zu entwickeln (vgl. STEINBACH, 2004, S.47).

Damit das Individuum überhaupt erst die **Selbstinitiative** für ein gesundheitsförderliches Handeln ergreifen kann, empfiehlt die Charta drei Strategien:

- Interessen vertreten (advocacy)
- Befähigen und Ermöglichen (enabling)
- Vermitteln und Vernetzen (mediating)

Darüber hinaus gibt sie Handlungsbereiche vor, auf welche die Interventionen abzielen haben:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsbezogener Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung von Gesundheitsdiensten (vgl. PELIKAN, 1996, S. 15).

Hier wird wiederum eine deutliche Schwerpunktverlagerung erkennbar in der die Gesundheitsförderung als **öffentliche Aufgabe** verstanden wird, was bereits HURRELMANN und LAASER 1998 forderten. Die Verantwortung für die Gesundheit liegt nicht allein beim Gesundheitswesen, sondern ebenso in der Politik und zielt auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden ab. Dies soll durch eine gesündere Lebensweise erreicht werden. Die Politik erhält den Auftrag dafür zu sorgen, dass die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, damit Menschen gesund leben, lernen und arbeiten können. Dadurch wird Gesundheit zu einem Bestandteil des täglichen Lebens. Dies soll in so genannten **Settings**² erfolgen, zu denen unter anderen die Schule zählt. NAIDOO sieht Gesundheitsförderung nicht nur als Aufgabe für die im Gesundheits- und Sozialbereich Tätigen, sondern als eine für alle gesellschaftlichen Bereiche (vgl. NAIDOO, 2003, S. 76). Derselben Meinung ist SCHNEIDER, indem sie als wesentliche Forderung an Organisationen der Gesundheitsversorgung das Miteinbeziehen der Menschen in die Planung, Organisation und Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen sieht (vgl. SCHNEIDER, 2003, S. 23).

STEINBACH versteht unter Gesundheitsförderung all jene Maßnahmen welche eingesetzt werden, um Gesundheit zu erlangen, zu verbessern oder über einen möglichst langen Zeitraum aufrecht zu erhalten (vgl. STEINBACH, 2007, S. 13).

„Gesundheitsförderung umfasst sämtliche vorbeugende Handlungen und Maßnahmen, die die Lebensbedingungen und Lebensweisen, die für Gesundheit von Bedeutung sind, beeinflussen“ (STEINBACH, 2004, S. 47).

Dazu zählen alle **präventiven Maßnahmen** und Aktivitäten welche die Lebensweisen von Menschen gesundheitsrelevant beeinflussen, in medizinischer, hygienischer, psychischer, kultureller, sozialer und

² Unter Setting ist ein bestimmtes Umfeld bzw. ein bestimmter Lebensraum zu verstehen (vgl. Steinbach, 2007, S. 57).

ökologischer Hinsicht. Wie bereits erwähnt werden die beiden Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention oftmals synonym verwendet. Dass es in den beiden Ansätzen große Unterschiede gibt und wo diese bestehen, fasst MITTERBAUER (2007, S. 138-139) in Anlehnung an STEINBACH, in ihrer Dissertation zusammen:

	PRÄVENTION	GESUNDHEITSFÖRDERUNG
Fragestellung	Wie werde ich nicht krank?	Was hält mich gesund?
Gesundheitsbegriff	Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit	Gesundheit = positives, multidimensionales Konzept
Gesundheitsmodell	medizinisch-biologisch	partizipatorisch ³ Gesundheits-Krankheits-Kontinuum
Fokus	Vermeidung, Schutz	Entstehung und Erhaltung von Gesundheit
Wissenschaftlicher Ausgangspunkt	Pathogenese	Salutogenese
Orientierung	risikoorientiert	ressourcenorientiert
Strategie	Vermeidung von Gesundheitsrisiken im Sinne der Pathogenese	Stärkung der Ressourcen im Sinne der Salutogenese
Ziele	Informationsvermittlung zu konkreten Themen Krankheitsvermeidung durch individuelle Verhaltensänderung	Empowerment ⁴ , Partizipation, Handlungskompetenz, Lebensstil, Sinnstiftung Schaffung gesunder Lebenswelten in Settings
Zielgruppe	Gefährdete Personen, Risikogruppen	Alle Personen eines Setting

³ Darunter ist zu verstehen, dass die Menschen selbstbestimmt über ihre Gesundheit verfügen, bzw. Anteil daran haben (vgl. STEINBACH, 2007, S. 52).

⁴ „Empowerment ist ein Prozess, durch den Menschen (...) in die Lage versetzt werden, Kontrolle über ihr Leben (...) auszuüben und ihre Ziele zu erreichen“ (Steinbach, 2007, S. 55).

Ansatz	Konkretes Problem	ganzheitlich
Methoden der Umsetzung in der Schule	Einladen Betroffener Derzeit noch üblich ist die Information und Warnung Modernerer Ansatz wären langfristige Programme zur Persönlichkeitsstärkung	Referate, Gruppenarbeiten, Exkursionen Soziales Lernen Solidarisches Handeln Vermittlung gesellschaftlicher Normen Projektunterricht
Auftrag	Oft durch einen Anlassfall	Von der Organisation selbst ausgehend

(vgl. GRASBÖCK, 2004, S. 88/ MITTERBAUER, 2001/ STEINBACH, 2004, S. 51, zit. n. MITTERBAUER, 2007, S.138-139).

Es geht hier ganz deutlich hervor, dass beim gesundheitsfördernden Ansatz die Selbstbestimmtheit des einzelnen Individuums im Vordergrund steht und ihm Eigenverantwortung zugesprochen wird. Dies deckt sich mit der zuvor genannten Definition der WHO aus dem Jahre 1986.

STEINBACH sieht im Begriff „Förderung“ einen Ansatz an Unterstützung bzw. Hilfestellung des Individuums wodurch der Terminus „Gesundheitsförderung“ positiv behaftet wird. Im Gegensatz dazu sieht sie den Begriff der „Prävention“ als eher negativ besetzt, da dieser auf die Beseitigung von Risikofaktoren abzielt (vgl. STEINBACH, 2007, S. 43). Diese Beseitigung hat aber meist die Konsequenz sich von lieb gewonnenen, aber „ungesunden“ Verhaltensweisen zu verabschieden, da Prävention risikoorientiert ist und die Pathogenese in den Mittelpunkt stellt, ohne Berücksichtigung möglicher Ressourcen oder Bedürfnisse des Menschen.

2.2.2 Prävention

Allgemein kann unter Prävention die **Verhütung von Krankheiten** durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, Früherkennung, Frühbehandlung

oder das **Vermeiden** eines Krankheitsfortschreitens verstanden werden (vgl. FRANZKOWIAK, 2003, S. 179). Wie zuvor erwähnt steht hier der pathogenetische Ansatz im Vordergrund. Annähernd identisch liest sich die Definition von SCHWARTZ et al.: „*Prävention (Krankheitsverhütung) sucht (...) eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (...)*“ (SCHWARTZ et al., 1998, S. 151).

Wie Krankheitsvermeidung bzw. Prävention praktisch umgesetzt werden kann, sieht STEINBACH in folgenden Maßnahmen:

2.2.2.1 Auswahl des Zeitpunkts ab wann Prävention begonnen wird

Primäre Prävention: ist noch vor dem ersten Auftreten von Krankheitszeichen einzusetzen.

„*Die Vermeidung exogener Schädigungen (Exposition) oder die Verhinderung oder Verringerung eines personengebundenen Risikos (Disposition, Risikofaktoren) heißt Primärprävention*“ (SCHWARTZ et al., 1998, S. 151). Sie ist oft unspezifisch und an die gesunde Gesamtbevölkerung adressiert. STEINBACH nennt dazu einige Beispiele, wie etwa die Aufklärung über gesunde Ernährung oder über die Folgen des Nikotinkonsums. Auch flächendeckende Durchführungen von Schutzimpfungen fallen darunter (vgl. STEINBACH, 2007, S. 44).

Sekundäre Prävention: wird dann eingesetzt, wenn bereits Krankheitszeichen aufgetreten sind. Ihr Ziel ist es, das Fortschreiten einer Krankheit durch Früherkennung und rechtzeitiger Behandlung zu verhindern (vgl. WULFHORST, 2002, S. 31). Dies kann durch jährliche Gesundenuntersuchungen, als auch durch **Screenings** erfolgen. Unter Screening (Krankheitsfrüherkennung, Filteruntersuchung), einer Maßnahme der sekundären Prävention, versteht man die Früherfassung von Krankheiten. Die Krankheit soll in einer präklinischen Phase, wenn subjektiv noch keine Beschwerden (Symptome) wahrgenommen werden, mit Hilfe von speziellen Untersuchungsverfahren erfasst werden. Durch

eine vorzeitige Therapie soll eine Verbesserung der Prognose erreicht werden. Zielgruppe ist eine Population, die sich aus objektiv und subjektiv gesunden Personen (= frei von klinischen Symptomen) zusammensetzt. Die Untersuchung erfolgt mit relativ einfachen Methoden (vgl. <http://www.meduniwien.ac.at/epidemiologie> [Zugriff am:16.3.2008, 20:10]).

Ziel der Filteruntersuchung ist nicht die endgültige Diagnose, sondern das Auffinden von Personen, bei denen der Verdacht groß ist, dass die gesuchte Krankheit vorliegt.

Tertiäre Prävention: findet erst statt, wenn eine Krankheit bereits ausgebrochen ist. Sie möchte Folgeschäden (Defekte, Behinderungen) einer eingetretenen Erkrankung vermeiden oder abmildern (vgl. SCHWARTZ et al., 1998, S. 151). STEINBACH (2007, S. 45) spricht in diesen Fällen von einer Rückfallverhütung.

Eine Einteilung von Präventionsmaßnahmen kann auch nach dem jeweiligen Ziel getroffen werden.

2.2.2.2 Auswahl nach dem Ziel der Prävention

Verhaltenspräventive Maßnahmen: Darunter sind Strategien gemeint, mit deren Hilfe gesunde Verhaltensweisen der **gesamten Bevölkerung** (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung,...) verstärkt werden sollen aber zugleich riskantes Verhalten (z. B. Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel,...) vermieden werden soll. Dies kann durch den Einsatz von Plakaten, groß angelegter Kampagnen, Veranstaltungen, Broschüren aber auch **Gesundheitsaufklärung, Beratung** und **Bildung** erfolgen (letztere drei werden im Kapitel „Auswahl nach der Methode wie Prävention umgesetzt werden kann“ ausführlich behandelt). Einen sehr pathogenetischen Ansatz findet man in MEGGENEDERS Aussagen der zur Verhaltensförderung meint: *„Verhaltensförderung hat die Aufgabe, menschliches Verhalten so zu beeinflussen und zu verändern, dass vom Individuum beherrschbare, krankheitsverursachende Faktoren ausgeschaltet werden. Letztendlich*

wirkt Verhaltensförderung auf den Lebensstil ein“ (MEGGENEDER, 1999, S. 26).

STEINBACH steht dem zu erwartenden Erfolg kritisch gegenüber und wirft die Frage auf, inwieweit sich das Suchtverhalten der Bevölkerung bezüglich Rauch- oder Alkoholkonsum nach durchgeführten Aufklärungsmaßnahmen und Kampagnen verändert hat. Erfolg versprechend sieht sie dagegen eine Kombination aus verhaltenspräventiven Maßnahmen und Unterstützungsangeboten im Sinne der **Gesundheitserziehung**. Darüber hinaus wäre ihrer Meinung nach das Miteinbeziehen **verhältnispräventiver** Maßnahmen erforderlich (vgl. STEINBACH, 2007, S. 45-46).

Verhältnispräventive Maßnahmen: Diese sind kaum vom Einzelnen durchführbar, da sie auf die Kontrolle, Reduzierung und Beseitigung von umwelt- und lebensbedingten Gesundheitsrisiken abzielen. Darunter kann z. B. die Schaffung von Nichtraucherzonen, das Alkohol- und Tabakverkaufsverbot an Minderjährige und vieles mehr verstanden werden (ebenda S. 47).

SOMMER konkretisiert und sieht eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen am Beispiel „Schule“ durch den Einsatz folgender Maßnahmen:

- Kleinere Klassen
- Verjüngung der Lehrerschaft
- Weniger Bürokratie
- Bessere Ausbildung
- Bessere Aufstiegschancen für LehrerInnen
- Bessere materielle Ausstattung
- Mehr Ruhe und Kontinuität

-
- Erziehung und Bildung als gemeinschaftliche Aufgabe begreifen (vgl. SOMMER et al., 2006, S. 72).

Bei den oben genannten Punkten geht deutlich hervor, dass die Veränderung dieser Strukturen nicht vom Einzelnen durchgeführt werden können, sondern an die Politik gerichtet sein müssen. Ein Beispiel dafür wäre die aktuelle Diskussion der Schülerhöchstzahl in Klassen der Pflichtschule. Eine Reduktion dieser wäre den verhältnispräventiven Maßnahmen zuzuordnen.

KOLB sieht dies in ähnlicher Weise und konkretisiert bereits 1995, was er unter dem Setzen verhältnispräventiver Maßnahmen versteht:

- Gesundheitsfördernde Politik
- Gesundheitsgesetzgebung und gesundheitsfördernde Gesetzgebung (dazu wäre das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) zu zählen)
- Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung
- Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten: Gesund arbeiten, lernen, wohnen:
- Gesundheitsselbsthilfe
- Förderung gesundheitsunterstützender sozialer Netzwerke (vgl. KOLB, 1995, S. 341).

In wie viele unterschiedliche Bereiche sich gesundheitsfördernde Aktivitäten erstrecken, zeigen EWLES / SIMNETT (2007, S. 45) sehr deutlich in nachfolgender Tabelle:

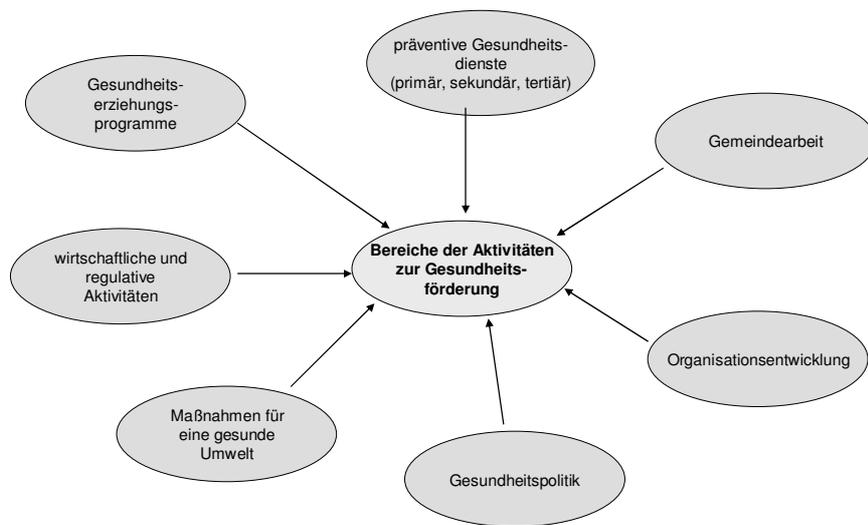


Abbildung 1: Bereiche gesundheitsfördernder Aktivitäten

2.2.2.3 Auswahl nach der Methode

Das Lehren und Erziehen ist häufig an das Wort „Pädagogik“ gekoppelt. So lässt sich in erziehungswissenschaftlicher Literatur der Terminus „Gesundheitspädagogik“ finden, welcher als übergeordneter Dachbegriff verstanden wird. Er implementiert Begriffe wie Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung. Da aber in ihrer Bedeutung deutliche Unterschiede erkennbar sind, werden die einzelnen Begriffe im nachfolgenden Text näher erläutert. Die Autorin distanziert sich vom Dachbegriff der „Gesundheitspädagogik“ und führt diesen nur der Vollständigkeit halber an.

KOLB (vgl. 1995, S. 336) gibt drei Möglichkeiten an, wie Gesundheit gelernt werden kann. Dabei zielt er auf die Veränderung individueller Verhaltensmuster ab:

- Gesundheitserziehung

-
- Gesundheitsbildung
 - Gesundheitsaufklärung/Gesundheitsberatung

Im Folgenden werden diese Maßnahmen näher beschrieben.

2.3 Gesundheitserziehung

Oftmals wird dieser Begriff synonym mit anderen Begriffen wie Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung und Prävention verwendet. In der vorliegenden Arbeit erfolgt eine klare Abgrenzung und daher keine synonyme Verwendung dieser Begriffe.

Der nicht unumstrittene und häufig kritisierte Begriff der „Gesundheitserziehung“ basiert auf positiver Unterweisung und *„(...) zielt darauf ab, von außen vorgegebene Einstellungen zu vermitteln, Gewohnheiten auszubilden und Handlungskompetenzen sowie Fertigkeiten zu vermitteln, die als krankheitsvermeidend gelten und die in das individuelle Verhaltensrepertoire integriert werden sollen“* (KOLB, 1995, S. 338).

Eine gesundheitsfördernde Lebensführung unter Berücksichtigung der Bewältigung des Alltags steht im Vordergrund und nicht allein die Vermeidung von Risikofaktoren. Anders sieht das BLÄTTNER, in dem er unter dem Begriff „Gesundheitserziehung“ Programme zur Verhaltensänderung bei Kindern und Jugendlichen versteht, die ausschließlich nach dem Risikofaktorenkonzept arbeiten. Gesundheitserziehung stellt für ihn einen Sammelbegriff aller nicht therapeutischen, gesundheitsbezogenen Interventionen dar (vgl. BLÄTTNER, 1997, S. 119).

LAASER und HURRELMANN sehen in der Gesundheitserziehung Aktivitäten, die vor allem in Familien und Erziehungseinrichtungen (Elternhaus, Kindergarten, außerschulische pädagogische Einrichtungen) stattfinden, um **Kompetenzen und Fertigkeiten** im

gesundheitsbewussten Verhalten zu vermitteln (vgl. LAASER et al., 1993, S. 176).

Sie bezeichnen als Gesundheitsförderung alle präventiven Aktivitäten und Maßnahmen, welche die Lebensqualität von Menschen beeinflussen.

Gesundheitserziehung zielt vor allem auf **Kinder und Jugendliche** ab, welche durch entsprechende Programme zum Erwerb von Verhaltensmustern und eventuell zur Verhaltensänderung angehalten werden sollen.

Kritik übt unter anderen WEIGLHOFER an dem Begriff „Gesundheitserziehung“, da er der Meinung ist, dass er sich auf einen zu engen Ausschnitt gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen konzentrierte (vgl. WEIGLHOFER, 2000, S. 26). Dabei schließt er bedeutende Einflussfaktoren wie die Lebensbedingungen des Individuums im Allgemeinen aus und im Speziellen auch soziale und gesellschaftliche Faktoren.

Kritisch äußern sich auch BARKHOLZ, ISRAEL, PAULUS und POSSE, da sie den Begriff „Gesundheitserziehung“ als einschränkend sehen:

„In dem der Mensch als Person ins Zentrum rückt, tritt das `Maschinenmodell` des menschlichen Körpers in der Medizin, an das sich auch die klassische Gesundheitserziehung anlehnte, in den Hintergrund. War die traditionelle Gesundheitserziehung noch auf die Schülerinnen und Schüler ausgerichtet, hat die Gesundheitsfördernde Schule alle an der Schule beteiligten Personen(gruppen) im Blick. Damit wird signalisiert: Gesundheit in der Schule geht alle an!“ (BARKHOLZ et al., 1998 S. 35).

Im traditionellen Gedanken der Gesundheitserziehung dominieren die Risiken.

Nicht nur an SchülerInnen, sondern ebenso an Erwachsenen richtet sich der Begriff „**Gesundheitsbildung**“. Dabei werden nicht nur Kompetenzen und Fertigkeiten im gesundheitsbewussten Verhalten vermittelt, sondern vielmehr versucht, eine Bewusstseinsänderung zu erreichen.

2.4 Gesundheitsbildung

Gesundheitsbildung wird als einer der wirksamsten Ansätze der Gesundheitsförderung angesehen, da es durch sie zu einem mittel- bis langfristigen **Wandel des Bewusstseins** und der Handlungsorientierung der Bevölkerung in Richtung auf Gesundheitsförderung kommt (vgl. TROJAN / LEGEWIE, 2001, S. 35).

Im Gegensatz zur Gesundheitserziehung richtet sich Gesundheitsbildung in erster Linie an **Erwachsene** und bezieht sich auf deren Kompetenzstärkung. Sie findet daher in Einrichtungen der Erwachsenenbildung, wie etwa in Volkshochschulen und/oder Familienbildungsstätten statt. Bis 1950 war der dafür gebräuchliche Begriff „gesundheitliche Volksbelehrung“ (vgl. SABO, 1996, S. 38).

Das doch negativ besetzte Wort „Volksbelehrung“ blieb bis in die 1970er Jahre bestehen und wurde dann durch eine neuerliche Definition der WHO in Gesundheitsbildung geändert:

„Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung umfasst bewußt gestaltete Lernmöglichkeiten, die gewisse Formen der Kommunikation einschließen und zur Verbesserung der Gesundheitsalphabetisierung (Health literacy) entwickelt wurden; letztere schließt die Erweiterung von Wissen und die Entwicklung von Alltagskompetenzen (life skills) ein, die individueller und kollektiver Gesundheit förderlich sind“ (WHO, 1998, S. 5).

Die WHO unterscheidet nicht zwischen den Begriffen Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung. Beide werden als bewusst gestaltete Lernmöglichkeit zur Entwicklung und Verbesserung kognitiver und sozialer Kompetenzen verstanden. Das Individuum soll befähigt werden, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen, diese zu verstehen und so zu nutzen, dass die eigene Gesundheit gefördert und erhalten wird (vgl. WEIGLHOFER, 2000, S. 25).

Gesundheitsbildung kann nicht allein reine Verbreitung von Informationen sein, sondern muss auch mit der Stärkung von Motivation, Kompetenzen

und des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten einhergehen, um dadurch eine Erhöhung der Selbstbestimmung des Individuums zu erreichen. Nur so kann eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit erzielt werden.

SABO unterscheidet im Gegensatz zur WHO die beiden Begriffe und bezeichnet Gesundheitsbildung als den Gesundheitsförderungsansatz in der organisierten Erwachsenenbildung, die gekennzeichnet ist durch die freiwillige Teilnahme, das teilnehmerorientierte und soziale Lernen, sowie die Partizipation und den Erfahrungsaustausch (vgl. SABO, 1996, S. 38).

Aus seinen Ausführungen geht deutlich hervor, dass Erwachsene die Zielgruppe der Gesundheitsbildung sind. In der Gesundheitserziehung, welche auf Kinder und Jugendliche abzielt, ist die Freiwilligkeit der Teilnahme nicht vorgesehen. Aufgrund des technischen Fortschritts unserer Gesellschaft ist es nun auch möglich, unter Zuhilfenahme moderner Kommunikationsmethoden, gesundheitsrelevante Themen rasch und großflächig zu verbreiten.

2.5 Gesundheitsaufklärung / Gesundheitsberatung

Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung sind verwandte Methoden und werden deshalb in diesem Kapitel gemeinsam dargestellt. In beiden Fällen werden Informationen vermittelt und als Instrumente der Gesundheitsförderung eingesetzt. Entweder durch Aufklärung - unter Zuhilfenahme von Massenmedien, oder - im Falle der Beratung - durch Einzel- oder Gruppengespräche. Beide Methoden sind in der Prävention schon lange fixer Bestandteil und können darüber hinaus auch in der Gesundheitsförderung eingesetzt werden (vgl. WALLER, 1996, S. 178).

Dass jeder Erfolg im Bereich Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung von der vorhandenen Motivation abhängig ist, beschreibt RESCHKE bereits 1990 (vgl. S. 461-474) und unterscheidet drei Motivationsparadigmen:

-
- Motivation durch Angst
 - Motivation durch Lernen am Modell
 - Motivation durch Sachinformation

2.5.1 Motivation durch Angst

Bis vor kurzem hatte das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technik im Österreichischen Rundfunk (ORF) eine Aufklärungskampagne laufen, welche das Ziel verfolgte, AutofahrerInnen zum Angurten zu bewegen. Darin war zu sehen wie Kinder, die nicht angegurtet sind, bei einer Notbremsung durch die Windschutzscheibe geschleudert werden. Hier erfolgte eine gezielte Motivation durch Angst. Nach einer Umfrage des ÖAMTC sind nur unwesentlich mehr Kinder in Kindersitzen richtig gesichert, als vor Beginn der Kampagne. Das Gurtverhalten der FahrerInnen und BeifahrerInnen hat sich hingegen nicht geändert (vgl. http://www.oeamtc.at/index.php?type=article&id=1122344&menu_active=0385 [Zugriff am: 10.6.2009, 16:15]).0

Obwohl keine nachhaltige Auswirkung auf das Verhalten erkennbar ist, wird diese Linie weiter verfolgt und neue Spots werden ausgestrahlt. Dabei ist mittlerweile bekannt, dass **durch Angst keine Motivierung** gesundheitsgerechten Verhaltens erreicht werden kann. Allenfalls der Einsatz schwacher Angstappelle in Verbindung mit Aufklärungsmaterialien und Aufklärungsaktionen scheint eine größere Wirkung zu zeigen. Massive Angstappelle bewirken eher das Gegenteil – es kommt zu paradoxen Reaktionen. Betrachtet man die Aufklärungskampagne die derzeit im heimischen Fernsehen läuft, drängt sich die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit derartiger Methoden auf, da man doch sicher sein kann, dass auch Kinder und Jugendliche diese sehen. Oder aber wird genau dieses Ziel verfolgt?

In Anlehnung an die These von RESCHKE (1990) spricht STEINBACH davon, dass mittels Motivation durch Angst unbewusste Schuldgefühle und anhaltendes schlechtes Gewissen erzeugt wird und der dadurch

entstehende Stress kontraproduktiv zum Grundgedanken der Gesundheitsförderung ist (vgl. STEINBACH, 2007, S. 48).

WALLER fordert jedenfalls, dass für die Praxis der Gesundheitsaufklärung die Zeiten der Angst auslösenden bis schockierenden Darstellungen von Gesundheitsbotschaften, wie z. B. Bilder von Teerlungen und Beinamputationen bei Rauchern, endgültig der Vergangenheit angehören müssen. Er empfiehlt einen Richtungswechsel hin zum Modelllernen durch Imitation und Beobachtung (vgl. WALLER, 1996, S. 178).

2.5.2 Motivation durch Lernen am Modell

Als Modelle können dabei reale Personen, Filme, Bilder oder auch Tondarstellungen dienen (vgl. WALLER, 1996, S. 179).

Ein wichtiger Aspekt darf dabei nicht außer Acht gelassen werden: das **Lernen am Negativbeispiel**. Beispielsweise die Übernahme von Risikoverhaltensweisen durch attraktive Modelle in der Werbung für z. B. Tabak, Alkohol, Süßigkeiten etc. Besonders Kinder und Jugendliche, die stark am Modell lernen, scheinen dafür sehr anfällig zu sein. Eltern als auch LehrerInnen haben als „Modellfigur“, bzw. „Vorbild“ eine starke Funktion.

Die WHO hat dazu sehr deutliche Worte gefunden: *„Die tägliche Berieselung durch Werbung oder indirekte Verkaufsförderung, die potentiell schädliche Gewohnheiten wie Rauchen und Trinken als attraktiven und erstrebenswerten Lebensstil darstellen, stärkt das ungesunde Verhalten“* (WHO, 1986, S.81).

Damit gibt sie den Medien einen Teil der Verantwortung für die ungesunde Lebensführung der westlichen Bevölkerung. Auch in den Entwicklungsländern lassen sich bereits viele Menschen von Werbekampagnen blenden, welche das Rauchen, Fast Food und den Alkoholkonsum als Symbole des modernen Lebens und des Wohlstands vorspielen.

Die häufigste Methode in der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung ist die Motivation durch Sachinformationen.

2.5.3 Motivation durch Sachinformationen

Gesundheitsthemen, welche mit Hilfe von **Massenkommunikationsmitteln** behandelt werden sind in der Lage, einen großen Teil der Bevölkerung zu erreichen. Broschüren, Filme, Poster, Faltblätter und vieles mehr werden gerade deshalb in der Gesundheitsaufklärung gerne eingesetzt (vgl. DRAPER, 1991, S. 6).

REDMANN behauptet, dass aber die Wirkung von Massenmedien als alleinige Strategie zu gering ist und nur im Kontext eines Gesundheitsförderungsprogramms erfolgreich sein kann (vgl. REDMANN, 1990, S. 85). Unterstützung seiner Behauptungen findet er durch die Erfahrungen der „Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie“ aus welcher hervorgeht, dass Gesundheitsaufklärungskampagnen lediglich zu einem Einstellungswandel, aber nicht unmittelbar zu einer Verhaltensänderung führen. Um langfristig dieses Ziel zu erreichen sind Informationen erforderlich, die den Prozess der Verhaltensänderung stützen und begleiten und bei der Überwindung von Schwierigkeiten helfen können (vgl. LAUGSCH, 1992, S. 112).

Professionell geführte Beratung kann nicht von einer Profession allein ausgeübt werden. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist erforderlich. SABO beschreibt, dass Gesundheitsberatung in verschiedenen Feldern erfolgen sollte:

- Als ärztliche Gesundheitsberatung im einzelnen ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt.
- Als ärztliche und nicht ärztliche Gesundheitsberatung in Gruppen: durch ÄrztInnen, Krankenkassen und Initiativen gesundheitsfördernder Einrichtungen.
- Als gesundheitsbezogene Institutions- und Politikberatung

Darüber hinaus fordert er interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen PädagogInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und SoziologInnen (vgl. SABO, 1996, S. 35).

Daraus lässt sich schließen, dass „GesundheitsberaterIn“ keine Berufsbezeichnung ist, sondern vielmehr eine Tätigkeit beschreibt. Eine Tätigkeit, welche nicht integraler Bestandteil einer Handlung sein kann, sondern vielmehr eigenständig und ausgehend von einem Beratungsbedarf erfolgen muss (vgl. ENGEL, 2006, S. 67).

Auffallend ist an dieser Stelle jedoch, dass SABO die Profession der Gesundheits- und Krankenpflege nicht erwähnt, obwohl im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert ist, dass die Gesundheitsberatung durch Pflegepersonal zu erfolgen hat. Der Grund liegt vermutlich darin, dass die Gesetzesänderung 1997 erfolgte, SABO aber bereits 1996 publizierte.

Um nochmals zu verdeutlichen wie Gesundheit gelehrt werden kann, werden die einzelnen Termini gegenübergestellt und zusammengefasst (vgl. WEISSMANN, 2004, S. 22).

Gesundheitsförderung = Selbstbestimmung über Gesundheit zu ermöglichen

Gesundheitsberatung = Tätigkeit verschiedener Berufsgruppen

Gesundheitsbildung = Gesundheitsförderungsansatz

Gesundheitserziehung = Planmäßige Beeinflussung

Bevor Gesundheitsförderung im Verhalten sichtbar wird, muss es zuvor zu einer Änderung des Bewusstseins gekommen sein.

2.6 Gesundheitsbewusstsein

Das von BECKER entwickelte Modell des gesundheitlichen Bewusstseins diente primär dazu, die Teilnahme von Menschen an öffentlichen Gesundheitsprogrammen, wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen zu erklären. Später erfolgte eine Weiterentwicklung für andere Bereiche des Gesundheitsverhaltens. Die Kernaussage lautet, dass die Wahrscheinlichkeit individuellen Handelns bei einem Gesundheitsproblem von der Interaktion zwischen vier Formen subjektiver Wahrnehmung abhängig ist (vgl. BECKER, 1982, S. 43).

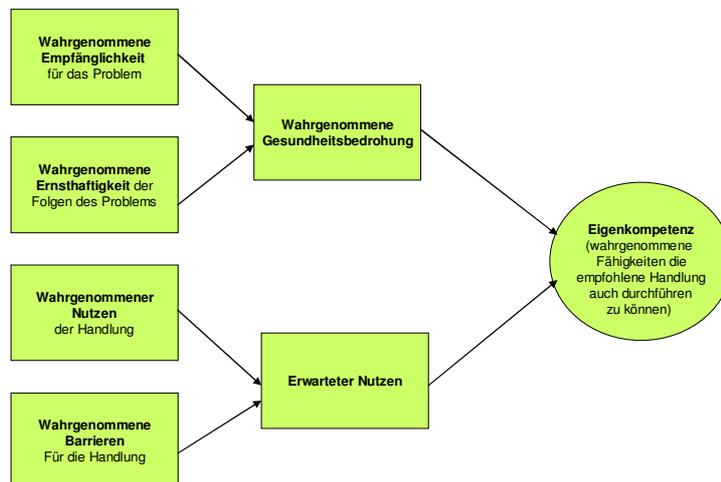


Abbildung 2: Modell des gesundheitlichen Bewusstseins nach BECKER, 1982

Das Modell lässt sich wie folgt verstehen:

Individuen setzen erst dann Handlungen zum Schutze oder zur Förderung ihrer Gesundheit, wenn sie der Ansicht sind, dass ihr derzeitiger Gesundheitszustand ernsthafte Folgen haben könnte und sie für dieses Problem empfänglich sind. Diese beiden Überzeugungen werden mit dem Begriff der „wahrgenommenen Gesundheitsbedrohung“ umschrieben.

Individuen haben Handlungsmöglichkeiten die ihnen helfen, ihre Krankheitsempfänglichkeit oder deren Folgen zu reduzieren bzw. zu minimieren. Dabei muss der Nutzen dieser Handlungen größer sein als die dabei entstehenden Barrieren und Kosten. Diese beiden Überzeugungen werden mit dem Begriff des „erwarteten Nutzens“ umschrieben.

NUTBEAM und HARRIS vertreten die Meinung, dass Veränderungen des Gesundheitsbewusstseins in weiterer Folge zu Veränderungen des Gesundheitsverhaltens und somit langfristig gesehen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen können. Die eigene persönliche Erfahrung mit Gesundheit sollte dabei als ein wichtiger Aspekt nicht übersehen werden, denn sie könnte dazu beitragen, das Gesundheitsbewusstsein in die eine oder andere Richtung zu verändern (vgl. NUTBEAM / HARRIS, 2001, S 22).

FALTERMAIER beschreibt sein Verständnis für Gesundheitsbewusstsein detaillierter:

- Gesundheit bedeutet zunächst einen bestimmten körperlichen und psychischen Zustand des Individuums, der vom Subjekt erlebbar ist.
- Gesundheit ist eine bestimmte Befindlichkeit des Körpers und der Psyche, ein Wohlbefinden.
- Gesundheit ist ein Teil der Identität einer Person.
- Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern ein Prozess, der immer wieder hergestellt werden muss, weil sich das Individuum in der Auseinandersetzung mit der Umwelt ständig verändert.
- Gesundheit setzt ein transaktionales Verständnis der Person-Umwelt-Interaktion voraus.
- Das Individuum ist ein offenes System, das sich, wenn es gesund ist, in einem dynamischen Gleichgewicht befindet.

-
- Gesundheit heißt, ein bestimmtes Potential zu besitzen, welches den Menschen handeln lässt.
 - Gesundheit meint daher Handlungsfähigkeit.
 - Gesundheit muss immer als soziale Kategorie verstanden werden, da der Mensch mit seiner sozialen Umwelt interagiert und dabei sein dynamisches Gleichgewicht erhält (vgl. FALTERMAIER, 1994, S. 15).

FALTERMAIER geht davon aus, dass das Gesundheitsbewusstsein von physischen, als auch von psychischen Faktoren beeinflusst wird. Er sieht den Menschen in seiner **Ganzheitlichkeit** und bezeichnet ihn als gesund, wenn er sich in einem Gleichgewicht dieser Faktoren befindet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Wissen und das Bewusstsein für Gesundheit in Gesundheitsförderungsprogrammen elementare Bestandteile zu sein haben. Das oben beschriebene Modell von BECKER könnte in der medialen Aufbereitung eine unterstützende Funktion dabei haben.

Damit sich Verantwortung für die Gesundheit im Bewusstsein der Menschen verankern kann, sind oftmals Aufklärung und Beratung in diese Richtung erforderlich, um auch das Gesundheitsverhalten nachhaltig zu beeinflussen.

2.7 Gesundheitsverhalten

Geht es um Änderung eines bereits tief verwurzelten Verhaltens, muss jedenfalls ein wesentlicher Faktor eingeplant werden – nämlich der Faktor „Zeit“. Auch mögliche zu erwartende **Rückschläge**, bevor der gewünschte Erfolg eintritt, sind zu kalkulieren. Dass Verhaltensänderungen möglich sind und wie diese in sieben Schritten erfolgen könnten, formuliert GRUBER in seinem Beitrag über Prävention in der Gesundheits- und Krankenpflege:

-
- „1. *Bewusst werden, dass eine Verhaltensänderung notwendig ist*
 2. *Kenntnisse über Programme und Methoden erwerben*
 3. *Maßnahmen anwenden, wiederholen und einüben*
 4. *Durch das Einüben entstehen Fertigkeiten, Geschick und Erfolg*
 5. *Durch Erfolg entsteht eine positive Einstellung*
 6. *Dadurch stellt sich Motivation ein, dabei zu bleiben*
 7. *Das neue Verhalten (Lebensstil) ist zur lieben Gewohnheit geworden“* (GRUBER, 2000, S. 398).

Obwohl ausreichend vorhandene Theorien zur Verhaltensänderung in der Literatur⁵ zu finden sind, zeigen aktuelle Ergebnisse deutlich (siehe HBSC-Studie), dass diese noch lange nicht in dem Ausmaß, wie erwünscht, greifen. Große Probleme im Kinder- und Jugendalter gibt es bei den Themen „Rauchen“, „Bewegung“ und „Ernährung“.

2.7.1 Rauchen

Die Servicestelle für Gesundheitsbildung (GIVE) lässt der Schule eine bedeutende Rolle im Kampf gegen das Rauchen zukommen, denn in den europäischen Ländern ist der Anteil der rauchenden Jugendlichen dramatisch angestiegen. In Österreich hat sich zum Beispiel der Anteil der täglich rauchenden Mädchen seit 1990 verdoppelt. Heute rauchen 50% der 15-jährigen Mädchen und 40% der 15-jährigen Burschen, obwohl für diese Altersgruppe ein generelles Rauchverbot besteht. ExpertInnen bezeichnen das Rauchen international als "Killer Nummer 1" und als den bedeutendsten Risikofaktor für die Gesundheit der Bevölkerung. Sie behaupten, dass etwa alle acht Sekunden ein Mensch an den Folgen des Rauchens stirbt. Die Hälfte der RaucherInnen, die in ihrer Jugend begonnen haben, stirbt vor Erreichen des 70. Lebensjahres. Die Schule spielt dabei europaweit eine problematische Rolle - sie ist der

⁵ STEINBACH (2007, S. 144-152) greift fünf Modelle heraus: das „Health-Belief-Modell“, die Theorie des rationalen Handelns, die Theorie des geplanten Verhaltens, das „Gesundheitsaktionsmodell“ und das „Modell der stufenweisen Veränderung“.

Ort, an dem die Jugendlichen am häufigsten rauchen. Es ist daher dringend geboten, dass sich die Schule diesem Problem stellt (vgl. <http://www.univie.ac.at/lbimngs/berichte/factsheet1.pdf>, [Zugriff am 14.4.2009, 18:19]).

Die Ursachen für den Zigarettenkonsum sind weitgehend bekannt: Stress, Leistungsdruck, Gruppenzugehörigkeit uvm. Dass die sogenannte **Peer Group** einen wesentlichen Einfluss auf den Zigarettenkonsum haben kann, wird der nachfolgende Absatz behandeln.

2.7.2 Peer Group

„Peers, die Cliques der Gleichaltrigen, sind die dominante subkulturelle Lebenswelt der Jugendlichen. Peertreffen finden in der Freizeit statt und erfüllen eine wichtige Pufferfunktion gegenüber Familie und Schule“ (WIENER KINDERGESUNDHEITSBERICHT, 2000, S. 121).

PALMONARI schreibt den Peers großen Einfluss und Bedeutung für die Identitätsfindung und Sozialisation der Jugendlichen zu. Sie können bei der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben helfen wie z. B.:

- Akzeptanz des veränderten eigenen Äußeren
- Entwicklung von Selbstbewusstsein und Selbstkenntnis
- Autonome eigenen Entscheidungen treffen können
- Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts
- Entwicklung eines Wertesystems und
- Bewältigung alltäglicher Probleme (vgl. PALMONARI et al., 1990, S. 33-48).

Peer Groups geben bestimmte Werte und Normen vor, welche nicht immer ident mit denen des Elternhauses sind. Durch das Zugehörigkeitsgefühl und den Gruppenzwang sind die Gruppenmitglieder gezwungen, diese Regeln anzunehmen und zu befolgen.

Gruppendynamische Prozesse finden, wie auch in jeder anderen Gruppe statt. Meist gibt es einen Gruppenleader bzw. eine Alpha-Person, die Wertevorstellungen und Normen vorgibt und an die sich alle zu halten haben.

Peer Groups haben einen enormen Einfluss auf die Gesundheit, wie das folgende Zitat zeigt:

„Es wird heute allgemein davon ausgegangen, dass die Qualität der Peergruppenkontakte einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat. Viele FreundInnen zu haben, diese häufig zu treffen und die Möglichkeit, leicht neue Freunde zu finden, sind günstige Voraussetzungen für Kinder, sich gesund zu fühlen.“ WIENER KINDERGESUNDHEITSBERICHT, 2000, S. 123).

Es kann angenommen werden, dass die Peers im Leben der Kinder und Jugendlichen einen hohen sozialen Stellenwert haben und somit diese mehr beeinflussen können als die eigenen Eltern. Der WIENER GESUNDHEITS- UND SOZIALSURVEY 2001 macht diesen Einfluss im Bereich des Rauchens deutlich. Untersuchungen ergaben, dass das Konsumieren von Tabak mit der Anzahl der Freunde und der Häufigkeit der Treffen mit diesen steigt (vgl. WIENER GESUNDHEITS- UND SOZIALSURVEY: Studie S1/2001). Jugendliche, die ihre Freunde mehrmals die Woche oder täglich treffen, rauchen zu einem Drittel täglich oder unregelmäßig, wobei nur ein Fünftel davon überhaupt nicht raucht. Bei Personen, die sich mit Freunden nur ein- bis zweimal im Monat treffen, liegt die Anzahl der Raucher deutlich unter dem Niveau der Gruppen, die sich öfter treffen.

Österreichische Kinder und Jugendliche werden bereits sehr früh auf die Schädlichkeit des Tabakkonsums aufmerksam gemacht. Trotzdem erleben Jugendliche offensichtlich ihre soziale Gesundheit (Gruppenzugehörigkeit) als wichtiger und unterwerfen sich Gruppenzwängen wie z. B. dem des Rauchens und schenken somit ihrer körperlichen Gesundheit weniger Bedeutung.

Daher könnte es als sinnvoll erscheinen, gerade in Bezug auf den Zigarettenkonsum, Führungspersonen einer Gruppe mit Wissen und Kompetenzen bzgl. einer gesünderen Lebensführung auszustatten - mit dem Gedanken, dass diese an die Gruppenmitglieder weitergegeben werden und somit eine Veränderung im Verhalten der Kinder und Jugendlichen bewirken und das nicht nur im Rauchverhalten, sondern auch in den Punkten Ernährung und Bewegung.

2.7.3 Bewegung

Heidemarie REDLSTEINER zitiert in ihrer Diplomarbeit eine Aussage aus dem Jahr 1995, welche bis in die heutige Zeit nichts an ihrer Richtigkeit verloren hat:

„Die Bewegungsabstinenz verstößt gegen die Vertragsbindungen, die der Mensch biohistorisch mit der Natur eingegangen ist.“ (ISRAEL, 1995, S. 54, zit. n. REDLSTEINER, 2004, S. 69).

Ein Großteil der menschlichen Körpermasse besteht aus Arbeitsmuskulatur welche danach ausgerichtet ist, aktive Bewegungen durchzuführen. Durch die Tendenzen unserer Gesellschaft hin zu stehenden und sitzenden Tätigkeiten, kann es bereits im Kindes- und Jugendalter zu degenerativen Organ- und Muskelveränderungen, körperlichen Fehlhaltungen, Leistungsschwächen bis hin zu Verhaltensstörungen und reduziertem intellektuellen Lernvermögen kommen (vgl. SCHOBER, 2000, S. 215-230).

Diese Entwicklung ist leicht nachvollziehbar, wenn man die Freizeitgestaltung der fünf bis 15-Jährigen beobachtet. Nach einem „sitzintensiven“ Schultag werden die Hausübungen erledigt (meist auch in sitzender Position) und anschließend zum Relaxen die Play-Station, Nintendo oder der Personal Computer verwendet.

Daher überrascht es nicht, dass bereits jedes zweite Schulkind Haltungsschwächen aufzeigt. SCHOBER behauptet, dass sogar 80 % der Kinder Probleme im Bereich der Muskelfunktionen, Herz-Kreislaufschwächen, Wirbelsäulen- und Gelenksprobleme bis hin zu

mangelnder Koordinationsfähigkeit haben (vgl. SCHOBER, 2000, S. 215-230).

Der natürliche Bewegungsdrang der Kinder und Jugendlichen wird durch diese gesellschaftliche Entwicklung gebremst, wenn nicht sogar massiv eingeschränkt. Bewegungsmangel kann daher durchaus als ein **„gesellschaftliches Phänomen“** gedeutet werden. Ein weiteres Phänomen unserer Gesellschaft ist die massive Gewichtszunahme, was der aktuell veröffentlichte Ernährungsbericht 2008 deutlich zeigt.

2.7.4 Ernährung

Laut der Untersuchung „Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) der WHO, welche 2006 in Österreich vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie durchgeführt wurde, zeigen sich folgende Ergebnisse:

38 Prozent der Schulkinder bekommen, entsprechend den Empfehlungen der Ernährungswissenschaften, täglich drei „richtige“ Mahlzeiten. Gemüse wird von 16 Prozent der Schulkinder täglich konsumiert. Diese Gruppe kann im Vergleich zu denjenigen, welche täglich etwas Süßes essen oder gezuckerte Limonaden trinken, als Minderheit gesehen werden. Vor allem die Gruppe der 15-Jährigen liefert hier die schlechtesten Ergebnisse. Im Vergleich mit der HBSC von 1998 ist die Anzahl der SchülerInnen, welche täglich Obst essen, deutlich zurückgegangen (vgl. DÜR, 2006, S. 37-39).

Der aktuell veröffentlichte Ernährungsbericht 2008 macht deutlich, dass es in den letzten drei Jahren zu einer weiteren Verschlechterung der Situation gekommen ist. 19 % der sechs bis 15-jährigen Schulkinder sind übergewichtig und davon 8 % adipös (fettleibig) (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2009, S. 5). Der Bericht zeigt weiters, dass nicht allein die Menge der zugeführten Lebensmittel zu hoch ist, sondern darüber hinaus auch „falsch“ gegessen wird: zu viel Fett, zu viel Salz, unzureichend Vitamine und Ballaststoffe. Ein zusätzliches Problem stellt ein zu wenig an Bewegung dar, wodurch weniger Kalorien

verbrannt werden. Deutlich erkennbar ist ein Ost-West-Gefälle, welche zu Gunsten der westlichen Bundesländer ausfällt.

Das Ergebnis lässt sich wohl kaum mit Nichtwissen oder mangelnder Information erklären. Denn im Zeitalter der multimedialen Kommunikation sind Richtlinien eines gesunden Ernährungsstils wie fettarm, kohlenhydratreich, ballaststoffreich, täglich mehrmals Obst und Gemüse, viel „Grünes“, genügend Flüssigkeit und täglich kleine, aber häufige Portionen an Essen, jedem geläufig.

Das „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ versucht Ansätze zu mehr Gesundheit in Schulen unterschiedlichen Schultyps umzusetzen. Der folgende Abschnitt erklärt Aufgaben und Funktionen von gesundheitsfördernden Schulen und stellt das „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ vor.

3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN SCHULEN

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten, leben und lieben“ (WHO, 1986, S. 1),

SchülerInnen verbringen einen großen Teil ihrer Zeit im Setting Schule und haben dabei kaum die Möglichkeit, den Schulalltag mitzubestimmen, bzw. mitzugestalten.

Die „Gesundheitsfördernde Schule“ aber hat alle in ihr beschäftigten Personen im Blick und will signalisieren: **Gesundheit in der Schule geht alle an!**

Die WHO fordert in ihrer Resolution der Ersten Europäischen Konferenz „Gesundheitsfördernder Schulen“, dass:

„Jedes Kind und jeder Jugendliche hat das Recht und sollte die Möglichkeit haben, in einer Gesundheitsfördernden Schule ausgebildet zu werden“ (WHO, Thessaloniki 1997a, o. S).

Bezug nehmend auf die WHO, die Gesundheit als „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ definiert, kann man davon ausgehen, dass alles, was auf den Körper, die Seele und die soziale Situation von Menschen einwirkt, auch deren Gesundheit beeinflusst. Gerade dort wo sich Menschen aufhalten, z. B. in Schulen, sind sie diesen Einflüssen ausgesetzt.

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta hat die WHO große Projekte zur Umsetzung der Gesundheitsförderung ins Leben gerufen – unter anderem das Projekt „Gesundheitsfördernde Schulen“. Die WHO hat die wesentlichsten Inhalte zusammengefasst:

1. *„Durch Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen ein gesundes Arbeits- und Lernumfeld schaffen;*

-
2. *Das gesundheitliche Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft zu fördern;*
 3. *Zur gesunden Lebensweise anhalten und Lehrern und Schülern realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten;*
 4. *Es allen Schülern ermöglichen, ihr psychisches, physisches und soziales Potential ausschöpfen zu können und ihre Selbstachtung fördern;*
 5. *Für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft klare Ziele vorschreiben;*
 6. *Gute Beziehung zwischen Lehrern und Schülern und unter Schülern selbst, sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde schaffen;*
 7. *Den Schüler/Innen das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können;*
 8. *Die schulische Gesundheitspflege im breiten Sinne als Bildungsressource begreifen, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln“ (WHO 1993 zit. n. BARKHOLZ et al., 1998, S. 244).*

Neben den Zielen der WHO betreffend „Gesundheitsfördernder Schulen“, gibt es auch noch andere, welche die Autonomie der SchülerInnen im Auge haben:

- Die Gesundheit der SchülerInnen soll während der Schullaufbahn erhalten bleiben d.h. SchülerInnen sollen vor gesundheitsschädlichen Einflüssen geschützt werden.
- Der Unterricht soll dazu beitragen, Bewusstsein und persönliche Kompetenz in Gesundheitsfragen aufzubauen bzw. zu stärken und

die Entfaltung der individuellen Ressourcen und Potentiale zu unterstützen.

- „Gesundheitsfördernde Schulen“ bieten den SchülerInnen Möglichkeiten der Mitbestimmung in schulischen Entscheidungsprozessen.
- Dauerhafte und gesundheitsfördernde Veränderungen im Sinne der „Gesundheitsfördernden Schule“ werden nicht nur durch Projektunterricht oder traditioneller Gesundheitserziehung entwickelt, sondern auch durch eine gezielte Veränderung des Schulalltags (vgl. DIETSCHER, 2000, S.24).

GÖPEL übernahm seine Kernidee für „Gesundheitsfördernde Schulen“ aus den Vorträgen der WHO-Tagung, welche 1991 in Greifswald stattfand:

- *„(...) entwickelt eine umfassende Betrachtungsweise der Schule als Lebens- und Erfahrungsraum. Diese schließt alle Aspekte des Schullebens und seiner Beziehung zum Gemeinwesen ein. Die Schule als fürsorgliche Gemeinschaft soll von Toleranz, wechselseitiger Unterstützung und dem Bemühen um soziale Integration geprägt sein. Dies sollte sich in der Entwicklung eines spezifischen Profils ausprägen, das allen Beteiligten eine positive Identifikation mit ihrer Schule ermöglicht.*
- *Basiert auf einer Gesundheitsvorstellung, die die Wechselbeziehung von körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Aspekten berücksichtigt und den Prozesscharakter der Gesundheitsförderung betont.*
- *Stellt mit einer breiten Skala von Methoden die aktive Teilnahme der SchülerInnen in den Mittelpunkt eines erlebnis- und erfahrungsbezogenen Unterrichts.*

-
- *Gilt auch für LehrerInnen. Eine aktive Vorbildfunktion der LehrerInnen ist allerdings nur möglich, wenn die Arbeitsbedingungen dies auch zulassen und unterstützen.*
 - *Durch kollegiumsinterne Fortbildungen und schulische Gesundheitszirkeln kann dieser Prozess gefördert werden.*
 - *Erkennt eine breite Skala von Faktoren, die die Gesundheit der SchülerInnen beeinflussen und versucht Werte, Einstellungen und Absichten der SchülerInnen systematisch zu berücksichtigen und miteinzubeziehen.*
 - *Erkennt, dass Gesundheitsfragen eine mehrdimensionale, integrierte Sichtweise erfordern, die allen LehrerInnen im Rahmen ihrer pädagogischen Grundausbildung vermittelt werden sollte.*
 - *Sieht die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls in soziale Verantwortung und eine selbständige Handlungskompetenz als wesentlich für die Gesundheitsförderung an.*
 - *Erkennt, dass die Ausstattung und Gestaltung der Schulen hohen Einfluss auf die Lebens- und Arbeitsqualität haben. Eine ausreichend materielle, personelle Ausstattung und ökologisch und ästhetisch bewusst gestaltete Lernarrangements, die auch dem außerordentlichen Ruhe- und Erlebnisbedürfnissen der SchülerInnen Rechnung tragen, kommt eine große Bedeutung zu.*
 - *Betrachtet die aktive Beteiligung der Eltern und der umgebenden Einrichtungen des Gemeinwesens als wesentlich, um eine Öffnung der Schule für die Belange des Gemeinwesens zu unterstützen.*
 - *Hat eine umfassende Sicht der Schulgesundheitsdienste, die Untersuchungen und Prävention der Krankheit einschließt, versucht aber auch, aktiv die Dienste im Gesundheitserziehungslehrplan zu integrieren und hilft den SchülerInnen, die Angebote der Gesundheitsdienste bewusst zu nutzen“ (GÖPEL, 1993, S. 286).*

In GÖPELS Zielen für eine „Gesundheitsfördernde Schule“ finden sich Übereinstimmungen zu den bereits oben aufgezählten, aber er macht deutlich, dass neben dem/der LehrerIn mit seiner/ihrer Vorbildwirkung ebenso Eltern wie auch die umgebenden Einrichtungen des Gemeindegewesens einen großen Teil der Verantwortung zu tragen haben. Darüber hinaus müssen Maßnahmen der Aus-, Fort-, und Weiterbildung in Gesundheitsförderung Handlungskompetenzen zur Schaffung einer „Gesundheitsfördernden Schule“ vermitteln.

PAULUS sieht als ein wichtiges Ziel dieser Schulen, bei Handlungen und Entscheidungen optimal auf die Bedürfnisse ihrer SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern und anderer Mitglieder einzugehen.

Das gilt für die Auswahl der Sitzmöbel, Gestaltung von Schulkonferenzen, das Arbeitsklima an der Schule, den Unterrichtsstil in den Klassenzimmern oder die räumliche Gestaltung des Schulhauses.

„Schulen, die Gesundheit zum Thema ihrer Schule machen wollen, sind aufgerufen, sich als Organisation so zu verändern, dass sie den in ihr Lehrenden, Lernenden und anderweitig Tätigen einen gesünderen Arbeits- und Lernplatz bieten können“

(PAULUS, 2000, S.28).

Eine der Kernaufgaben der Schule liegt in der Weitergabe von Wissen an SchülerInnen. *„Gesundheit stellt eine „Grundvoraussetzung“ für effektives Lernen dar“* (WHO 1997b).

Hauptziel einer „Gesundheitsfördernden Schule“ kann nicht reine Wissensvermittlung sein, sondern es geht vielmehr darum, über eine gesundheitsfördernde Gestaltung des gesamten Schulalltags, gesundheitsrelevantes Wissen und Fähigkeiten der SchülerInnen indirekt, aber dafür umso nachhaltiger zu fördern.

Die WHO, der Europarat und die EU (Europäischen Union) gründeten ein Projekt, welches das Ziel hat, Gesundheitsförderungsstrategien der WHO

in Schulen zu implementieren. 1993 trat Österreich daher dem „Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ bei.

3.1 „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“

Unter Netzwerk ist eine Gruppierung von Menschen oder Einrichtungen zu verstehen, die gemeinsame Themen, Angelegenheiten und Ziele verfolgen. Wie der Terminus „Netz“ bereits darauf hin weist, stehen die betreffenden Schulen miteinander in Kontakt und tauschen die aus der Projektarbeit gewonnenen Erfahrungen untereinander aus.

Das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ ist in den Rahmen eines größeren europäischen Netzwerkes eingebettet, welches 1992 offiziell gegründet wurde.

„1992 haben die WHO, der Europarat und die EU das Gemeinschaftsprojekt, Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (ENGs) lanciert. Seit Sept. 1993 nimmt auch Österreich – neben 37 anderen Ländern – daran teil. Schulen, die sich an dem Gesundheitsförderungskonzept Lebenswelt-Schule verpflichten, werden in ihren Aktivitäten und Entwicklungen unterstützt. Die im Netzwerk eingebunden gesundheitsfördernden Schulen setzen sich mit Zielsetzungen auseinander (...)“ (DIETSCHER, 2000, S. 18).

„Das Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schulen“ ist ein Kooperationsprojekt des Gesundheits- und Bildungsressorts der Stadt Wien. Es ist Teil des Österreichischen und des Europäischen Netzwerkes und somit an der nationalen und internationalen Umsetzung und Weiterentwicklung des Konzepts der Gesundheitsfördernden Schulen beteiligt“ (WieNGS, 2001, S. 3).

Österreich beteiligt sich seit September 1993 an diesem Projekt. Es befindet sich damit in einem Verband mit über 500 Schulen aus 38 europäischen Ländern. An der Pilotphase, welche von 1993 – 1996 stattfand, beteiligen sich elf Schulen aus ganz Österreich, von der

Volksschule bis zur Berufsbildenden Höheren Schule. Im Jahre 1997 konnten aufgrund des Erfolges andere interessierte Schultypen Mitglieder werden (vgl. DIETSCHER, 2000, S. 17).

3.2 Das Netzwerk am Beispiel der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Wilhelminenspital

Das „**Wiener** Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“, welches 1997 gegründet wurde, hat mit dem Jahr 2007 bereits 62 Mitgliedsschulen aller Schularten, mit Ausnahme von Berufsschulen (vgl. MITTERBAUER, 2007, S. 330-331). Die GuK-Schule Wilhelminenspital ist seit Herbst 2001 Mitglied.

Das Netzwerk unterstützt Schulen durch externe BeraterInnen bei der Organisation von Veranstaltungen, Fortbildungen, Materialien oder Einrichten von Räumen etc. Teilweise werden kostenlose Fortbildungen für Mitglieder angeboten. Die Mitgliedschaft ist natürlich auch mit gewissen Pflichten verbunden:

- Erstellen eines Zielkatalogs für das Gesamtprojekt
- Erstellen eines Jahresplans für jedes Projektjahr
- Mitarbeit bei der Evaluation
- Verankerung von Gesundheitsförderungsprinzipien im Schulleitbild
- Initiierung und Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Dokumentation

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, in der Ausbildungsverordnung und auch im Curriculum sind klare Argumente zu finden, welche für eine Mitgliedschaft im Netzwerk sprechen.

Gesundheitsförderung in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen

Mit der Reform des Gesundheitsbereiches kam 1997 ein neues Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), welches eine Neubezeichnung und darüber hinaus neue Aufgabenbereiche dieser Berufsgruppe mit sich brachte. Anstelle der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ und „Krankenpfleger“ trat nun „Gesundheits- und Krankenschwester“ bzw. „Gesundheits- und Krankenpfleger“.

Auch die bisher in dieser Form nicht vorhandenen Gegenstände „Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung“ wurden ins Curriculum aufgenommen und seitdem an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen unterrichtet.

Alle österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (GuK-Schulen) sind verpflichtet, sich an die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu halten und diese den SchülerInnen zu vermitteln. Dazu zählt das Wissen um das Berufsbild, welches gesetzlich verankert ist.

Berufsbild

Im GuKG von 1997 steht im 2. Hauptstück, 1. Abschnitt unter „Allgemeines“ zum Berufsbild:

„§11(1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“ (WEISS-FASSBINDER / LUST, 2004, S. 40).

Dazu zählt die Betreuung und Pflege von Menschen unterschiedlicher Altersstufen bei körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen. Ebenso bei behinderten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden, als auch die pflegerische Mitwirkung bei Rehabilitationsverfahren. Eigens ausgewiesen ist die Mitwirkung des Pflegeberufs an der primären Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und der Verhütung

von Krankheiten (vgl. SLADECEK / MARZI / SCHMIEDBAUER, 2008, S. 60).

Dazu findet sich in der Erklärung:

„(...) als ein integrierender Bestandteil des Gesundheitssystems wirkt die Pflege im Rahmen der Gesundheitsmaßnahmen sowohl bei der Förderung der Gesundheit und der Verhinderung von Krankheiten (...) mit“ (WEISS-FASSBINDER / LUST, 2004, S. 40).

Dass Gesundheitsförderung für unsere Gesellschaft relevant ist, lässt sich durch folgenden Gesetzestext bestätigen:

„Die gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Berufsbild der Pflege ist notwendig geworden, weil in einem modernen Gesundheitswesen diesem Bereich der gleiche Stellenwert wie dem kurativen Bereich zukommen sollte“ (WEISS-FASSBINDER / LUST, 2004, S. 41).

Dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal fällt ein großer Teil an der Prävention und Erhaltung der Gesundheit der PatientInnen zu. Dieser Anspruch ist auch in der Ausbildungsverordnung und im Curriculum zu finden.

Ausbildungsverordnung

Hier ist Folgendes unter den Ausbildungszielsetzungen angegeben:

„(...) die Vermittlung von Kenntnissen und der Anwendung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotentials (...)“

(BUNDESGESETZBLATT-AUSBILDUNGSVERORDNUNG, 1999, S, 4).

Die Ausbildung erfolgt über drei Jahre und findet in einer GuK-Schule statt. 4600 Stunden werden wie folgt in Theorie und Praxis unterteilt.

Das erste Ausbildungsjahr umfasst 970 theoretische Unterrichtsstunden.

Das zweite Ausbildungsjahr umfasst 560 theoretische Unterrichtsstunden.

Das dritte Ausbildungsjahr umfasst 470 theoretische Unterrichtsstunden.

(vgl. ebenda, 1999, S. 4).

Zwischen den vorgegebenen Unterrichtsblöcken sind Praktika, in einem Ausmaß von insgesamt 2480 Stunden an diversen Abteilungen zu absolvieren. Die verbleibenden 120 Stunden stehen den Schulen für schulautonome Schwerpunkte in Theorie und Praxis zur Verfügung. Die Organisation der praktischen, als auch der theoretischen Unterrichte obliegt den einzelnen GuK-Schulen.

Gesundheitsfördernde Elemente im Curriculum der GuK-Schulen

Genauere Beschreibungen über die Ausbildungsinhalte finden sich im Curriculum, welches in den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen des Wiener Krankenanstaltenverbundes ein **offenes** ist. Es dient als verbindliche Vorlage für alle öffentlichen Wiener Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Die Inhalte sind bundesweit **ident**:

- ***Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung***

Diese Inhalte waren bis zum Zeitpunkt der Gesetzesänderung 1997 nicht im Curriculum vorhanden. Das bedeutet, dass Personen, welche ihre Berufsausbildung vor 1997 abschlossen, während ihrer Ausbildungszeit nicht mit Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung konfrontiert wurden.

Im Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) findet sich zum obigen Gegenstand folgendes Richtziel:

„Erkennen und Anwenden von Methoden zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit (eigene Person sowie soziales Umfeld)“ (ÖBIG-CURRICULUM, 2000, S. 453).

Im Curriculum findet sich der Hinweis, den Schwerpunkt der Inhalte auf das Gesundheitsverhalten zu lenken, da Gesundheitsförderung verstärkt an Bedeutung zunimmt. Die Schwerpunktverlagerung von Krankheit auf Gesundheit muss prozess- und handlungsorientiert durch die ganze Ausbildung gesteuert und reflektiert werden. Das Curriculum fordert weiters, dass SchülerInnen unter Verwendung eines wissenschaftlichen Konzepts Strategien und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für sich selbst entwickeln lernen (vgl. ÖBIG-CURRICULUM, 2000, S. 453-458).

Im **ersten Ausbildungsjahr** sind 20 Unterrichtseinheiten vorgesehen, deren Schwerpunkte auf folgenden Inhalten liegen:

- Einführung in die Gesundheitsförderung (Begriffe, Merkmale, Sinn- und Sachzusammenhänge)
- Gesundheit und Gesundheitskonzepte (theoretische Grundlagen und eigene Gesundheit)

Im **dritten Ausbildungsjahr** umfasst dieser Gegenstand ebenfalls 20 Unterrichtseinheiten, wobei hier der Schwerpunkt auf der Umsetzung der Gesundheitsförderung liegt. Das Entwickeln und Umsetzen von Projekten zum Thema stehen hier im Vordergrund.

Im **zweiten Ausbildungsjahr** ist der Gegenstand nicht vorgesehen.

- ***Ernährung, Kranken- und Diätkost***

Im Gegenstand „Ernährung, Kranken- und Diätkost“ sind folgende gesundheitsfördernde Ziele angegeben:

- das Kennen lernen der Grundbestandteile der Nahrung, sowie
- die Erstellung eines Kostplans für gesunde Ernährung in Abstimmung auf den Ernährungszustand eines Patienten (vgl. ÖBIG-CURRICULUM, 2000, S. 367-268).

Der Zeit-, sowie der Methoden- und Medienaufwand obliegt der einzelnen Lehrperson.

- ***Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit***

Im Gegenstand „Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit“, welcher in allen drei Ausbildungsjahren unterrichtet wird, finden sich unter anderen folgende Schwerpunkte: Bewegungsphysiologie, physikalische Prinzipien, Entspannung und Ausgleich, angewandte Ergonomie und pathologische Veränderungen. Weiters im dritten Ausbildungsjahr finden sich Inhalte wie Arbeitsplatzgestaltung, Beeinträchtigungen und Verhaltensergonomie im interdisziplinären Kontext.

Als Richtziele sind unter anderen folgende angegeben:

- Bewegung und Körperarbeit ausgehend von Selbsterfahrung bis hin zur Fremderfahrung erfassen können.
- Den eigenen Lebensraum unter Berücksichtigung ergonomischer Elemente gestalten können.
- Strategien zum Ausgleich und zur Prävention entwickeln können.
- Prinzipien der gesundheitsfördernden sowie präventiven Körperarbeit in den Alltag integrieren können, wie z. B. einen PC-Arbeitsplatz nach ergonomischen Richtlinien zu gestalten (vgl. ÖBIG- CURRICULUM, 2000, S.461-464).

Um diese Ziele zu erreichen, sind insgesamt 90 Unterrichtseinheiten, aufgeteilt auf drei Ausbildungsjahre vorgesehen, in denen Inhalte wie Bewegungsmuster und –abläufe, Bewegungsangebote, Arbeitsbewegungen und ausgleichende Bewegungsangebote vorgesehen sind.

Alle Mitglieder die im Netzwerk eingewoben sind, sollten diverse Projekte zum Thema Gesundheit organisieren. Das „Gesundheitsfördernde Team“ der Schule, kurz Netzwerkteam oder GF-Team genannt, besteht aus

sechs Personen (einer Gesundheitskoordinatorin und fünf MitarbeiterInnen), die sich mindestens ein Mal pro Monat treffen.

Im Jänner 2002 wurde vom Netzwerkteam eine Ist-Analyse zum Gesundheitsempfinden durchgeführt, bei der das gesamte Setting Schule befragt wurde. Die Datenauswertung ergab unter anderem, Probleme in den Bereichen Bewegung, psychische Belastungen und bezüglich Nikotinkonsum. Daraus wurde abgeleitet, dass in den unten angeführten Bereichen Handlungsbedarf gegeben ist:

- Bewegungsmangel der SchülerInnen durch langes Sitzen in der Schule
- Erleben von belastenden Situationen und Stress im Stations- und Schulalltag
- SchülerInnen rauchen vermehrt in den Pausen, nach dem Unterricht und nach der Stationspraxis

Davon ausgehend wurde vom Netzwerkteam nach Möglichkeiten zur Verbesserung dieser Situation gesucht und besprochen. Als Konsequenzen aus der Befragung wurden folgende Projekte gestartet.

3.2.1 Projekt „Ergonomische Möbel“

Zwischen 2002 und 2004 wurden die gesamten Klassenräume mit ergonomischen Möbeln ausgestattet. Alle Tische und Sessel sind höhenverstellbar und lassen sich somit individuell an die jeweilige Körpergröße anpassen. Den LehrerInnen stehen eigene Kanzleien zur Verfügung, welche ebenfalls mit ergonomischen Möbeln ausgestattet sind.

3.2.2 Projekt „Rauchfreie Schule“

Im Jänner 2004 entwickelte das Netzwerkteam die Idee, einerseits die Schule im Sinne des „Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen“ rauchfrei zu gestalten, das heißt die bestehenden Rauchersozialräume zu schließen und andererseits ein Alternativangebot, auf welches anschließend näher eingegangen wird, für SchülerInnen und das

Schulteam einzurichten. Zum Schulteam zählen die Schuldirektorin, LehrerInnen, Schülerbetreuerinnen, Hausarbeiterinnen und drei Sekretärinnen.

Seit September 2004 ist die GuK-Schule Wilhelminenspital rauchfrei – das bedeutet, dass die SchülerInnen in der Zeit von 7:00 bis 17:15 (diese Zeit ist Unterrichtszeit) weder in den Aufenthaltsräumen, noch in den Wohnheimzimmern rauchen dürfen. Es wurde eine so genannte „Raucherinsel“ zur Verfügung gestellt, wo während der Unterrichtspausen das Rauchen gestattet ist. Diese befindet sich im Freien, ist überdacht und mit Aschenbechern ausgestattet. Vor 7:00 und nach 17:15 (unterrichtsfreie Zeit) kann in den jeweiligen Raucheraufenthaltsräumen des Wohnheimes geraucht werden.

Selbstverständlich gelten diese Bedingungen auch für das gesamte Team der Gesundheits- und Krankenpflegeschule.

Die Projektplanung umfasste 19 Monate und beschäftigte kontinuierlich das Netzwerkteam. Da Verbote zu keiner Verhaltensänderung führen, wurde zeitgleich an einem weiteren Projekt gearbeitet, welches die Gruppenzugehörigkeit einerseits unterstützt, andererseits aber die Gesundheit nicht beeinträchtigt oder schädigt.

3.2.3 Projekt „Fitnessraum“

Um den SchülerInnen eine Alternative zum Rauchen bieten zu können, plante das Netzwerkteam die Errichtung eines Fitnessraums. Bereits im Februar 2004 begann die Suche nach einem geeigneten Raum. Es wurde ein ca. 25 m² großer, heller und luftiger Raum gefunden, der den Vorstellungen des Projektteams entsprach. Nach einigen Adaptierungsarbeiten wie Montage zusätzlicher Steckdosen, neuer Anstrich und Fernsehkonsole war der Raum im Februar 2005 fertig gestellt.

Das „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ unterstütze dieses Projekt mit finanziellen Mitteln. Zusätzliche Geldmittel wurden von der

Bezirksvorsteher Ottakring und der Schülergewerkschaft zur Verfügung gestellt.

Mit Hilfe eines Physiotherapeuten wurde die entsprechende Geräteauswahl getroffen und der Fitnessraum mit einem Rudergerät, Crosstrainer, Fahrradergometer und einem Laufband ausgestattet. Vervollständigt wurde die Einrichtung durch einen Fernseher, DVD-Player, Radiorekorder und sonstigen Accessoires, die den Raum einladend wirken lassen sollen.

Die Einschulung auf die Handhabung der Geräte übernahmen schuleigene TurnlehrerInnen und PhysiotherapeutInnen. Die Eröffnung des Fitnessraums erfolgte am 3. Mai 2005 im Rahmen eines groß angelegten Festes, an welchem Gäste aus der Politik teilnahmen.

Die Frequenz der Fitnessraumbenutzung wurde für die Dauer von sechs Monaten von den Schülerbetreuerinnen genau festgehalten. Der Raum ist verschlossen und bei Bedarf müssen sich die SchülerInnen den Schlüssel von den Schülerbetreuerinnen holen. Laut deren Aufzeichnungen erfolgt die Benützung von 7 Uhr bis 22 Uhr. Eine Evaluierung bzgl. Änderung der Rauchergewohnheiten seit Einführung des Fitnessraums hat bis dato nicht stattgefunden.

Die Projektplanung umfasste 15 Monate und beschäftigte kontinuierlich das Netzwerkteam und darüber hinaus drei SchülerbetreuerInnen (Die obigen Angaben entstammen den Aufzeichnungen des Netzwerkteams der GuK-Schule Wilhelminenspital).

3.2.4 Projekt „Gesundheitstag“

Dieser wurde erstmals im Jahr 2003 organisiert und findet 2010 bereits zum vierten Mal statt (2003, 2004, 2007). Die Ideensammlung fand in Anlehnung an den „Gesundheitstag“ anderer Netzwerkschulen statt, wurde aber für das Setting der Netzwerkschule adaptiert. Es wird wieder ein umfangreiches Programm an Bewegungselementen, Entspannungstechniken und Spaß geben. Dabei werden alle Dimensionen der Gesundheit gedeckt (siehe S. 14). Die Teilnahme für alle

SchülerInnen ist verpflichtend – das LehrerInnenteam kann bei Interesse ebenfalls daran teilnehmen. Ein kleiner Auszug aus den angebotenen Aktivitäten der vergangen Jahre: Tai Chi, Capoeira, Karate, Tanzen, Salsa, Nordic Walking, Humorseminar, Reiki, Gesundes Kochen, Fechten, Kreativ Workshop und vieles mehr. Obwohl die durchgeführte Evaluierung ergab, dass die SchülerInnen sich jährlich eine Wiederholung dieses Tages wünschen, kann dieser aufgrund organisatorischer Ressourcen nur alle 3 Jahre angeboten werden.

3.2.5 Projekt „Powernapping Room“

Unter dem Begriff Powernapping findet sich im Duden folgende Beschreibung: Ein effektiver Kurzzeitschlaf bzw. ein Schläfchen am Nachmittag (vgl. <http://duden.xipolis.net/suche/trefferliste.php> [Zugriff am 10.5.09 10:15]).

Die Wissenschaft hat mittlerweile erforscht, dass das Mittagsschläfchen durchaus Vorteile bringt. An der Berliner Humboldt Universität wurde mittels Versuchen an Probanden festgestellt, dass diese nach einem 15-20minütigem Kurzschlaf wesentlich konzentrierter und aufmerksamer arbeiteten, als die Probanden ohne Nickerchen (vgl. ZULLEY, 2004, S. 140).

BUCHMAYER Rosemarie, Lehrerin an der GuK-Schule SMZ-Ost, hat sich intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt und sieht in der Installation eines Powernapping Rooms Vorteile für alle Beteiligten: LehrerInnen, SchülerInnen und auch DienstgeberIn (vgl. BUCHMAYER, 2006, S. 17). In der GuK-Schule SMZ-Ost wurde bereits 2007 ein SchülerInnenprojekt gestartet, um einen Powernapping Room zu errichten. Von der Effektivität des Powernapps überzeugt und auch um eine Alternative zur „Mittagszigarette“ zu bieten eröffnete die GuK-Schule Wilhelminenspital 2008 ebenso einen Powernapping Room, welcher prinzipiell für SchülerInnen zur Verfügung steht. Dieser ist rund um die Uhr geöffnet und somit jederzeit nutzbar.



Quelle: Netzwerkteam Wilhelminenspital

Bezug nehmend auf ØVRETVEITS Meinung wurden die zuvor aufgezählten Projekte nach Abschluss einer Evaluation⁶ unterzogen: „*Wir brauchen mehr Evaluation der Gesundheitsförderung (..)*“ (ØVRETVEITS, 2002, S. 35). Denn letztendlich ist allein ausschlaggebend, ob die Erfolge Körper und Seele gut tun. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Bewertung von gesundheitsbezogenen Interventionen könnte Thema weiterführender Arbeiten sein.

⁶ Damit ist das Bewerten von Programmen oder Maßnahmen gemeint, ob diese die gewünschten Ergebnisse erreicht bzw. verfehlt haben (vgl. Mayer, 2007, S. 150).

4 METHODENTEIL

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden quantitative Methoden herangezogen. Durch den quantitativen Forschungsansatz soll die Möglichkeit gegeben werden, die Realität zu messen, zu erforschen und zu beweisen. Typisch dabei ist die Annahme, dass es für alles was man sieht, hört etc. einen Grund geben muss. Diese kausalen Beziehungen von Ursache – Wirkung werden in Form von Hypothesen formuliert (vgl. MAYER, 2007, S. 83). Um die gestellten Forschungsfragen qualifiziert beantworten zu können, sind folgende methodische Vorgehensweisen notwendig:

Literaturrecherche und theoretische Aufbereitung des Problemfeldes

Eine genaue Abklärung und Abgrenzung der Fachtermini ist in den vorangegangenen Kapiteln 3 und 4 erfolgt.

Verwendung eines quantitativen Messinstrumentes : Fragebogen

Die schriftliche Befragung mittels Fragebogens ist speziell in der Pflegeforschung eine der gebräuchlichsten Methoden der Datenerhebung. Sie ist ein wichtiges Instrument, welches in der quantitativen Forschung eingesetzt wird.

Die schriftliche Befragung ist sogenannten Gütekriterien unterworfen, welche MAYER wie folgt definiert: *„Gütekriterien der empirischen Forschung sind Maßstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität von Forschung bestimmen zu können. Sie geben darüber Auskunft, ob die Art und Weise, wie die Forschungsergebnisse in einer Studie zu Stande gekommen sind, wissenschaftlich korrekt war“* (MAYER, 2007, S. 98).

In der quantitativen Forschung sind darunter Objektivität, Reliabilität und Validität zu verstehen.

Objektivität: Darunter ist die Unabhängigkeit der Testergebnisse von den Forschern, welche die Daten erheben, gemeint.

Reliabilität: Gibt Auskunft darüber, wie genau das Messinstrument funktioniert, wenn es zu mehr als einer Messung eines bestimmten Verhaltens/Gegenstandes verwendet wird.

Validität: Gibt Aufschluss darüber, ob das verwendete Instrument tatsächlich das misst, was es messen soll (vgl. MAYER, 2007, S. 99).

Um diese Gütekriterien zu erfüllen, wurde für die Datenerhebung nach Rücksprache mit Dr. Wolfgang DÜR (vgl. 2006) der HBSC- (Health Behaviour in school-aged children) Fragebogen in gekürzter Fassung verwendet und um Fragen bezüglich dem Wissen der SchülerInnen ergänzt. Das HBSC-Projekt ist eine international, sozialepidemiologische Studie, welche bereits seit 1983/84 alle vier Jahre durchgeführt wird (vgl. MITTERBAUER, 2007, S. 180).

HBSC dient der regelmäßigen Beobachtung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Schuljugend und ist weltweit die größte internationale Studie zur Jugendgesundheit (vgl. DÜR, Wolfgang: Teilnahme am 7. WHO-HBSC-Survey zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, Online im www unter URL: <http://www.univie.ac.at/lbimngs/projekte/384.html> [Zugriff am 14.4.2009, 17:10]).

Es werden Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu relevanten Gesundheitsdeterminanten in Schulen erhoben. Das Alter der befragten Population liegt zwischen elf und fünfzehn Jahren. Als Besonderheit der HBSC-Studie hebt DÜR die internationale Vergleichbarkeit der Daten und die Wiederholung im Rhythmus von vier Jahren hervor. Es gibt derzeit keine andere Untersuchung der Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, welche ebenso ein breites, übersichtliches und Zusammenhänge sichtbar machendes Bild darstellen kann (vgl. DÜR, 2008, S. 153-156).

Darüber hinaus wurden Teile des FAGERSTRÖM Nikotinfragebogens mit eingearbeitet. Der FAGERSTRÖM-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA) ist ein international weit verbreitetes Instrument, das für den speziellen

Erhebungsbedarf Standard sein sollte. Dieser Test ist ein Fragebogenverfahren für Jugendliche und Erwachsene mit Nikotinkonsum zur Einschätzung des Schweregrades der Nikotinabhängigkeit. Der Fragebogen umfasst sechs Items zum Nikotinkonsum, für welche zwei- oder vierstufige Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind. Vier vorangestellte Fragen erfassen grundlegende soziodemographische Parameter (Name, Alter, Geschlecht, Beruf). Die englische Version nennt sich „Fagerström Test for Nicotine Dependency“ – abgekürzt „FTND“ und wurde erstmals 1989 publiziert (vgl. FAGERSTRÖM / SCHNEIDER, S. 159-182).

Durch die Verwendung zweier standardisierter Instrumente sollte die Objektivität der Datenerhebung gewährleistet sein. Da der HBSC-Fragebogen und auch der FAGERSTRÖM Nikotinfragebogen seit Jahren in Verwendung sind, kann davon ausgegangen werden, dass diese auch valide und reliabel sind.

4.1 Forschungsdesign

Mittels deskriptiver Studie soll es möglich sein, einen Ist-Zustand der SchülerInnen bzgl. Einstellung und Verhalten zu bestimmten Fragen der Gesundheit zu erheben. Zur Bearbeitung der in der Einleitung erwähnten Forschungsfragen werden quantitative Methoden herangezogen. In Bezug auf Gesundheit wird besonders auf das Verhalten der SchülerInnen eingegangen. Mit Hilfe einer einmaligen Fragebogenerhebung wurde ein Vergleich zwischen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Wilhelminenspital und der Gesundheits- und Krankenpflegeschule SMZ-Ost (Sozial-Medizinisches Zentrum Ost) vorgenommen. Es wurden deshalb zwei Schulen in **Wien** gewählt, um den Störfaktor „Stadt-Land“ möglichst gering zu halten. Anhand der Befragung von ca. 130 SchülerInnen soll ermittelt werden, welche Bedeutung die SchülerInnen der Gesundheitsförderung beimessen und welche persönlichen

Maßnahmen sie diesbezüglich setzen. Das Forschungsdesign soll die Vorgangsweise der Untersuchung festlegen.

4.2 Ziel und Zweck der Untersuchung

Vordergründiges Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, ob die bis jetzt gesetzten gesundheitsfördernden Maßnahmen des Netzwerkteams in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Wilhelminenspital einen Einfluss auf das Verhalten der SchülerInnen in den Bereichen: Sport, Rauchen und Ernährung haben. Je nach Ergebnis müssen Perspektiven für die Problemlösung beschrieben werden.

Das **Verhalten** der SchülerInnen bzgl. Rauchens, Sport und Ernährung abzufragen und in einem Vergleich mit einer Schule gleichen Typs zu setzen.

Das **Wissen** und die **Einstellung** bezüglich gesundheitsrelevanter Fragen zu erheben. Die Sozialpsychologie versteht unter Einstellung eine Tendenz, auf eine bestimmte Person, Gegenstand oder Situation in bestimmter Art und Weise zu reagieren. Das beobachtbare Verhalten muss nicht immer den tatsächlichen Einstellungen der Person entsprechen (vgl. www.social-psychology.de/sp/konzepte/einstellungen [Zugriff am 4.11.2008, 9:52]).

Bei Fragen nach der Einstellung geht es darum, wie SchülerInnen bestimmte Objekte oder Verhaltensweisen bewerten. Da es sich dabei um Selbstauskünfte handelt, kann es möglich sein, dass SchülerInnen nicht ihre eigentliche Einstellung angeben, sondern vielmehr die offensichtlich vom/von der ForscherIn oder der Institution erwünschte Antwort ankreuzen. Das könnte vor allem im ersten Ausbildungsjahr passieren, da die SchülerInnen noch nicht all zu lange an den Schulen sind. Daher ist die richtige Wahl des Ausbildungsjahres umso relevanter, um möglichst aussagekräftige und vor allem „ehrliche“ Antworten zu erhalten.

4.3 Zeitpunkt und Häufigkeit der Datenerhebung

Die Daten wurden einmal erhoben – zeitgleich wurden die Fragebögen an alle SchülerInnen des dritten Ausbildungsjahres einer Schule persönlich verteilt und wieder eingesammelt. Im Wilhelminenspital fand die Erhebung im Dezember 2008 statt, im SMZ-Ost im Jänner 2009. Durch vorherige mündliche Ankündigung sollte die Ausfüllmotivation gesteigert werden. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurden die Fragebögen von der Forscherin persönlich während der Unterrichtszeit ausgeteilt und wieder eingesammelt. Die relevanten Variablen des Fragebogens wurden retrospektiv, also in der Vergangenheit gesucht – inwieweit sich die Angebote und Bemühungen der GuK-Schule, welche im „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ eingebunden ist, auf das Verhalten ausgewirkt haben. Durch die einmalige Befragung der SchülerInnen wurde die momentane Befindlichkeit wiedergegeben – es handelt sich somit um eine Querschnittstudie mit einer Vergleichsgruppe. Um zu erheben, ob:

- alle Fragen beantwortet werden,
- Verständnisschwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens auftreten
- und wie lange die Befragungszeit betragen soll

wurde in einer Klasse des ersten Ausbildungsjahres mit 30 SchülerInnen ein Pretest durchgeführt.

4.4 Auswahl der Stichprobe der Fragebogenerhebung

Untersuchungsort waren die Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital und die Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege SMZ-Ost. Für die Untersuchung wurden schriftlich die Genehmigung des Krankenanstaltenverbundes und mündlich die der beiden Schulleitungen eingeholt. Die Erhebungsgruppe

in beiden Schulen bestand aus 128 SchülerInnen des dritten Ausbildungsjahres. Um einen möglichst gleich großen Stichprobenumfang beider Schulen zu erhalten, wurde eine Wiener Schule gewählt, welche in etwa die gleiche SchülerInnenanzahl im dritten Ausbildungsjahr hat. Das dritte Ausbildungsjahr ist in beiden Schulen gleichzeitig das letzte Schuljahr der Ausbildung. Die Entscheidung ist deshalb auf das letzte Ausbildungsjahr gefallen, da hier die SchülerInnen drei Jahre lang die Möglichkeiten hatten, die „gesundheitsfördernden“ Angebote der Schulen zu nutzen.

Stichprobe: alle SchülerInnen der beiden Schulen die sich im dritten Ausbildungsjahr befinden. Somit eine Vollerhebung des dritten Ausbildungsjahres.

Für die Auswertung wird das Programmsystem **SPSS Version 16.0** und **Version 17.0** verwendet. Dieses Programm liefert eine statistische deskriptive Datenanalyse.

4.5 Ethische Überlegungen

Die mündliche bzw. schriftliche Zustimmung zur Durchführung der Fragebogenerhebung erfolgte durch die Schuldirektorinnen beider GuK-Schulen und durch den Rechtsträger (Wiener Krankenanstaltenverbund). Den SchülerInnen wurde Anonymität zugesichert in der Weise, dass selbst die Forscherin die Antworten nicht mit der Identität der Befragten in Verbindung bringen kann (vgl. BURNS / GROVE, 2005, S. 197). Darüber hinaus wurde den SchülerInnen versichert, dass die Beantwortung des Fragebogens auf Freiwilligkeit beruht, sie jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen können und ihnen bei Ablehnung keinerlei Schaden entstehen wird. Bei Wunsch oder Interesse wurde den SchülerInnen zugesagt, sie über die Ergebnisse zu informieren.

4.6 Forschungsleitende Fragestellungen und Hypothesen

Aus den beschriebenen Problemfeldern ergeben sich für die Arbeit folgende zentrale Forschungsfragen:

- Unterscheidet sich das gesundheitsfördernde Verhalten der SchülerInnen einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, welche im „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ eingebunden ist, vom **Verhalten** von SchülerInnen einer „Non-Netzwerkschule“ hinsichtlich **Rauchen, Ernährung** und **Bewegung**?
- Gibt es Unterschiede bezüglich dem **Wissen** und der **Einstellung** von SchülerInnen einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, welche im „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ eingebunden ist, im Vergleich zu SchülerInnen einer „Non-Netzwerkschule“?

Aus den forschungsleitenden Fragen wurden daher folgende **Hypothesen** für den quantitativen Teil angenommen:

- Es gibt einen Unterschied in der sportlichen Betätigung zwischen Netzwerk- und Non-NetzwerkschülerInnen: **Angebot beeinflusst Häufigkeit**
- Es gibt einen Unterschied im Rauchverhalten zwischen Netzwerk- und Non-NetzwerkschülerInnen – Netzwerkschüler rauchen weniger: **Verbot beeinflusst Verhalten**
- Es gibt einen Unterschied im Essverhalten zwischen Netzwerk- und Non-NetzwerkschülerInnen.

-
- Es gibt keinen Unterschied bzgl. Wissen und Einstellung zur Gesundheitsförderung zwischen Netzwerk- und Non-NetzwerkschülerInnen.

4.7 Aufbau des Fragebogens

Wie bereits unter Punkt 8 erläutert, liegt der Arbeit ein standardisiertes Instrument zur Datenerhebung zu Grunde. Dabei wurden Kürzungen und Änderungen der Reihenfolge vorgenommen. Der Fragebogen enthält größtenteils geschlossene Items, welche einerseits eine höhere Akzeptanz zur Beantwortung der Fragen gewährleisten, und andererseits die Auswertung erleichtern.

Der Fragebogen gliedert sich in folgende Dimensionen bzw. Themenbereiche:

- Fragen zur Einstellung betreffend Gesundheit
- Fragen zum sportlichen Verhalten
- Fragen betreffend Rauchgewohnheiten
- Fragen betreffend Ernährungsgewohnheiten
- Wissensfragen
- Soziodemographische Fragen

Nach einem kurzen, persönlichen Schreiben der Verfasserin wurden die SchülerInnen zunächst aufgefordert, Angaben darüber zu machen, wo sie ihre Kindheit und Jugend verbracht haben. Um ein langsames vertraut werden mit dem Thema zu ermöglichen, wurden anfangs Fakt- und Einstellungsfragen gestellt, um dann im Hauptteil auf Handlungs-, Verhaltens- und Wissensfragen einzugehen. Demographische Fragen, welche informelle Daten liefern sollen, bilden den Abschluss.

Insgesamt umfasst der Fragebogen 34 geschlossene Items, wo jedoch bei 12 Items die Möglichkeit bestand, unter „Sonstiges“ persönliche Äußerungen abzugeben.

Hypothesenprüfung:

Der Fragenkomplex 2, 3, 5, 6 und 7 soll darlegen, durch welche **Personen** und/oder **Institutionen** die SchülerInnen bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen beeinflusst wurden, durch wen oder was sie regelmäßig Informationen über gesundheitsfördernde Maßnahmen erhalten und wie sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand einschätzen. Bei der Frage „*Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie?*“ konnte man auf einer vierstufigen Skala die persönliche Wichtigkeit angeben (1 = *sehr wichtig*, 2 = *eher wichtig*, 3 = *eher nicht wichtig*, 4 = *überhaupt nicht wichtig*).

Items, die das vorhandene **Wissen** über gesunde Ernährung der SchülerInnen abfragen, ließen vier Antwortmöglichkeiten zu (1 = *ich weiß sehr viel*, 2 = *ich weiß ausreichend viel*, 3 = *ich weiß eher wenig*, 4 = *ich weiß zu wenig*). Die Komplexe 8 und 10 sollen das Wissen um das Vorhandensein von gesundheitsfördernden Schulprojekten und in welchen Unterrichtsgegenständen „gesundheitsfördernde Maßnahmen“ ein Thema waren, abfragen. Dieses Fragenbündel dient zur Überprüfung der **4. Annahme**.

Die Fragen 18 – 24 sollen das **sportliche Verhalten** der SchülerInnen abfragen und damit zur Klärung der **1. Annahme** dienen. Die SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Wilhelminenspital wurden unter Punkt 20 befragt, ob und wie oft sie den schuleigenen Fitnessraum benützen. Da die Schule SMZ-Ost keinen Fitnessraum zur Verfügung hat, lautet dort die Frage unter Punkt 20: „*Würden Sie einen schuleigenen Fitnessraum benützen?*“. Darüber hinaus wurde auch die vermutete Häufigkeit der Benützung erfragt und die Motivation, den Fitnessraum zu benützen.

Um die **2. Annahme** zu bestätigen oder zu widerlegen, wurden die Fragen 11-16 formuliert. Diese Items zielen auf die **Rauchgewohnheiten** der SchülerInnen ab und Frage 9 soll darüber hinaus erheben, in welchem Gegenstand sie auf die Schädlichkeit des Zigarettenkonsums aufmerksam gemacht worden sind. Bei den Rauchgewohnheiten wurde die durchschnittliche Zigarettenmenge während der Unterrichtspausen, als auch in der Freizeit erfragt. Es standen folgende Kategorien zur Auswahl: *1-5, 6-10, 11-15 und mehr als 15*.

Die Fragen 17, 25 – 31 zielen auf das **Ernährungsverhalten** der SchülerInnen ab, und ob diese mit ihrem derzeitigen Körpergewicht zufrieden sind. Dieser Fragenkomplex wird zur Untersuchung der **3. Annahme** herangezogen.

Den Abschluss bilden **allgemeine Angaben** zur Person. Dabei wurden die SchülerInnen nach ihrem Alter in Jahren, nach dem Ausbildungsjahr in dem sie sich befinden, nach ihrem Geschlecht (*1 = weiblich, 2 = männlich*) und der Wohnsituation (*1 = intern, 2 = extern*) befragt.

5 DATENAUSWERTUNG

Bei der Datenauswertung wurden die erhaltenen Daten in Excel übertragen und dort graphisch dargestellt. Um eine Einheitlichkeit bei der Datenbeschriftung zu erhalten und um zu verhindern, dass durch die Darstellung mittels Balken ein falsch positiver oder falsch negativer Eindruck entsteht, wurde die Achsenbeschriftung mit 100 angegeben. Bei einigen wenigen Graphiken würde sich dadurch eine verkleinerte, unleserliche Datenbeschriftung ergeben. In diesen Fällen ist die Achsenskala angepasst worden.

Die angewendeten rechnerischen Testverfahren sind im Anhang zu finden. Konnte bei Verwendung einer Kreuztabelle eindeutig zwischen abhängiger und unabhängiger Variable unterschieden werden, steht aus konventionellen Gründen die Kategorie der unabhängigen Variable in den Zeilen, die der abhängigen Kategorie in den Spalten.

5.1 Demographische Daten

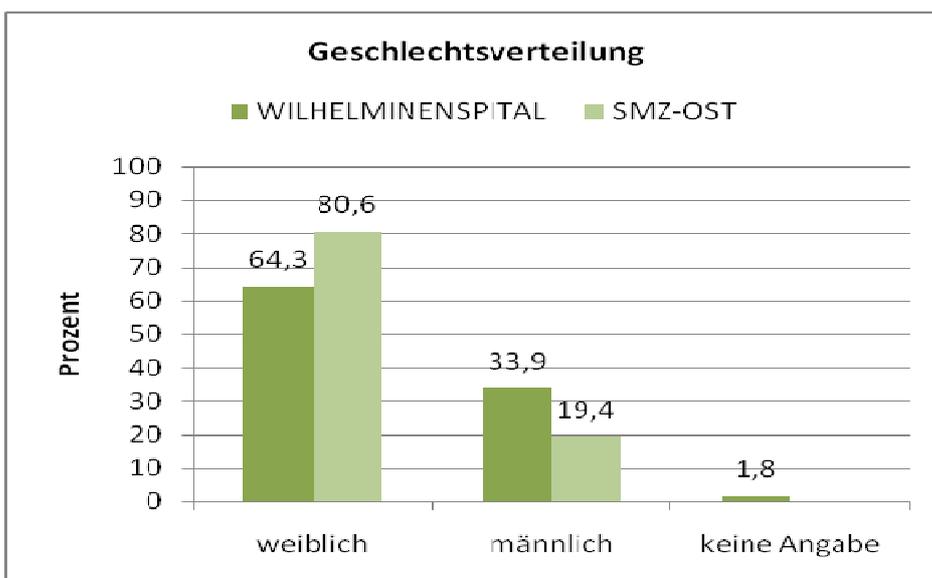


Abbildung 3: Geschlechtsverteilung der Befragten? N=127

Der Anteil der weiblichen Befragten liegt in den beiden untersuchten GuK-Schulen deutlich über jenem der männlichen Befragten. Im Wilhelminenspital wurden 64,3%, im SMZ-Ost 80,6% der Fragebögen von Frauen ausgefüllt. Eine Person machte keine Angabe zum Geschlecht.

Dieses Ergebnis zeigt, dass der Beruf der Gesundheit- und Krankenpflege (noch immer) von deutlich mehr Frauen als Männern ergriffen wird, sich aber im Wilhelminenspital doch mehr Männer in Ausbildung befinden als im SMZ-Ost.

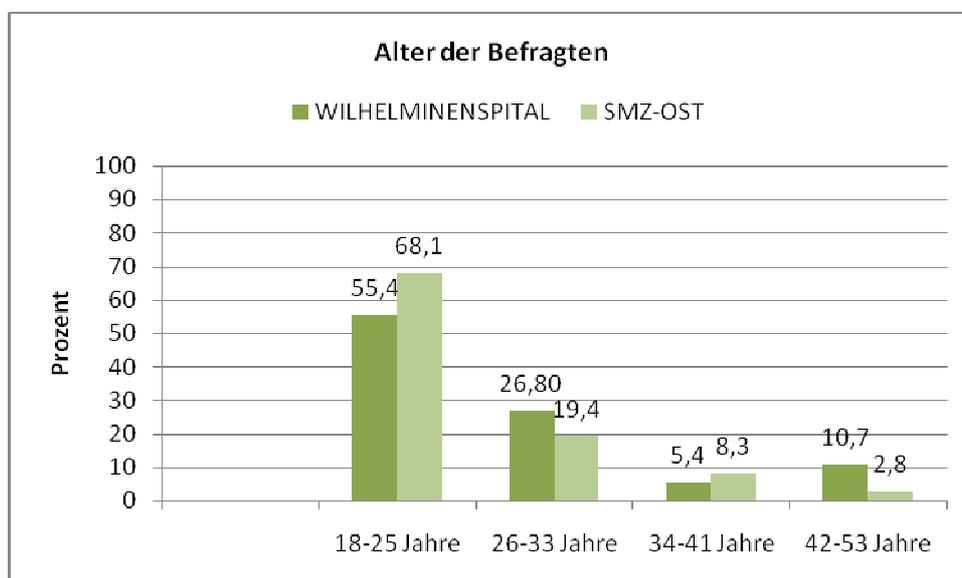
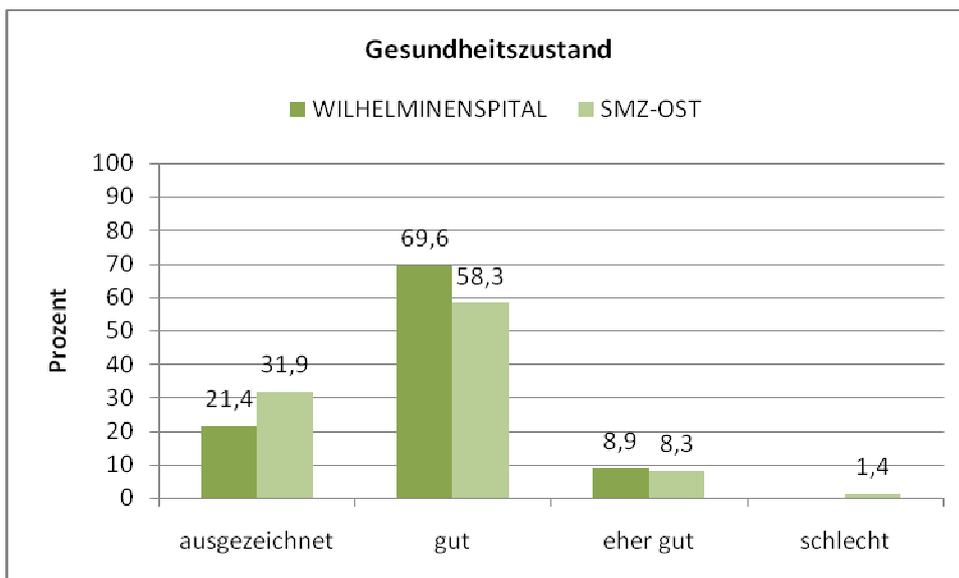


Abbildung 4: Alter der befragten SchülerInnen, N=126

Bis vor einigen Jahren gab es in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule eine Altersobergrenze. Diese existiert derzeit nicht mehr. Einige SchülerInnen haben sich für einen Berufswechsel entschieden und werden diesbezüglich vom Arbeitsmarktservice unterstützt. Dadurch lässt sich die, für berufsbildende Schulen doch eher ungewöhnliche Altersverteilung erklären.

In beiden Schulen ist die überwiegende Mehrheit der SchülerInnen zwischen 18-25 Jahren. Die zweite Gruppe mit 26,8% (15 Personen) im

Wilhelminenspital und 19,4% (14 Personen) im SMZ-Ost sind zwischen 26-33 Jahre alt. Den geringsten Anteil bilden SchülerInnen, welche 34 Jahre und älter sind. Den Daten ist zu entnehmen, dass der Anteil älterer SchülerInnen an der Schule im Wilhelminenspital höher ist. 10,7% der Befragten, das sind 6 Nennungen, sind zwischen 42-53 Jahre alt, hingegen im SMZ-Ost sind dies nur 2,8% (2 Nennungen). In jeder Schule wurde von einer Person das Alter nicht angegeben.



**Abbildung 5: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?
N=128**

Rund ein Drittel der SchülerInnen im SMZ-Ost beschreiben ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“, im Wilhelminenspital gibt dies rund ein Fünftel an. Der überwiegende Anteil der Befragten in beiden Schulen ist der Meinung, einen „guten“ Gesundheitszustand zu haben, rund 9% bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „eher gut“ und von einer SchülerIn im SMZ-Ost wird er sogar als „schlecht“ bewertet.

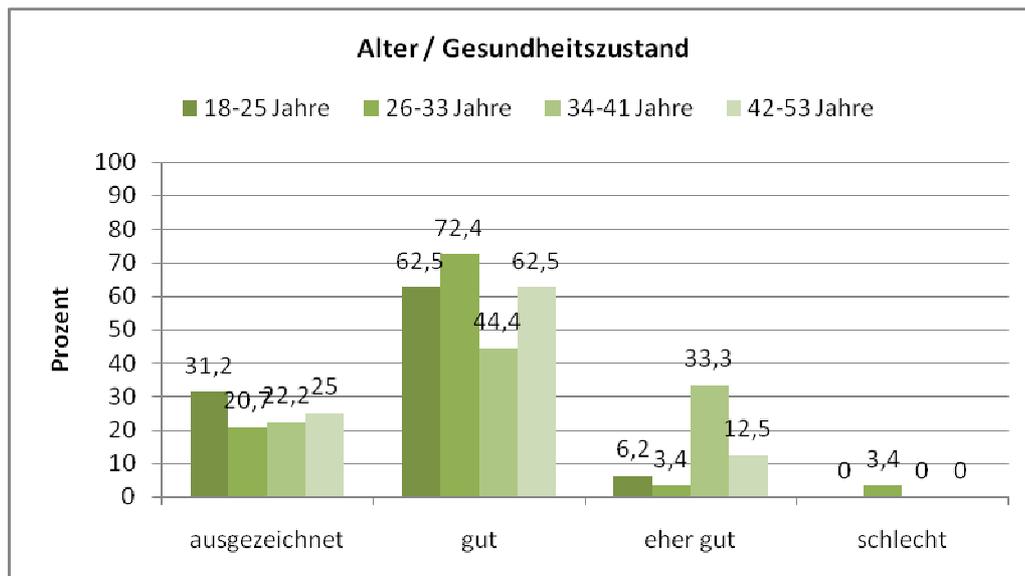


Abbildung 6: Kreuztabelle Alter / Gesundheitszustand, N=126

(Chi-Quadrat: 13,777; df:9; Sig: 0,130)

Ein Drittel der SchülerInnen beider Schulen in der Altersgruppe der 34-41-Jährigen und 12,5% der 42-53-Jährigen beschreiben ihren Gesundheitszustand als „eher gut“. Als „schlecht“ hingegen schätzen 3,4% der 26-33-Jährigen ihre Gesundheit ein. Der überwiegende Teil der Befragten in allen vier Altersgruppen bewertet den derzeitigen Gesundheitszustand als „gut“. In der Kategorie „ausgezeichnet“ sind in allen Altersgruppen mehr als 20% dieser Meinung. Zwei Personen machten keine Angabe. Es besteht **kein signifikanter Unterschied** zwischen dem Alter der SchülerInnen und der Einschätzung ihres Gesundheitszustands. Somit kann angenommen werden, dass es keinen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen gibt.

Das Ergebnis ist überraschend, denn es wäre zu erwarten gewesen, dass aufgrund der Altersverteilung und der somit bereits geleisteten Arbeitsjahre, bzw. durch das Vorhandensein von altersbedingten Krankheiten mehr SchülerInnen höheren Alters ihre Gesundheit als „eher gut“ oder „schlecht“ einschätzen würden. Bezugnehmend auf Kapitel 2 (S. 20) wird hier deutlich, dass Gesundheit mehrdimensional gesehen werden muss und nicht allein aus der physischen Betrachtungsweise.

5.2 Wissen

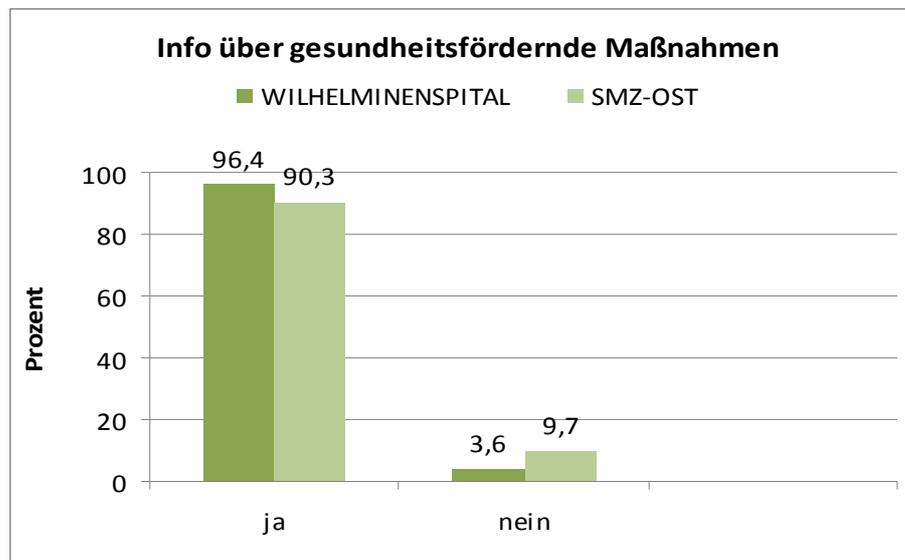


Abbildung 7: Erhalten Sie regelmäßig Informationen über gesundheitsfördernde Maßnahmen? N=128

In beiden Schulen erhält der überwiegende Teil der SchülerInnen Informationen zur Gesundheitsförderung: 96,4 % im Wilhelminenspital und 90,3 % im SMZ-Ost. Das ist nicht weiter überraschend, da einerseits durch die Netzwerkaktivitäten im Wilhelminenspital dieses Thema immer präsent ist und andererseits viele Unterrichtsinhalte auf genau dieses Thema abzielen und die Bezeichnung beider Schulen das Wort „Gesundheit“ in sich tragen.

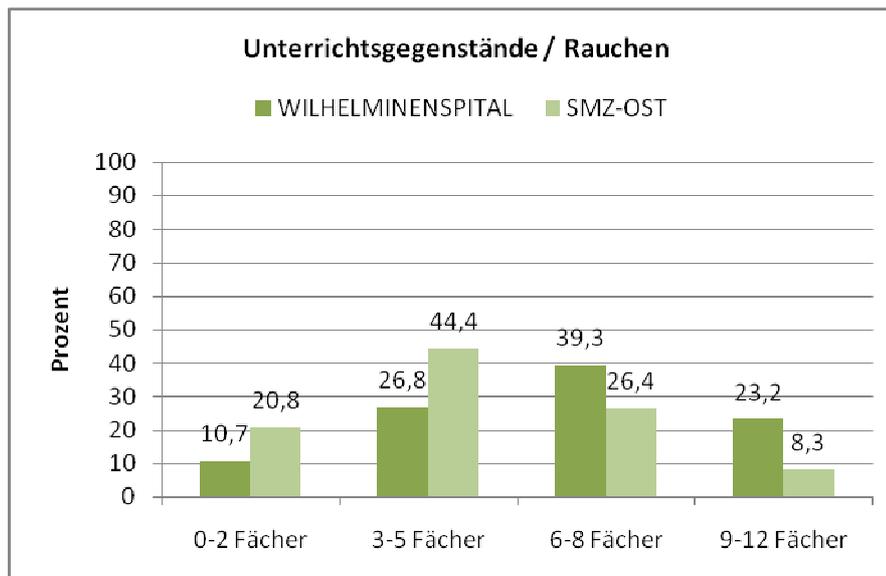


Abbildung 8: In wie vielen Unterrichtsgegenständen wurden Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung auf die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum aufmerksam gemacht? N=128

(Chi-Quadrat: 10,976; df: 3; Sig: 0,12)

Bei der Frage “In welchen Unterrichtsfächern wurden Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung auf die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum aufmerksam gemacht? “ gibt es **einen signifikanten Unterschied** zwischen den beiden Schulen. In der Kategorie 6-8 Fächer sind 39,3 % der SchülerInnen des Wilhelminenspitals der Meinung, etwas über die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum gehört zu haben, im SMZ-Ost sind 26,4 % dieser Meinung. Einen noch größeren Unterschied gibt es in der Kategorie 9-12 Fächer. Hier sind die Befragten im Wilhelminenspital mit 23,2 % der Ansicht, etwas darüber im Unterricht gehört zu haben. Im SMZ-Ost teilen lediglich 8,3 % diese Meinung.

Es wäre aufgrund des bundesweit einheitlichen Curriculums zu erwarten gewesen, dass sich gerade hinsichtlich der Unterrichtsinhalte keine Unterschiede ergeben. Eine mögliche Ursache für dieses Ergebnis könnte die unterschiedliche Schwerpunktsetzung der Inhalte in den beiden Schulen sein bzw. die Vernetzung des Unterrichtsstoffes mit anderen Fächern. Der dadurch entstehende Wiederholungseffekt des Gehörten

könnte Grund dafür sein, dass sich die SchülerInnen besser daran erinnern.

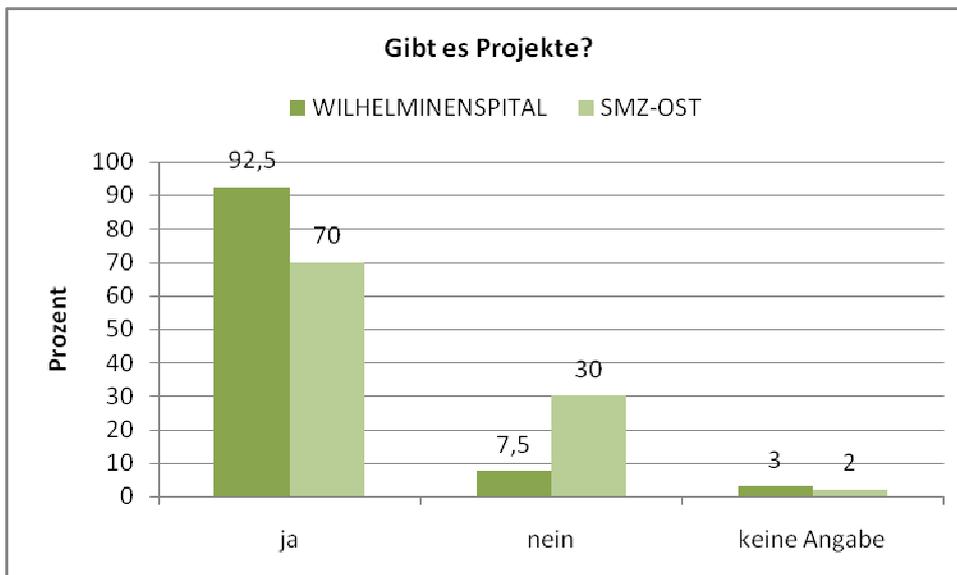


Abbildung 9: Gibt es an Ihrer Schule Projekte oder schulautonome Veranstaltungen zum Thema Gesundheit? N=128

(Chi-Quadrat: 9,390; df:1; Sig: 0,002)

Die eindeutige Mehrheit der SchülerInnen aus dem Wilhelminenspital weiß, dass es an ihrer Schule Projekte oder Veranstaltungen im schulautonomen Bereich zum Thema Gesundheit gibt. Im SMZ-Ost sind 70% dieser Meinung – 30% sind der Meinung, dass es keine Projekte oder schulautonome Veranstaltungen gibt. Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests ist **hoch signifikant** und spricht für einen Unterschied zwischen den beiden befragten Schulen und dem Wissen über Schulprojekte oder Veranstaltungen. Welche von den SchülerInnen genannt wurden, zeigt die nachfolgende Tabelle. Das Erinnerungsvermögen an durchgeführte Projekte ist bei den SchülerInnen im Wilhelminenspital signifikant höher als bei denen im SMZ-Ost.

	Nennungen im Wilhelminenspital		Nennungen im SMZ-Ost
Gesundheitstag	28	Burn-Out Prophylaxe	28
Apfeltag	8	Apfelverkauf	3
Fitnessraum	2	3. Welt - Afrika	2
Sportwoche	6	Power-Napping Room	8
Sport im Ergo Unterricht	1		
Power-Napping Room	2		

Offensichtlich ist der vom Netzwerkteam organisierte Gesundheitstag den SchülerInnen des Wilhelminenspitals in Erinnerung geblieben, denn 28 Personen gaben diesen als Projekt an. Im SMZ-Ost gab es im schulautonomen Bereich Projekte bzgl. Burn-Out Prophylaxe, an welche sich ebenfalls 28 Personen erinnern konnten. Obwohl in beiden Schulen die Installierung des Powernapping Rooms relativ jung ist, wurde dieser nur von wenigen SchülerInnen genannt.

5.3 Einstellung

Bei der Frage nach der Einstellung wird der Stellenwert von gesundheitsfördernden Maßnahmen eruiert und es wird hinterfragt, wodurch bzw. durch wen die Einstellung betreffend Gesundheitsförderung beeinflusst wurde bzw. wird.

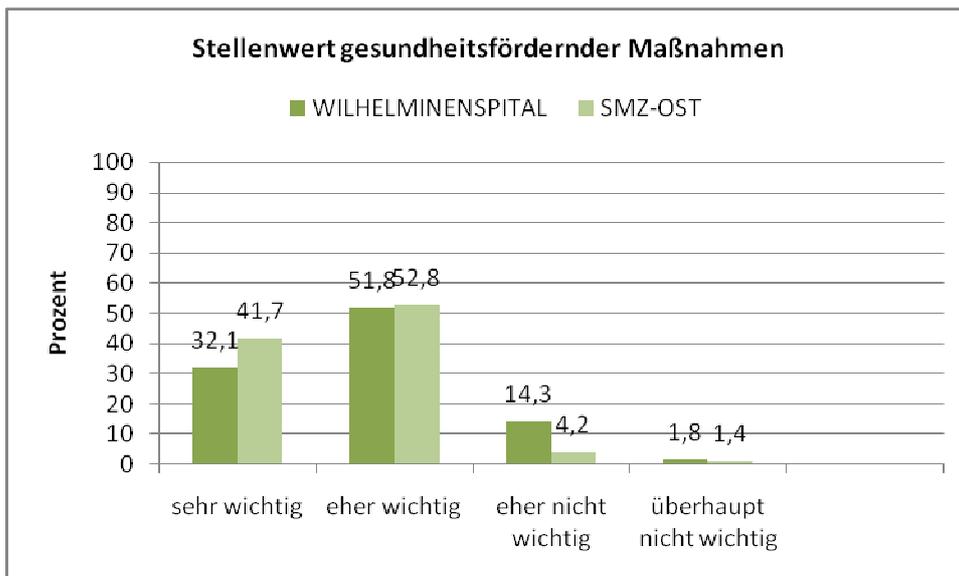


Abbildung 10: Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie? N=128

(Chi-Quadrat: 4,553; df: 3; Sig: 0,208)

83,9 % der WilhelminenspitalschülerInnen sehen gesundheitsfördernde Maßnahmen als sehr, bzw. eher wichtig. Im SMZ-Ost stimmen mehr als die Hälfte (94,5 %) zu. In beiden Schulen ist ein geringer Teil der Befragten der Meinung, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen für sie keinen hohen Stellenwert haben.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen haben bei den SchülerInnen im Wilhelminenspital und im SMZ-Ost einen annähernd gleichen Stellenwert. Dies ist überraschend, da die GuK-Schule Wilhelminenspital zum „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ gehört und daher zu erwarten wäre, dass gerade hier gesundheitsfördernde Maßnahmen im Vordergrund stehen und sich dies auch bei den SchülerInnen bemerkbar macht.

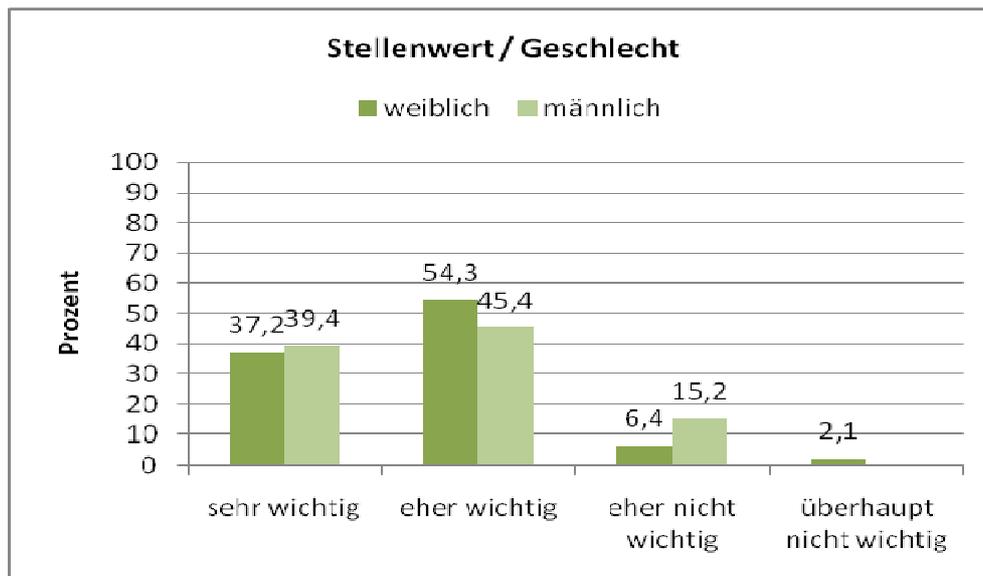


Abbildung 11: Stellenwert gesundheitsfördernder Maßnahmen nach Geschlecht? N=127

(Chi-Quadrat: 3,265; df: 3; Sig: 0,353)

Für beide Geschlechter scheinen gesundheitsfördernde Maßnahmen den gleichen Stellenwert zu haben. Es besteht **kein signifikanter Unterschied** bezüglich der Geschlechter. Bei der Frage, welche Personen für die Einstellung bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen verantwortlich sind, waren Mehrfachnennungen möglich. Sowohl im Wilhelminenspital als auch im SMZ-Ost wurden die LehrerInnen am häufigsten genannt.

	Wilhelminenspital	SMZ-Ost
LehrerInnen	86,8%	85,7%
MitschülerInnen	35,8%	33,3%
Familie	41,5%	52,4%
FreundInnen	34%	44,4%
PartnerIn	18,9%	17,5%
Arzt/Ärztin	45,3%	52,4%
Sonstige	15,10%	12,7%

Abbildung 12: Personen, die gesundheitsfördernde Einstellung beeinflussen, bezogen auf Anzahl der befragten Personen, N=128

Im Wilhelminenspital geben beinahe 87% der befragten Personen an, dass die LehrerInnen maßgeblich verantwortlich sind. An zweiter Stelle werden mit je 45,3% Arzt/Ärztin genannt, gefolgt von der Familie mit 41,5 % der Nennungen. Im SMZ-Ost belegen mit jeweils 52,4% die Familie und Arzt/Ärztin den zweiten Platz.

Bei der Frage, welche Medien für die Einstellung bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen verantwortlich sind, waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich. Sowohl im Wilhelminenspital als auch im SMZ-Ost wurde das Fernsehen von über 71% der befragten SchülerInnen am häufigsten genannt. Verwunderlich ist, dass das Internet lediglich von etwa 44% genannt wird und somit sogar hinter den Printmedien gereiht ist.

	Wilhelminenspital	SMZ-Ost
TV	71,2%	79,4%
Radio	26,9%	31,7%
Internet	44,2%	44,4%
Zeitungen	48,1%	49,2%
Zeitschriften	36,5%	55,6%
Fachliteratur	46,2%	54%
Sonstige	1,9%	3,2%

Abbildung 13: Medien, die gesundheitsfördernde Einstellung beeinflussen, bezogen auf Anzahl der befragten Personen, N=128

5.4 Verhalten

Gesundheitsfördernde Maßnahmen äußern sich in einem Verhalten, das die Gesundheit positiv oder zumindest nicht negativ beeinflusst. Um abschätzen zu können, ob und in welcher Weise die SchülerInnen

gesundheitsfördernde Maßnahmen setzen, wurden sie hinsichtlich ihres Verhaltens in Bezug auf sportliche Aktivitäten, Rauchen, Ernährung und sonstiges Gesundheitsverhalten befragt.

5.4.1 Bewegung

Die Unterrichtszeit von 40 Stunden pro Woche geschieht zumeist im Klassenzimmer in sitzender Position. Lediglich beim Gegenstand „Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit“ sind sportliche Elemente, Trendsportarten und Bewegungsarbeit zentrale Themen.

Das Bewegungsverhalten wurde anhand von Items gemessen welche erheben sollen, welche Sportart die SchülerInnen ausüben, an wie vielen Tagen einer Woche die Befragten insgesamt (in der Schulzeit als auch in der Freizeit) körperlich aktiv sind und ob sie den schuleigenen Fitnessraum benützen.

Bei der Beantwortung der Fragen könnte die in der Erziehung erworbene Einstellung zu sportlichen Aktivitäten ein wichtiger Faktor sein. Sind die SchülerInnen gewohnt sich regelmäßig körperlich zu betätigen, wird gerade nach einer 40 Stunden Schulwoche das Bedürfnis groß sein dies zu tun. Es ist anzunehmen, dass SchülerInnen welche nur geringe sportliche Ambitionen haben, während der 3-jährigen lernintensiven Ausbildungszeit, nicht die nötige Motivation aufbringen sich sportlich zu betätigen.

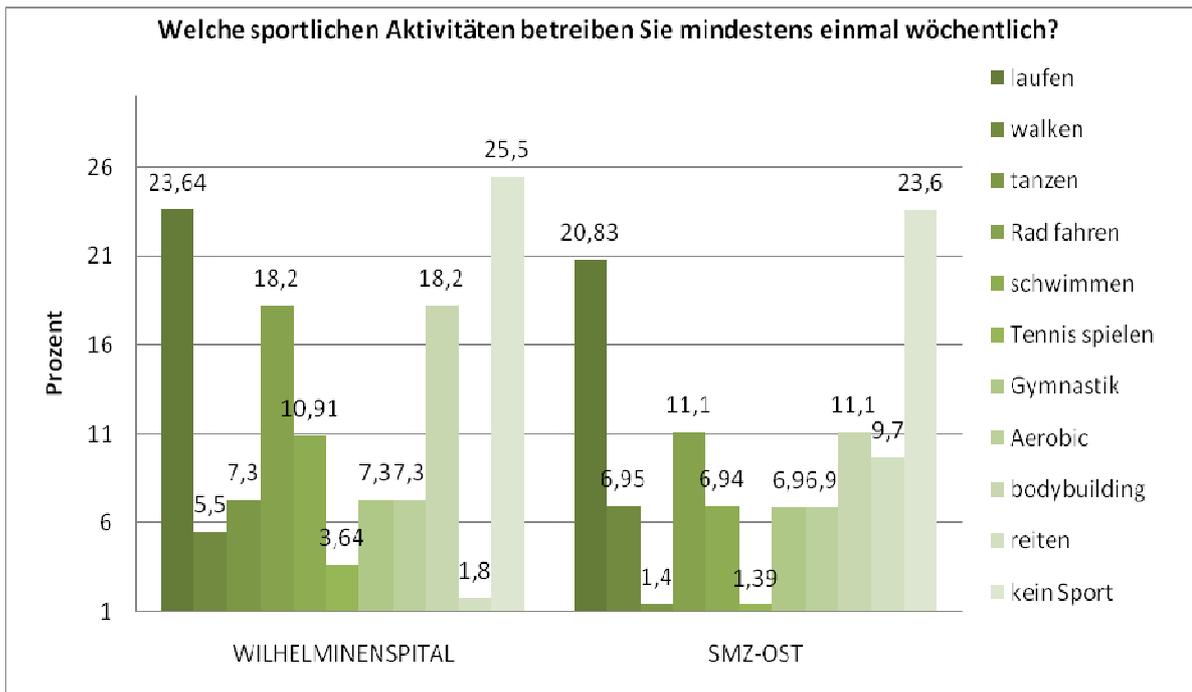


Abbildung 14: Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie mindestens einmal wöchentlich? N=127

Das Bewegungsverhalten der SchülerInnen ist in beiden Schulen ähnlich. Zirka 24% betreiben keinen Sport. Deutlich zu erkennen ist jedoch, dass laufen mit 23,64% im Wilhelminenspital und mit 20,83% im SMZ-Ost die beliebteste Sportart ist. Da beide Schulen eher am Stadtrand liegen und somit eine ansprechende Laufumgebung bieten, ist dies nicht weiter überraschend. Außerdem wurde in den letzten Jahren der Laufsport durch diverse Publikationen, aber auch durch Veranstaltungen sehr in den Mittelpunkt gerückt. . An zweiter Stelle rangiert in beiden Schulen der Tanzsport, wobei aus den Antworten nicht hervorgeht, welche Tanzart ausgeübt wird. 18,2% der WilhelminenspitalschülerInnen und 11,1% der SchülerInnen aus dem SMZ-Ost betreiben diesen Sport regelmäßig. Das Vorhandensein eines Fitnessraums in der Schule am Wilhelminenspital und die unmittelbare Nähe zu einem Fitnessstudio könnten Gründe dafür sein, dass 18,2% angeben, diesen Sport regelmäßig auszuüben.

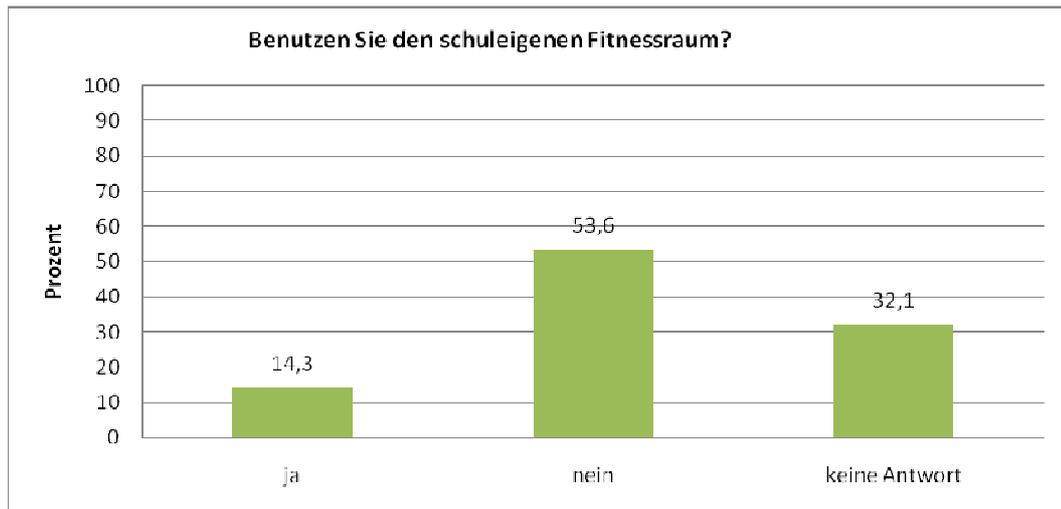


Abbildung 15: Benutzen Sie den schuleigenen Fitnessraum? N=56

In der Schule am Wilhelminenspital gibt es einen schuleigenen Fitnessraum, der von etwa 14,3 % der befragten SchülerInnen regelmäßig besucht wird. Das entspricht einer Personenanzahl von acht, welche sich im dritten Ausbildungsjahr befinden und regelmäßig den Fitnessraum besuchen. Mehr als die Hälfte geben an, den Fitnessraum nicht zu benutzen. 18 Personen enthielten sich einer Antwort.

Von jenen acht Personen, welche regelmäßig den Fitnessraum benutzen, tun dies zwei Personen 1-mal pro Woche und sechs Personen öfter als 1-mal pro Woche. Niemand benutzt ihn täglich.

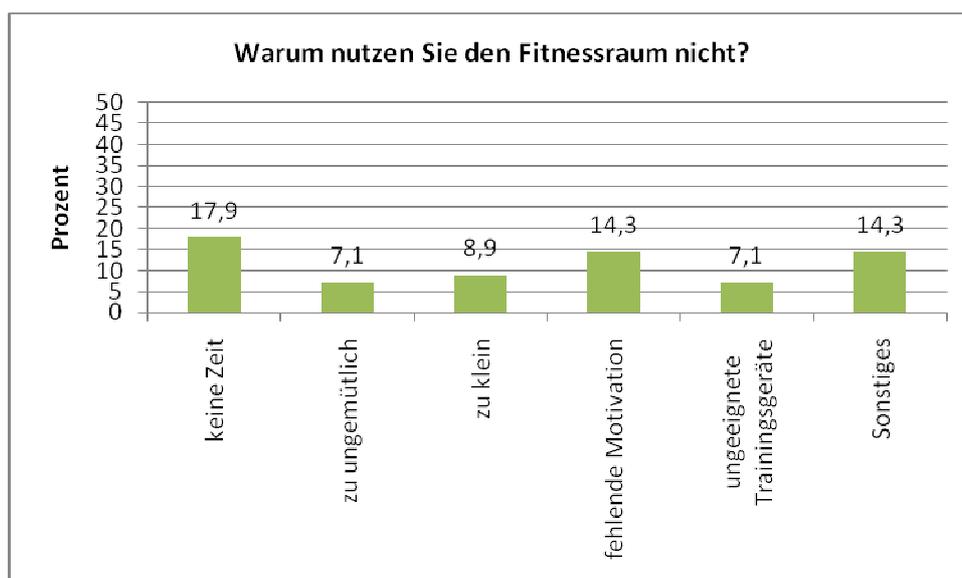
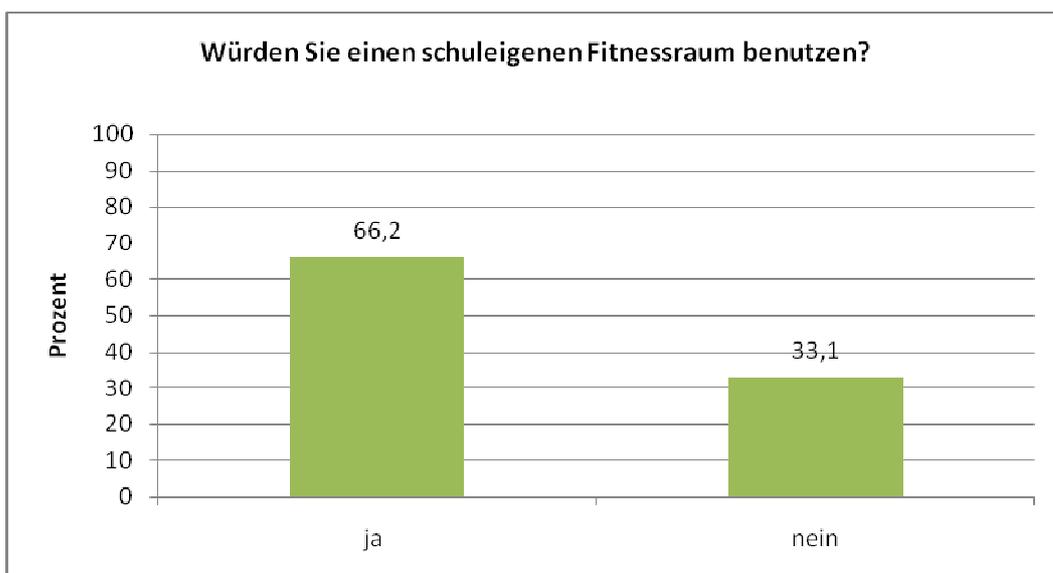


Abbildung 16: Warum nutzen Sie den Fitnessraum nicht? N=51

Jene die den Fitnessraum nicht nutzen, geben hauptsächlich Zeitmangel und fehlende Motivation als Begründung an. Nachdem diese Frage von 51 Personen beantwortet wurde und die Stichprobe im Wilhelminenspital 56 Personen beträgt, haben offensichtlich drei Person von jenen acht, welche den Fitnessraum regelmäßig benutzen, auch diese Frage beantwortet. Unter Sonstiges gaben drei Pesonen an, dass sie Sport außerhalb der Schule betreiben bzw. dass sie in einem Fitnesscenter ein Abo haben. Weitere fünf Personen nennen als Gründe für die Nichtnutzung den „Kampf mit dem inneren Schweinehund“, „nicht duschen zu wollen“, „nach dem Unterricht gleich nach Haus zu wollen“ und dass der „Fitnessraum besetzt „ war.



**Abbildung 17: Würden Sie einen schuleigenen Fitnessraum benutzen?
N=71**

In der GuK-Schule SMZ-Ost gibt es keinen schuleigenen Fitnessraum. Auf die Frage, ob die SchülerInnen einen solchen benützen würden, antworteten zwei Drittel mit „ja“. Das heißt diese SchülerInnen würden sich einen Fitnessraum wünschen. Ob dieser dann auch in hohem Ausmaß frequentiert werden würde ist fraglich, vor allem wenn man sieht, dass der Fitnessraums im Wilhelminenspital von lediglich acht SchülerInnen des dritten Ausbildungsjahres regelmäßig genutzt wird.

Von jenen 47 SchülerInnen, welche sich einen Fitnessraum wünschen geben 17 Personen an, einen ausgezeichneten Gesundheitszustand zu haben, 26 Personen fühlen sich ziemlich gesund und 4 SchülerInnen geben an, eher keinen guten Gesundheitszustand zu haben. Von den 24 SchülerInnen die kein Interesse an einem Fitnessraum haben, fühlen sich 22 in einem ausgezeichneten bzw. guten Gesundheitszustand.

Kinder und Jugendliche verbringen einen Großteil ihrer Freizeit in sitzender Position. Vormittags sitzen sie bedingt durch den Schulbesuch, nachmittags aufgrund der Hausaufgaben bzw. weil für Prüfungen gelernt werden muss. Der Tag endet oft abends vor der Spielkonsole oder dem Fernseher (vgl. GRIEBLER / DÜR, 2007, S. 27-29).

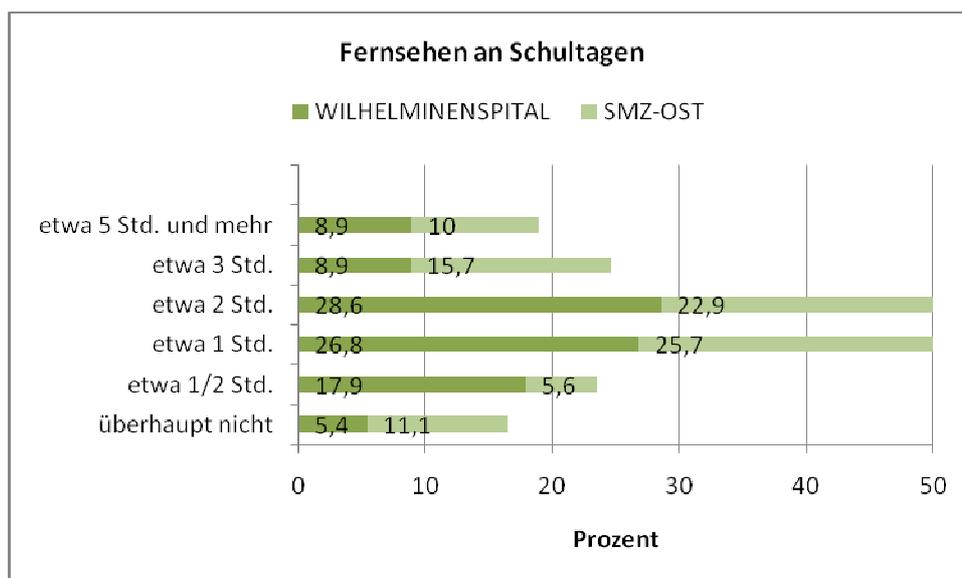


Abbildung 18: Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an Schultagen? N=125

(Chi-Quadrat: 8,246; df: 6; Sig: 0,221)

An Schultagen sitzen 28,6% der SchülerInnen des Wilhelminenspitals rund 2 Stunden vor den Fernsehgeräten bzw. vor der Spielkonsole. Im SMZ-Ost geben 25,7% der SchülerInnen an, dies nur etwa 1 Stunde zu tun. Obwohl die Ausbildung mit großem Zeit- und Lernaufwand verbunden

ist, finden in beiden Schulen etwa 10% der Befragten Zeit, mehr als 5 Stunden in ihrer Freizeit vor dem Fernseher zu verbringen.

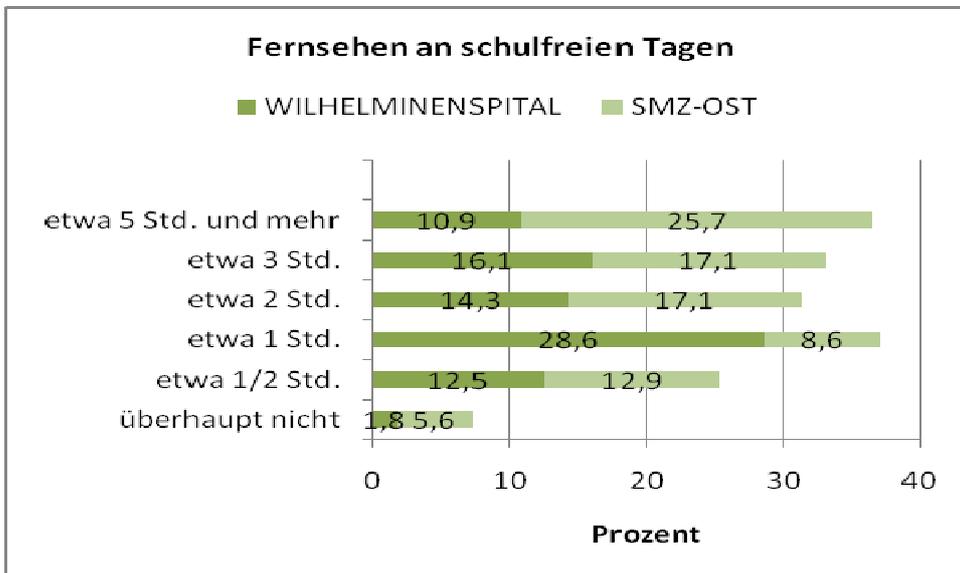


Abbildung 19: Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an schulfreien Tagen? N=125

(Chi-Quadrat: 12,259; df: 6; Sig: 0,056)

Wenig überraschend ist, dass der Wert an schulfreien Tagen ansteigt. Deutlich wird das bei den Angaben der SchülerInnen des SMZ-Ost wo die überwiegende Mehrheit (26%) angeben, mehr als 5 Stunden an schulfreien Tagen vor dem Fernseher oder der Spielkonsole zu verbringen. Im Wilhelminenspital verbringt der Großteil der SchülerInnen (28,6%) etwa 1 Stunde vor Fernseher oder Spielkonsole. Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests ist **signifikant** und spricht für einen Unterschied zwischen den beiden befragten Schulen. Die SchülerInnen des SMZ-Ost verbringen an schulfreien Tagen mehr Stunden vor dem Fernseher als die SchülerInnen des Wilhelminenspitals.

5.4.2 Rauchen

Rauchen zählt zu einem der größten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen. Darüber hinaus sind die in der Zigarette enthaltenen Tabakinhaltsstoffe oft für Erkrankungen der Atemwege, als auch für das Entstehen maligner (bösartiger) Tumorerkrankungen verantwortlich. Der österreichischen Bevölkerung sind diese Gefahren aufgrund der medialen Präsenz dieses Themas bekannt. Im HBSC-Survey 2006 (S.40) ist zu lesen, dass die überwiegende Mehrheit der erwachsenen RaucherInnen vor ihrem 18. Lebensjahr damit begonnen haben.

Die Hälfte der RaucherInnen, die in ihrer Jugend damit begonnen hat, stirbt vor dem Erreichen des 70. Lebensjahres (vgl. <http://www.univie.ac.at/lbimngs/berichte/factsheet1.pdf>. [Zugriff am 14.4.2009, 18:19]).

Die Schule spielt dabei europaweit eine problematische Rolle - ist sie der Ort, an dem die Jugendlichen am häufigsten rauchen. Daher lässt sich die Bedeutung und Wichtigkeit von Präventionsarbeit im Jugendalter besonders gut argumentieren.

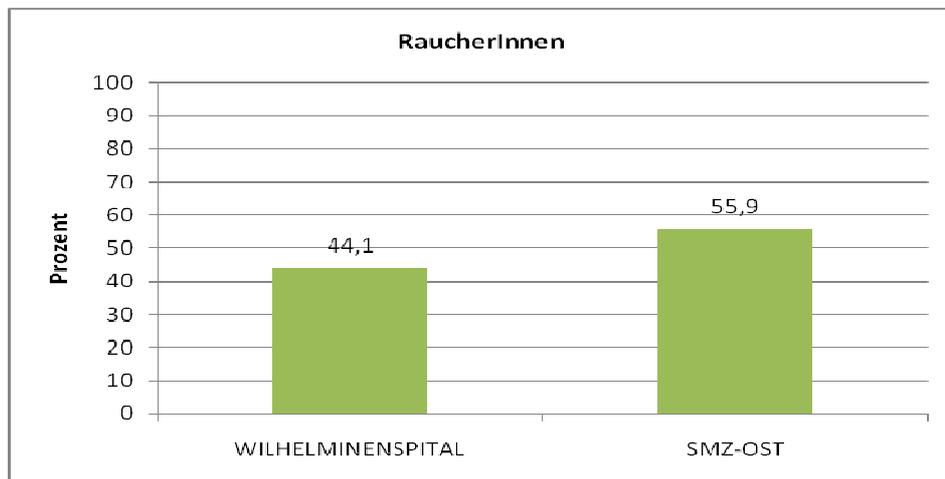


Abbildung 20: Rauchen Sie? N=126

(Chi-Quadrat: 1,828; df: 3; Sig: 0,609)

In der GuK-Schule Wilhelminenspital geben 44,1 % der befragten SchülerInnen an, dass sie rauchen. In der Schule SMZ-Ost sind 55,9 %

des dritten Ausbildungsjahres RaucherInnen. Obwohl hier mehr als die Hälfte rauchen, gibt es **keinen signifikanten Unterschied** hinsichtlich der Anzahl der RaucherInnen zwischen den beiden Schulen. Zwei Personen machten keine Angabe.

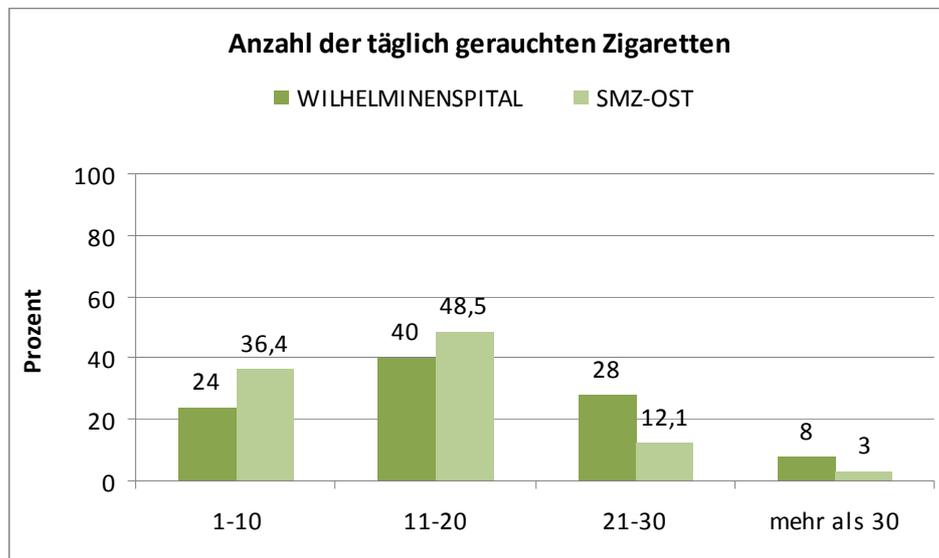


Abbildung 21: Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? N=58

(Chi-Quadrat: 3,499; df: 3; Sig: 0,321)

Im Wilhelmenspital rauchen 24% der RaucherInnen zwischen 1 und 10 Zigaretten pro Tag. Exakt 40% geben an, dass sie zwischen 11 und 20 Zigaretten rauchen. In diese Gruppe fällt die Mehrheit der RaucherInnen. Lediglich 8%, das entspricht zwei Nennungen, rauchen mehr als 30 Zigaretten pro Tag. Bezüglich der konsumierten Zigarettenmenge gibt es **keinen signifikanten Unterschied** zwischen den beiden Schulen.

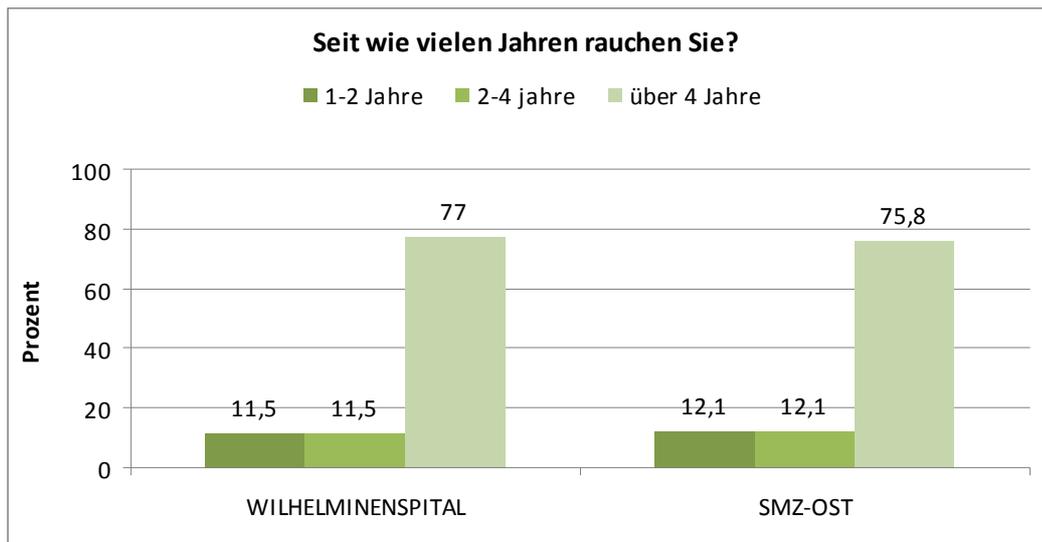


Abbildung 22: Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? N=59

(Chi-Quadrat: 0,011; df: 2; Sig: 0,995)

Über drei Viertel der Befragten in beiden Schulen rauchen seit über 4 Jahren. Das bedeutet, dass diese Personen bereits vor dem Eintritt in die Schulen zu rauchen begonnen haben. Aber 11,5% der SchülerInnen im Wilhelminenspital und 12,1% im SMZ-Ost rauchen erst seit 1-2 Jahren. Das bedeutet, dass sie erst während der Ausbildung damit begonnen haben. Diejenigen, welche seit 2-4 Jahren rauchen könnten sowohl vor dem Schulbeginn damit begonnen haben, aber auch erst während der Ausbildung. Hier ist **kein signifikanter Unterschied** zwischen den Schulen festzustellen.

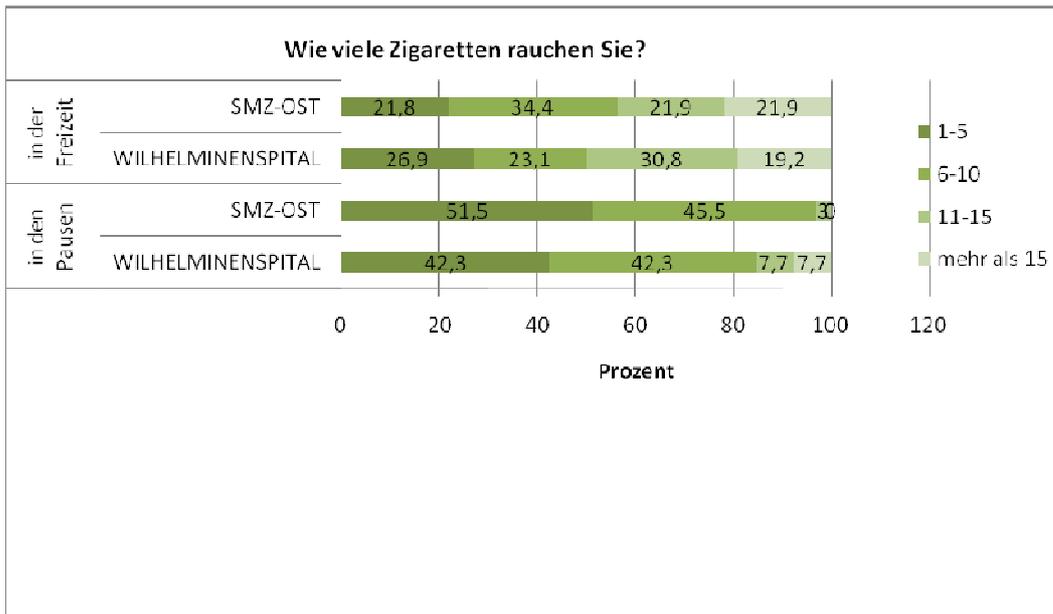


Abbildung 23: Wie viele Zigaretten rauchen Sie in den Pausen und wie viele in der Freizeit? N=59

(Rauchen in Pausen: Kontingenzkoeffizient: 0,235; Sig: 0,327;

Rauchen in Freizeit: Kontingenzkoeffizient: 0,146; Sig: 0,738)

In beiden Schulen besteht innerhalb des Schulgebäudes während der Unterrichtszeiten Rauchverbot. Es gibt eigene Raucherinseln für die RaucherInnen. Die Schule am Wilhelminenspital verfügt über ein Wohnheim, wo nach den offiziellen Unterrichtszeiten die Möglichkeit besteht, in eigens dafür vorgesehen Raucherzimmern zu rauchen.

Aus der Erhebung geht hervor, dass in beiden Schulen die Mehrheit der Befragten 1-5 Zigaretten in den Pausen rauchen. Im Wilhelminenspital geben das 42, % der RaucherInnen an, im SMZ-Ost tun dies 51,5%. In beiden Schulen konsumieren 42% der befragten RaucherInnen 6-10 Zigaretten in den Pausen. Mehr als 15 Stück rauchen 7,7% im Wilhelminenspital und niemand im SMZ-Ost. Auch geben 7,7% im Wilhelminenspital an, in den Pausen 11-15 Zigaretten zu rauchen, im SMZ-Ost tun dies nur 3%. Bei einer Signifikanz von 0,327% gibt es zwischen den beiden Schulen **keinen signifikanten Unterschied** hinsichtlich des Rauchkonsums in den Pausen.

Hinsichtlich des Zigarettenkonsums in der Freizeit zeigt sich, dass von etwa 31 % der RaucherInnen im Wilhelminenspital täglich 11-15 Zigaretten konsumiert werden. Im SMZ-Ost raucht ein Drittel der befragten RaucherInnen täglich 6-10 Zigaretten. In beiden Schulen geben knapp 20% der RaucherInnen an, mehr als 15 Zigaretten in der Freizeit zu konsumieren. Diese Daten zeigen, dass anscheinend aufgrund der kurzen Pausenzeiten in denen Zigaretten geraucht werden können, ein „Nachholbedarf“ in der Freizeit besteht. Es kommt zu einer Umverteilung: In beiden Schulen geben etwa 20% der SchülerInnen an, mehr als 15 Zigaretten in der Freizeit zu rauchen. 11-15 Zigaretten rauchen 31% der SchülerInnen im Wilhelminenspital und 22 % im SMZ-Ost. Auch hier gibt es zwischen den beiden Schulen **keinen signifikanten Unterschied**.

Das Ergebnis zeigt sehr deutlich, dass das bestehende Rauchverbot nicht die gewünschte Wirkung zeigt. Obwohl die SchülerInnen beider Schulen kognitiv viel über die Schädlichkeit des Tabakkonsums wissen und in den diversen Unterrichtsgegenständen diesbezüglich aufmerksam gemacht werden, wird das Verhalten nicht verändert. Nachdem 75% der Befragten beider Schulen seit über 4 Jahre rauchen, kann davon ausgegangen werden, dass es bereits zu einer physischen als auch psychischen Abhängigkeit gekommen ist und eine Entwöhnung nicht allein durch kognitive Aufklärung erreicht werden kann.

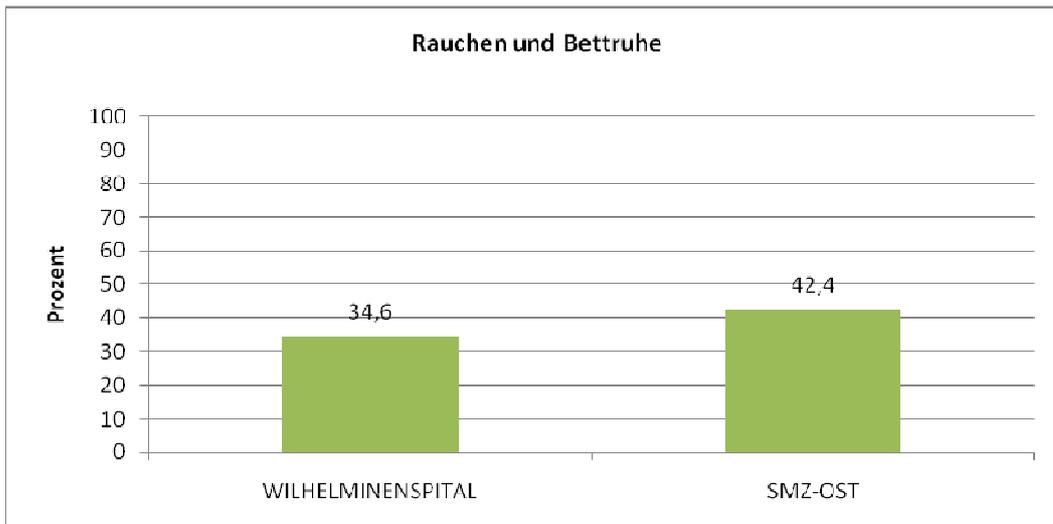


Abbildung 24: Kommt es vor dass Sie rauchen, obwohl Sie so krank sind, dass Sie den ganzen Tag im Bett verbringen müssten? N=59

(Chi-Quadrat: 0,373; df: 1; Sig: 0,541)

Im SMZ-Ost geben 42,4 % der RaucherInnen an dass sie rauchen, obwohl sie so krank sind, dass sie im Bett bleiben müssen. Im Wilhelminenspital tun die 34,6 % der RaucherInnen. Bei einer Signifikanz von 0,541 bedeutet dies, dass es **keinen Unterschied** zwischen den beiden Schulen gibt.

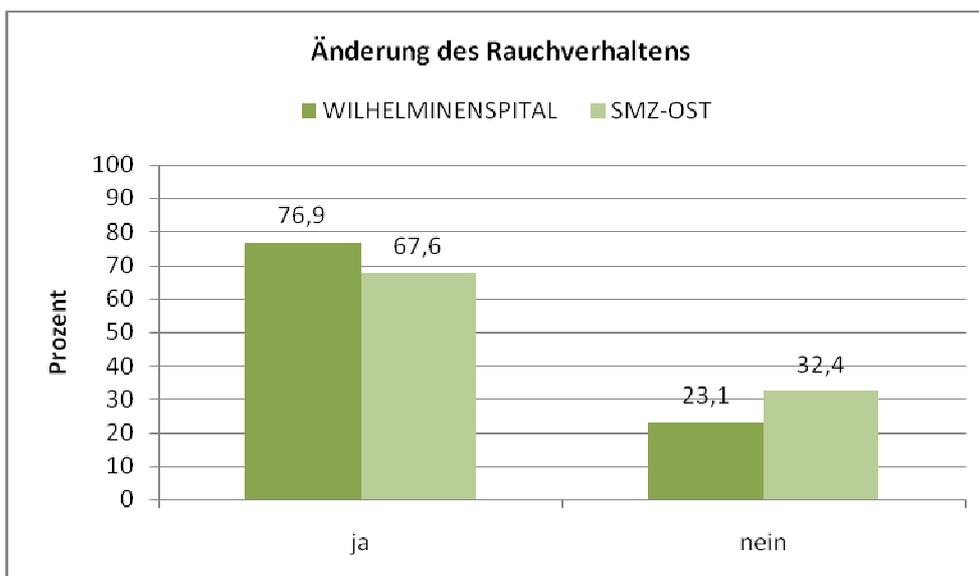


Abbildung 25: Hat sich Ihr Rauchverhalten während Ihrer derzeitigen Ausbildung verändert? N=59

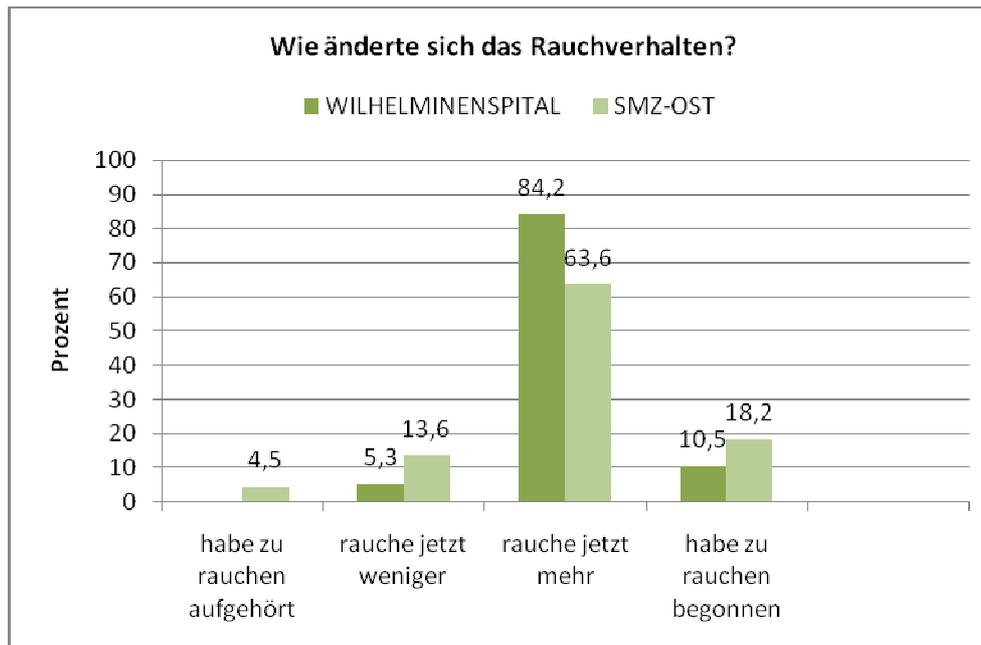
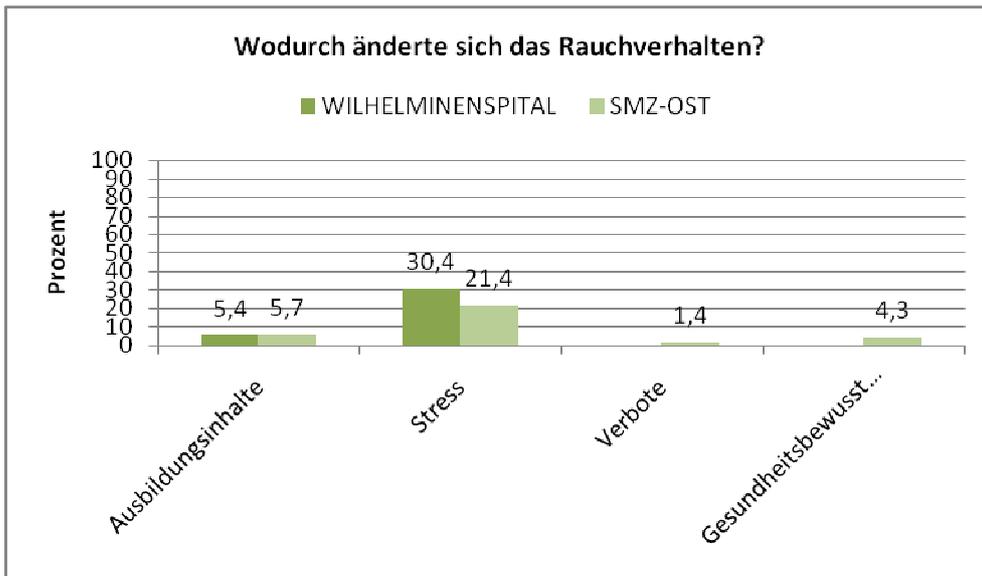


Abbildung 26: Wie hat sich Ihr Rauchverhalten verändert? N=59

Bei 76,9 % der SchülerInnen aus dem Wilhelminenspital änderte sich das Rauchverhalten während der Ausbildung, bei 67,6 % im SMZ-Ost. Eine Änderung fand hinsichtlich der konsumierten Menge an Zigaretten statt. 63,6 % der Befragten im SMZ-Ost rauchen mehr als zu Beginn der Ausbildung, 18,2 % haben überhaupt erst während der Schulausbildung damit begonnen. Im Wilhelminenspital geben sogar über 76 % an mehr zu rauchen, wobei lediglich 10,5 % mit dem Schuleintritt zu rauchen begonnen haben.



**Abbildung 27: Was hat Sie dazu bewogen, Ihr Rauchverhalten zu ändern?
N=59**

Die SchülerInnen beider Schulen geben Stress als Hauptursache für ein verändertes Rauchverhalten an. Die Ausbildungsinhalte als auch eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins werden von nicht einmal 6 % der befragten Personen als Grund genannt. Ein Rauchverbot im Schulgebäude während der Unterrichtszeiten (welches in beiden zu untersuchenden Schulen gilt) wird im SMZ-Ost von 1,4 % genannt, im Wilhelminenspital gab es diesbezüglich keine Nennung. Dieses Ergebnis deckt sich mit der in der Arbeit zitierten Literatur, dass Verbote zu keiner nachhaltigen Verhaltensänderung und in weiterer Folge zu keiner Bewusstseinsänderung führen.

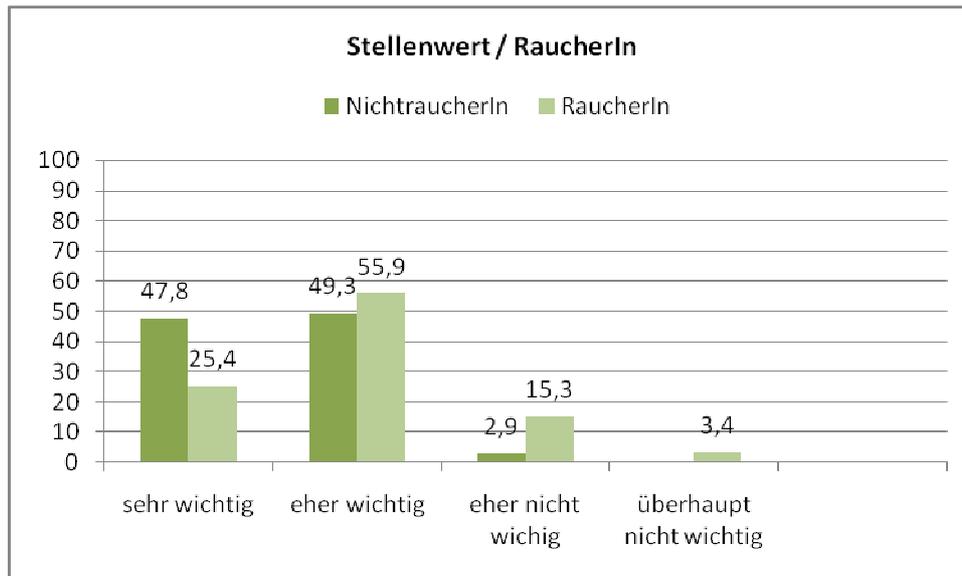


Abbildung 28: Kreuztabelle zum Stellenwert gesundheitsfördernder Maßnahmen und RaucherInnen / NichtraucherInnen beider Schulen, N=128
(Chi-Quadrat: 12,515; df: 3; Sig: 0,006)

Etwa 48% aller NichtraucherInnen beider Schulen sehen gesundheitsfördernde Maßnahmen als „sehr wichtig an“ bzw. findet die Hälfte aller NichtraucherInnen diese Maßnahmen als „sehr wichtig“. Bei den RaucherInnen sind 81,3% davon überzeugt. 18,7% der RaucherInnen sind der Ansicht, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen für sie „eher nicht wichtig“ bzw. „überhaupt nicht wichtig“ sind. Es gibt einen **signifikanten Unterschied** zwischen den RaucherInnen und NichtraucherInnen hinsichtlich der Einstellung zu gesundheitsfördernden Maßnahmen. RaucherInnen geben eher an, dass diese Maßnahmen „nicht wichtig“ sind.

Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests ist **hoch signifikant** und spricht für einen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Obwohl 25 % Zellenhäufigkeit besteht, kann trotzdem angenommen werden, dass das Ergebnis signifikant ist, da es ein zu erwartendes ist.

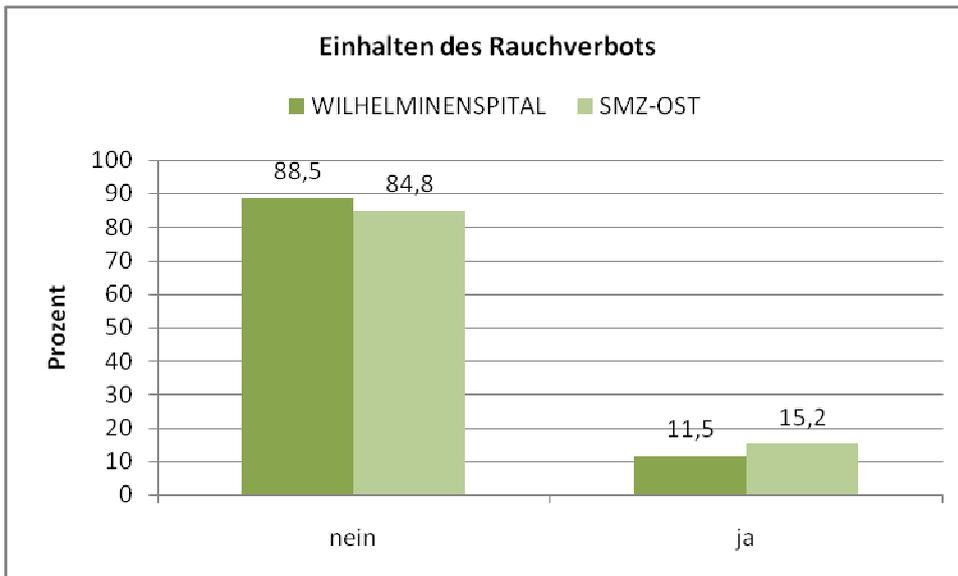


Abbildung 29: Fällt es Ihnen schwer an Orten, an denen Rauchverbot besteht nicht zu rauchen? N=59

Im Wilhelminenspital gibt es 26 Personen im dritten Ausbildungsjahr, welche sich als RaucherInnen deklariert haben. Davon sind 88,5 % (23 Personen) der Meinung, dass es ihnen nicht schwer fällt ein bestehendes Rauchverbot einzuhalten. Im SMZ-Ost sind 84,8 % der insgesamt 33 RaucherInnen dieser Meinung. Lediglich 11,5 % der RaucherInnen im Wilhelminenspital und 15,2 % im SMZ-Ost fällt es schwer, sich an ein bestehendes Rauchverbot zu halten. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die RaucherInnen beider Schulen keine Schwierigkeiten haben in öffentlichen Gebäuden wie z. B. Arztpraxen, Kinos, öffentlichen Verkehrsmitteln etc. ein bestehendes Rauchverbot einzuhalten. An diesen Orten hält man sich üblicherweise für die Dauer eines begrenzten und überschaubaren Zeitraums auf. Ursache dafür könnte sein, dass das Thema Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden ständig in den Medien präsent ist und sukzessive ausgeweitet wird. Es könnte zu einer Akzeptanz bei den RaucherInnen gekommen sein und diese Verbote dadurch leichter angenommen werden.

5.4.3 Ernährung

Laut den aktuellen Ergebnissen des Österreichischen Ernährungsberichts 2008 hat sich die Situation zum Jahr 2006 nicht wesentlich verändert. Die Ernährung der Jugendlichen ist nach wie vor zu fetthaltig und reich an gesättigten Fettsäuren. Auch zeigt sich ein starker Konsum von tierischen Proteinen und Kohlenhydraten. Einen Mangel gibt es im Verzehr von Ballaststoffen und mehrfach ungesättigten Fettsäuren (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2009, S. 22).

Aber neben einer ausgewogenen Ernährung kommt auch der regelmäßigen Nahrungsaufnahme eine wichtige Rolle zu. SchülerInnen beider Schulen haben die Möglichkeit in ihrer Mittagspause einen Speisesaal aufzusuchen, um dort kostengünstig zu essen.

Das Frühstücksverhalten soll einen wichtigen Indikator für einen gesunden Lebensstil darstellen, da es ohne Frühstück zu einer verminderten Leistungsfähigkeit kommen kann und sich die Gefahr von „ungesunden“ Zwischenmahlzeiten erhöhen kann. Daher lassen sich in HBSC-Fragebogen Items finden, welche das Frühstücksverhalten abfragen (vgl. DÜR, 2008, S. 35).

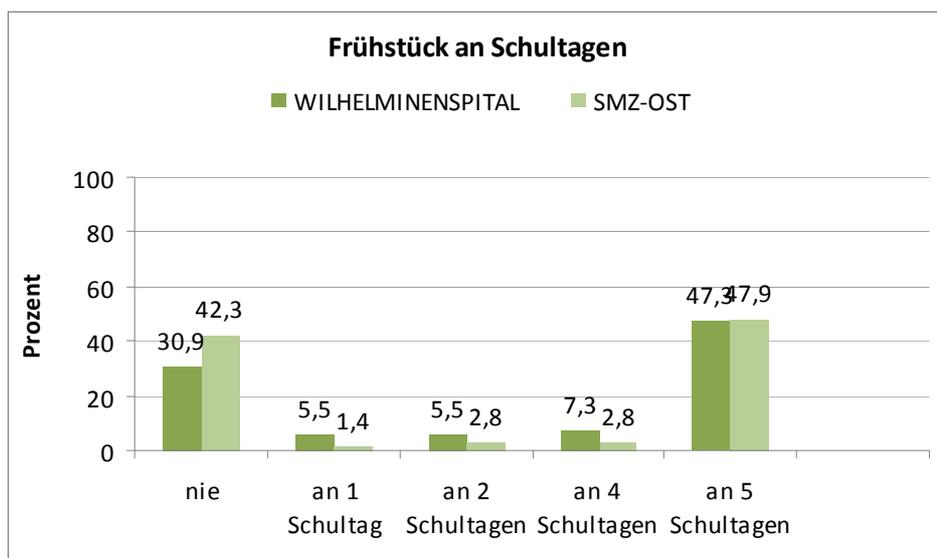


Abbildung 30: Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an Schultagen? N=126

(Chi-Quadrat: 4,571; df: 5; Sig: 0,470)

In beiden Schulen frühstücken beinahe 50 % der SchülerInnen an allen 5 Tagen der Schulwoche. Im SMZ-Ost ist die Gruppe derer, welche nie frühstücken beinahe genauso groß (42,3 %). Im Wilhelminenspital geben hingegen 30,9 % an, an keinem Schultag zu frühstücken. Ein geringerer Prozentsatz konsumiert ein Frühstück an 1-4 Schultagen. Die SchülerInnen des Schülerwohnheims am Wilhelminenspital sind für die Zubereitung ihres Frühstücks ebenso selbst verantwortlich wie die externen SchülerInnen. Wenn das Frühstück als Indikator für einen gesunden Lebensstil und vorhandene Leistungsfähigkeit gesehen wird, muss gesagt werden, dass ca. ein Drittel der befragten SchülerInnen beider Schulen, einen „ungesunden Lebensstil“ führen bzw. die Leistungsfähigkeit darunter leiden könnte.

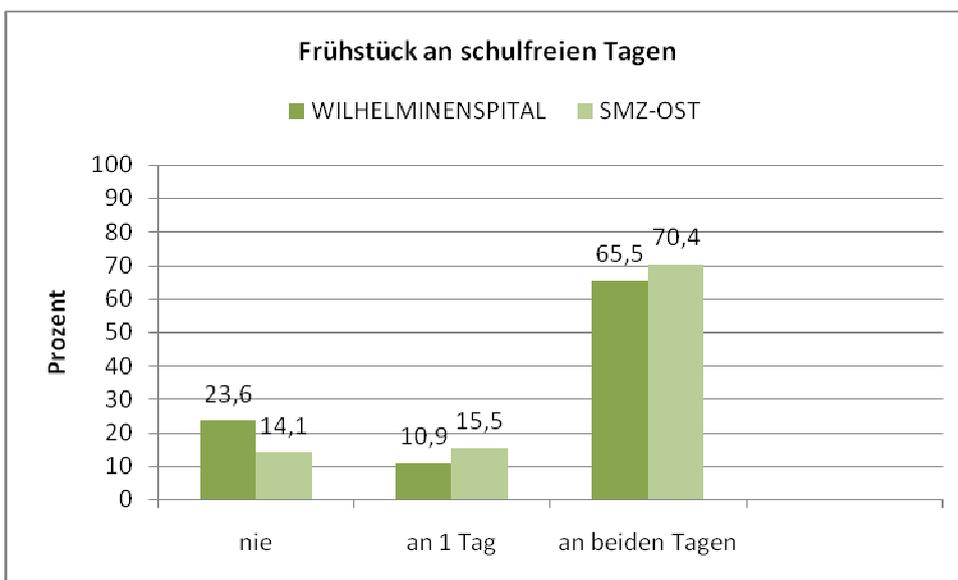


Abbildung 31: Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an schulfreien Tagen? N=126

(Chi-Quadrat: 2,144; df: 2; Sig: 0,342)

An schulfreien Tagen (darunter sind vorwiegend das Wochenende und die Ferien zu verstehen) frühstückt die überwiegende Mehrheit an beiden Tagen (65,5 % im Wilhelminenspital und 70,4 % im SMZ-Ost). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass beinahe alle SchülerInnen das

Wochenende im Kreise ihrer Familie verbringen und dafür gerne Zeit investiert wird. Ein Prozentsatz von 23,6 % im Wilhelminenspital und 14,1 % im SMZ-Ost frühstücken auch an schulfreien Tagen nicht. Da das Wochenende der Erholung und Regeneration gilt, könnte es durchaus möglich sein, dass SchülerInnen einen vorhandenen Schlafmangel kompensieren und erst um die Mittagszeit aufwachen.

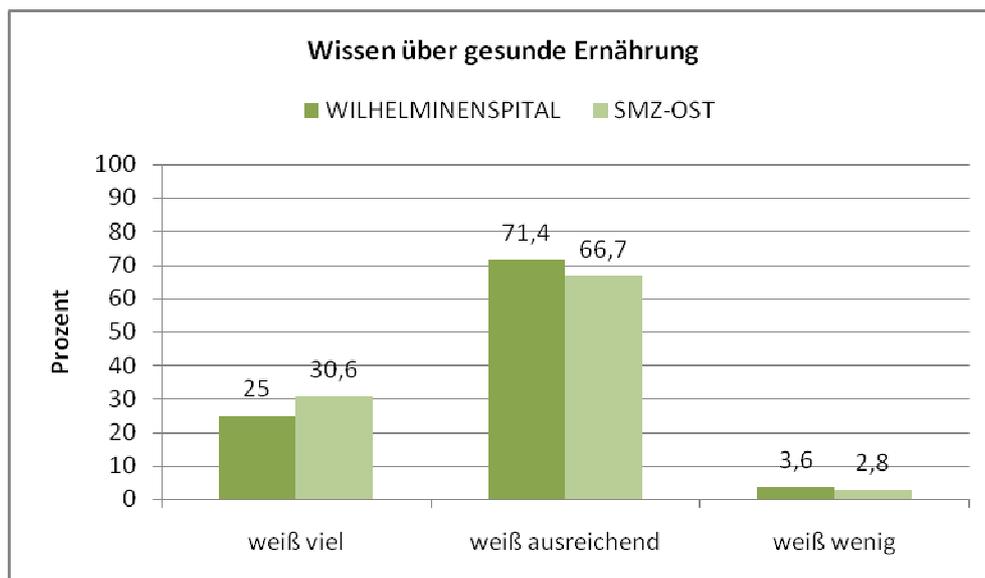


Abbildung 32: Wie schätzen Sie Ihr Wissen über gesunde Ernährung ein? N=128

Bei der Frage zum Wissen über gesunde Ernährung gibt in beiden Schulen die Mehrheit der befragten SchülerInnen an, ausreichend oder sehr viel über dieses Thema zu wissen. Im Hinblick auf das Ausbildungscurriculum, wo Inhalte zu gesunder Ernährung in vielen Unterrichtsgegenständen zu finden sind, ist das Ergebnis zu erwarten. Trotzdem ist in beiden Schulen ein geringer Teil der SchülerInnen der Meinung, wenig darüber zu wissen.

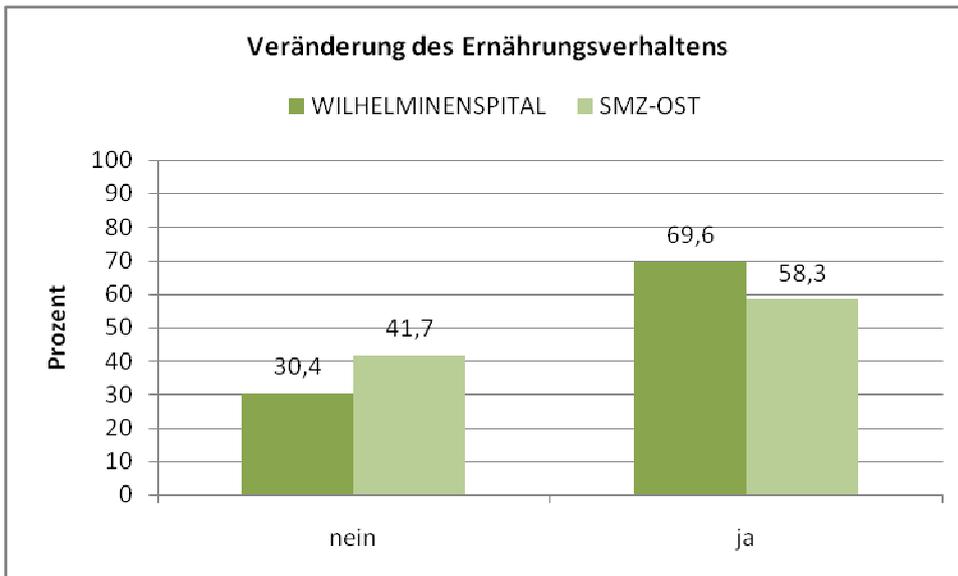


Abbildung 33: Hat sich Ihr Ernährungsverhalten verändert, seit Sie in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule die Ausbildung machen? N=128 (Chi-Quadrat: 1,734; df: 1; Sig: 0,188)

In der dreijährigen Ausbildung hat sich im Wilhelminenspital für fast 70 % der Befragten ihr Ernährungsverhalten verändert, in der Schule SMZ-Ost für 58,3 %. Inwieweit es zu einer Veränderung gekommen ist, zeigt die untere Abbildung.

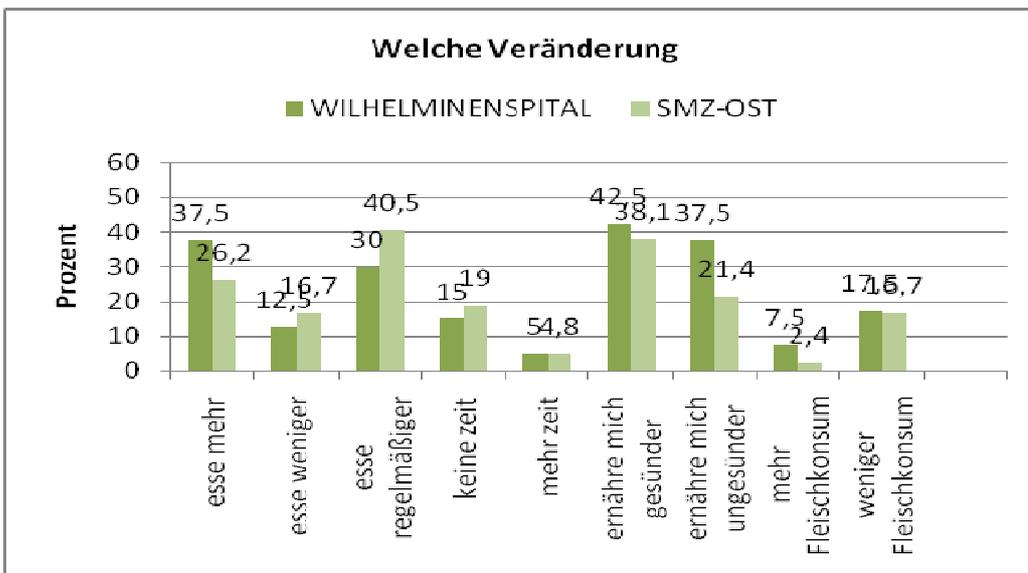


Abbildung 34: In welcher Form hat sich Ihr Ernährungsverhalten verändert? N=128

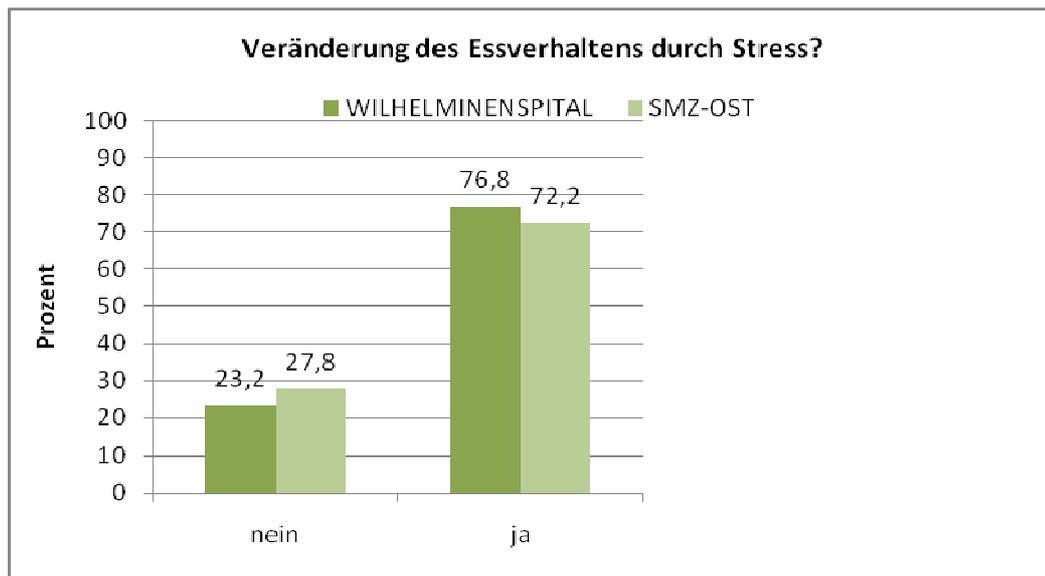


Abbildung 35: Änderung des Essverhaltens an stressreichen Tagen? N=128
(Chi-Quadrat: 0,343; df: 1; Sig: 0,558)

Zwischen diesen beiden Variablen gibt es **keinen signifikanten Unterschied**. In beiden Schulen kommt es aufgrund von Stresssituationen zu einer Veränderung des Essverhaltens. Inwiefern sich dieses verändert zeigt die nachfolgende Tabelle.

	Frequency	Percent	Valid Percent
keine Anmerkung	36	28,1	28,1
Fast Food, Fertigprodukte	4	3,1	3,1
gezielteres Essen	1	,8	,8
Heißhunger	2	1,6	1,6
kein Hungergefühl	6	4,7	4,7
mehr essen	8	6,3	6,3
mehr Kaffee, Red Bull	2	1,6	1,6
mehr Obst und Gemüse	1	,8	,8
mehr und ungesünder essen	6	4,7	4,7
nichts essen	3	2,3	2,3
Süßigkeiten	15	11,7	11,7
ungesünder essen	6	4,7	4,7
unregelmäßiges / unkontrolliertes Essen	9	7,0	7,0
vor Prüfung nichts - nachher zu viel	2	1,6	1,6

vorher Süßigkeiten, nachher Schnitzel	1	,8	,8
weniger essen	23	18,0	18,0
weniger und ungesundes Essen	2	1,6	1,6
weniger und unregelmäßiges Essen	1	,8	,8
Total	128	100,0	100,0

Die meisten Nennungen finden sich bei „weniger essen“ und dass aufgrund des Stress vermehrt zu Süßigkeiten gegriffen wird. Ebenso ist der Tabelle zu entnehmen, dass sich das Essverhalten bei SchülerInnen in die Richtung verändert, dass sie mehr und ungesünder essen.

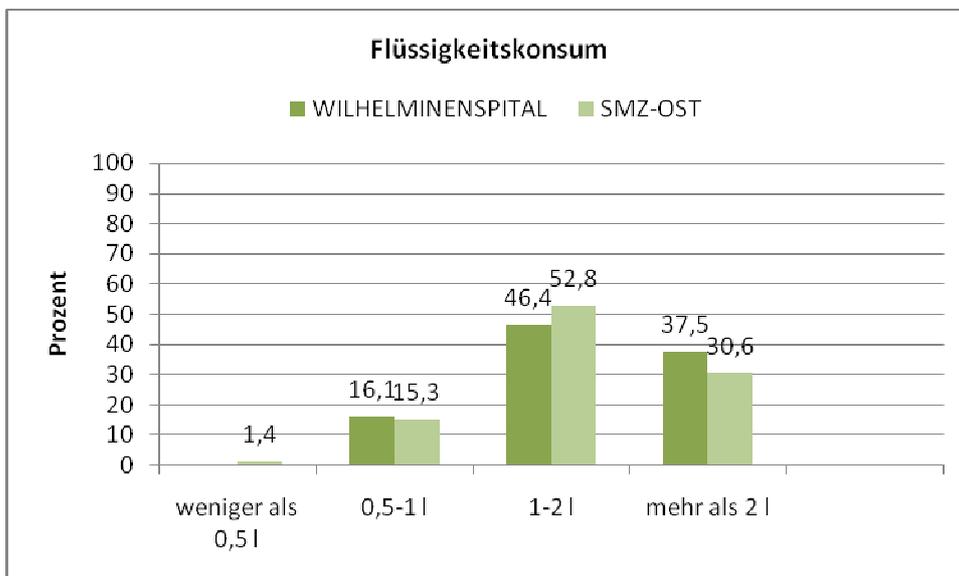


Abbildung 36: Wie viel Flüssigkeit trinken Sie durchschnittlich pro Tag? (Kaffee und Alkohol zählen nicht) N=128

Der von ErnährungswissenschaftlerInnen und MedizinerInnen empfohlene tägliche Flüssigkeitsbedarf richtet sich nach dem Alter. Menschen in der Altersgruppe zwischen 19-25 Jahren sollen eine Tagestrinkmenge von 2400 ml, jene zwischen 26-50 Jahren 2300 ml konsumieren (vgl. BIESALSKI et al., 2004, S. 217). Im Hinblick auf Gesundheitsförderung wird in beiden Schulen das Konsumieren von Flüssigkeiten während des

Unterrichts forciert. Der Verzehr von Speisen ist auf die Pausen zu verlegen.

Hypothesenprüfung

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Schulen wurden in folgenden Bereichen festgestellt:

- **Wissen**

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der besuchten Schule und der Aufklärung über die Schädlichkeit von Tabakkonsum. SchülerInnen der GuK-Schule am Wilhelminenspital wurden in mehr Unterrichtsgegenständen auf die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum aufmerksam gemacht als SchülerInnen der GuK-Schule am SMZ-Ost. Bezüglich der Frage, ob es an der besuchten Schule Projekte oder schulautonome Veranstaltungen zum Thema Gesundheit gibt war das Ergebnis hoch signifikant. Deutlich mehr SchülerInnen des Wilhelminenspitals gaben an, dass an ihrer Schule Projekte bzw. schulautonome Veranstaltungen zum Thema Gesundheit durchgeführt werden.

Daraus resultierend muss die Hypothese zur Unabhängigkeit verworfen werden.

- **Bewegung**

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der besuchten Schule und der vor dem Fernseher oder Spielkonsole verbrachten Stunden. Signifikant mehr SchülerInnen aus dem SMZ-Ost verbringen ihre Freizeit an schulfreien Tagen vor dem Fernseher oder der Spielkonsole, als dies die SchülerInnen des Wilhelminenspitals tun.

Daraus resultierend muss die Hypothese zur Unabhängigkeit verworfen werden.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Aufgrund einer intensiven Auseinandersetzung mit der bestehenden Literatur drängt sich folgende Annahme auf: Gesundheitsförderung kann nicht ein individueller Ansatz sein, sondern sie muss im Setting erfolgen. Verhaltensweisen zu übernehmen oder altbewährte Verhaltensmuster zu verändern ist ein Prozess, in welchem viele Einflussfaktoren zusammenwirken. Das Setting Schule ist meist gekennzeichnet durch klare, teilweise rigide Rahmenbedingungen. Die Veränderung von bestehenden Strukturen, wie Schulumwelt und Schulklima, wird sich daher über einen langen Zeitraum erstrecken, ebenso wie die aktive Einbeziehung des gesamten LehrerInnenteams in die Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Letzteres ist unumgänglich, wenn die Umsetzung von Projekten erfolgreich sein soll. Wie bereits im Kapitel Gesundheitsaufklärung / Gesundheitsberatung erwähnt, kommt dieser Personengruppe eine tragende Rolle im „Lernen am Modell“ zu.

Konkret würde das bedeuten, dass in einer gesundheitsfördernden Schule vor allem die LehrerInnen als Vorbild fungieren müssten und bzgl. dem Rauchen, Bewegung und Ernährung hier deutliche Akzente setzen sollten. Die Vorstellung der WHO darüber, wie eine gesunde Schule funktionieren soll, deckt sich nicht mit der Realität. Vom LehrerInnenteam müsste ansonsten erwartet werden, nicht zu rauchen, sich gesund zu ernähren und die SchülerInnen bzgl. sportlicher Aktivitäten zu animieren. Dass diese Forderung kaum durchführbar ist, scheint verständlich. Trotzdem sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass „Lernen am Modell“ bei Kindern und Jugendlichen eine hohe Erfolgsrate vermuten lässt.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Ist-Analyse und bietet keine Lösungsansätze an. Die forschungsleitenden Fragen wurden beantwortet, wenn gleich sich diese nicht mit den Erwartungen der Autorin decken. Im Hinblick auf die Ergebnisse wäre es sinnvoll, in einer weiterführenden Arbeit, die in der Literatur zahlreich beschriebenen Modelle zur Verhaltensänderung näher zu betrachten und in der Praxis zu testen.

Überlegungen sollten dahingehend angestellt werden, welches Modell sich für den speziellen Schultyp einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule am besten eignet. Dabei muss besonderes Augenmerk auf die große Altersspanne der SchülerInnen in diesem Schultyp gelegt werden. Dies kann bei der Umsetzung von Verhaltensänderungsmodellen eine besondere Herausforderung darstellen. Der Stellenwert der Praktikumsstellen und deren Bedeutung in ihrer Vorbildfunktion müssten ebenso in die Überlegungen miteinbezogen werden.

Obwohl Gesundheit ein mehrdimensionaler Begriff ist, wurde im Fragebogen weder das subjektive Erleben des Schulalltags, noch die seelische / psychische Gesundheit der SchülerInnen erhoben, sondern der Fokus ausschnittsweise auf physisches Verhalten in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Rauchen gelegt. Die Förderung der seelischen Gesundheit sollte aber Bestandteil jedes gesundheitsfördernden Projekts sein. Stressbewältigung, Stärkung des Selbstwertgefühls und Zufriedenheit haben eine große Auswirkung auf die Gesundheit.

Aus den Ergebnissen geht deutlich hervor, dass die Vermittlung von Gesundheitswissen allein nicht ausreicht, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Der Großteil der Befragten gibt an, über ausreichendes Wissen zu verfügen. Betrachtet man parallel dazu die Ergebnisse beim gesundheitsfördernden Verhalten, ist dieser Schluss zulässig. Auch bei der Frage *„Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“* antwortete die überwiegende Mehrheit der SchülerInnen in beiden Schulen mit *„ausgezeichnet“* oder *„gut“* (91 % im Wilhelminenspital, 90,2 % im SMZ-Ost). Da sich entwicklungspsychologisch der „Gesundheitsbegriff“ erst im höheren Alter ändert, war dies ein zu erwartendes Ergebnis. Der Gesundheitszustand wird oftmals über das Vorhandensein von Schmerzen definiert. Bei Nichtvorhandensein von Symptomen fühlt sich der/die Betroffene oft gesund. Dieser Faktor kann das erfolgreiche Implementieren gesundheitsfördernder Maßnahmen erheblich erschweren.

Programme zur Verhaltensänderung müssen langfristig angelegt werden und das gesamte Setting mit ein beziehen. Es ist unmöglich „langfristig“ in Jahren zu definieren. Die Benutzung des Fitnessraums ist seit 2005 möglich, Rauchverbot besteht seit dem Herbst 2004. Dennoch zeigen sich in der Datenauswertung im gesundheitsfördernden Verhalten nicht die gewünschten Erfolge. Lediglich ein Viertel der Befragten beider Schulen betreibt regelmäßig Sport. Der schuleigene Fitnessraum wird nur von knapp 15% der SchülerInnen des dritten Ausbildungsjahrs im Wilhelminenspital benutzt.

Betreffend **Tabakkonsum** geht aus der Datenauswertung hervor, dass beinahe die Hälfte der SchülerInnen des dritten Ausbildungsjahrs beider Schulen rauchen. Im Wilhelminenspital sind es 44,1 %, im SMZ-Ost sogar 55,9 % der befragten Personen. Hinsichtlich der Anzahl der gerauchten Zigaretten gibt es keinen signifikanten Unterschied. In beiden Schulen haben trotz gesundheitsfördernder Maßnahmen über 11 % erst während der Ausbildung mit dem Rauchen begonnen. Nachdem die größte Gruppe die der 18-25jährigen ist, kann von einer großen Bedeutung der Peer Groups ausgegangen werden. In Anlehnung an PALMONARI (1990), haben Peers auch bei Erwachsenen bzw. Pubertierenden einen noch sehr hohen Stellenwert. Die „Raucherinsel“ im Freien stellt einen gern benutzten Kommunikationstreffpunkt für RaucherInnen dar. Rauchen erfüllt nicht nur den Zweck der Suchtbefriedigung, sondern darüber hinaus die Funktion der Kommunikation und der **Stressbewältigung**. Das lässt den Umkehrschluss zu, dass Rauchen für die psychische Gesundheit durchaus „gesund“ sein kann.

Dass die Ausbildung Auswirkung auf das Rauchverhalten hat, geht aus folgenden Daten hervor: 84,2 % der WilhelminenspitalschülerInnen und 63,6 % derer im SMZ-Ost geben an, seit Ausbildungsbeginn mehr zu rauchen als vorher. Als Grund dafür geben 30,4 % im Wilhelminenspital und 22,4 % im SMZ-Ost **Stress** an. Oft haben ältere SchülerInnen bereits eine Berufslaufbahn hinter sich und haben sich aus unterschiedlichen Gründen entschieden, einen Berufswechsel zu vollziehen. Dieser ist meist an große Verzichtse und ein hohes Maß an Organisationstalent gekoppelt,

um Familie und Ausbildung zu vereinbaren. Durch diese Doppelbelastung, mögliche Probleme in den Praktikumsstellen und den dadurch entstehenden Stress kann auf die Zigarette nicht verzichtet werden, obwohl deren Schädlichkeit bekannt ist. Eine Möglichkeit zur Problemlösung könnten angebotene Raucherentwöhnungsseminare sein, welche betroffene SchülerInnen **gemeinsam** besuchen.

Eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Schulalltag ist der Lehrplan. In der Ausbildung zur „allgemeinen diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger“ ist der Unterrichtsgegenstand „Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung“ im Curriculum bereits verankert. Sieht man sich die Ergebnisse der Befragung an, wird deutlich, dass dies offensichtlich nicht reicht. Eine Unterrichtsdauer von 40 Stunden pro Woche mit Anwesenheitspflicht, davon zwei Mal bis 17:15 und an zwei Tagen bis 16:15 kann nicht als gesundheitsfördernd angesehen werden, vor allem auch deswegen nicht, da die SchülerInnen die meiste Zeit davon sitzend in geschlossenen Räumen verbringen.

Ungünstige Bedingungen, Strukturen bzw. soziale Bezüge in denen SchülerInnen täglich arbeiten, gehören verändert. Denkt man an die Ausstattung der Hörsäle und LehrerInnenbüros, in welchen sich ergonomische Möbel befinden, an die rauchfreie Schule und den Fitnessraum, ist diesbezüglich in der GuK-Schule Wilhelminenspital bereits vieles umgesetzt worden.

Aufgrund der vorwiegend sitzenden Haltung der SchülerInnen könnte angenommen werden, dass der natürliche Bewegungsdrang Auslöser für sportliche Aktivitäten ist. Im Wilhelminenspital betreiben 25,5 % der SchülerInnen keinen Sport, im SMZ-Ost sind es 23,6 %. Von jenen, welche Sport betreiben, geben im Wilhelminenspital 23,64 % an zu laufen, und 20,83 % der SchülerInnen aus dem SMZ-Ost betreiben diese Sportart ebenfalls.

Die Nutzung des schuleigenen Fitnessraums ist kostenlos. Die SchülerInnen müssen das Schulgebäude nicht verlassen und dieser ist

auch bei jedem Wetter benutzbar. Trotzdem wird dieser lediglich von 14,3 % bzw. acht SchülerInnen von 56 des dritten Ausbildungsjahrs aus dem Wilhelminenspital genutzt. Von jenen 53,6 % die dies nicht tun, geben 17,9 % an, dass sie keine Zeit dafür zur Verfügung haben, bei 14,3 % fehlt die **Motivation**. Hier könnte Gesundheitsförderung durch das Nutzen von Peer Groups zielführend sein. Regelmäßige „Lauftreffs“, ein organisierter „Lauftag“ oder „Bodybuildingeinheiten“ wären denkbar. Auch könnte das Anbieten von Mieträdern eine Möglichkeit sein, SchülerInnen dazu zu bewegen, kürzere Strecken mit dem Fahrrad zurückzulegen. Der Anstoß zu dieser Maßnahme müsste bei fehlender Motivation freilich von den LehrerInnen kommen, und diese auch im Sinne der Vorbildwirkung aktiv dabei sein.

Die Ergebnisse der Datenauswertung betreffend Ernährung zeigen deutlich, dass auch hier Handlungsbedarf besteht. Vor allem an stressreichen Schultagen geben die SchülerInnen an, mehr zu essen. Darüber hinaus greifen sie vermehrt zu „ungesunden“ Lebensmitteln wie Süßigkeiten und Fast Food. Gesunde Ernährung kann aktiv gefördert werden z.B. durch das Anbieten von Obst, mindestens einmal wöchentlich und das Aufstellen eines Trinkbrunnens, welcher für jeden leicht zugänglich ist.

Organisatorische Rahmenbedingungen lassen sich oft nur schwer verändern. Gesundheitsförderung kostet **Geld** – aus diesem Grund sind gesundheitsfördernde Projekte oder Maßnahmen oft bereits zu Beginn zum Scheitern verurteilt. Aufgrund der Datenauswertung kann behauptet werden, dass die SchülerInnen zu wenig Bewegung machen, sich ungesund ernähren und zu viel rauchen. Um ihnen Alternativen anbieten zu können, würden sich z. B. Outdooraktivitäten eignen. Diese sind jedoch mit Kosten verbunden. SchülerInnen, welche Familie haben und vom Arbeitsmarktservice gefördert werden, können aus Kostengründen bei solchen Aktivitäten nicht immer mitmachen. Im Sinne der Gesundheitsförderung wäre aber gerade dies sehr wichtig.

Ein weiterer Schritt der bereits gesetzt wurde, ist der schulautonome Bereich. Dieser hat immer einen gesundheitsfördernden Schwerpunkt. Aber dieses Angebot allein kann nicht ausreichen. Im Schulleitbild GuK-Schule Wilhelminenspital finden sich viele Einträge zur SchülerInnen- und LehrerInnengesundheit. Um in Klassenräumen eine Atmosphäre des Wohlfühlens erzeugen zu können, sind manchmal nur Kleinigkeiten nötig. Aber diese sind mit finanziellen Aufwendungen verbunden: sei es das Ausmalen einer Wand in motivierenden Farbtönen, oder das Aufstellen eines Zierbrunnens etc.

Um das Konzept der gesundheitsfördernden Schule im Setting implementieren zu können gilt es, im Vorfeld wichtige Punkte in den Bereichen **Finanzierung**, **Schulstruktur** bzw. Schulorganisation und **Pädagogik** abzuklären. Bis dato wird der Anschein erweckt, dass das System nicht immer die Wichtigkeit und Nachhaltigkeit der geplanten Maßnahmen erkennt bzw. versteht und sich gegen finanzielle Aufwendungen entscheidet. Doch die Zeit arbeitet für den Gedanken der Gesundheitsförderung – es braucht nur eine Menge an Geduld.

„In jedem Fall dürfte Gesundheitsförderung (..) zu den schwierigsten Gegenwartsproblemen und wichtigsten Zukunftsaufgaben zählen“ (BALZ, 1995, S. 136).

7 ABILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bereiche gesundheitsfördernder Aktivitäten.....	31
Abbildung 2: Modell des gesundheitlichen Bewusstseins nach BECKER, 1982.....	40
Abbildung 3: Geschlechtsverteilung der Befragten? N=127	76
Abbildung 4: Alter der befragten SchülerInnen, N=126.....	77
Abbildung 5: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben? N=128	78
Abbildung 6: Kreuztabelle Alter / Gesundheitszustand, N=126.....	79
Abbildung 7: Erhalten Sie regelmäßig Informationen über gesundheits-fördernde Maßnahmen? N=128	80
Abbildung 8: In wie vielen Unterrichtsgegenständen wurden Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung auf die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum aufmerksam gemacht? N=128.....	81
Abbildung 9: Gibt es an Ihrer Schule Projekte oder schulautonome Veranstaltungen zum Thema Gesundheit? N=128	82
Abbildung 10: Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie? N=128....	84
Abbildung 11: Stellenwert gesundheitsfördernder Maßnahmen nach Geschlecht? N=127.....	85
Abbildung 12: Personen, die gesundheitsfördernde Einstellung beeinflussen, bezogen auf Anzahl der befragten Personen, N=128.....	85
Abbildung 13: Medien, die gesundheitsfördernde Einstellung beeinflussen, bezogen auf Anzahl der befragten Personen, N=128	86
Abbildung 14: Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie mindestens einmal wöchentlich? N=127	88
Abbildung 15: Benutzen Sie den schuleigenen Fitnessraum? N=56.....	89
Abbildung 16: Warum nutzen Sie den Fitnessraum nicht? N=51	89
Abbildung 17: Würden Sie einen schuleigenen Fitnessraum benutzen? N=71	90
Abbildung 18: Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an Schultagen? N=125	91
Abbildung 19: Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an schulfreien Tagen? N=125.....	92
Abbildung 20: Rauchen Sie? N=126.....	93
Abbildung 21: Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? N=59.....	94
Abbildung 22: Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? N=59.....	95
Abbildung 23: Wie viele Zigaretten rauchen Sie in den Pausen und wie viele in der Freizeit? N=59	96
Abbildung 24: Kommt es vor dass Sie rauchen, obwohl Sie so krank sind, dass Sie den ganzen Tag im Bett verbringen müssten? N=59.....	98
Abbildung 25: Hat sich Ihr Rauchverhalten während Ihrer derzeitigen Ausbildung verändert?N=59.....	98
Abbildung 26: Wie hat sich Ihr Rauchverhalten verändert?N=59.....	99
Abbildung 27: Was hat Sie dazu bewogen, Ihr Rauchverhalten zu ändern? N=59.....	100

<i>Abbildung 28: Kreuztabelle zum Stellenwert gesundheitsfördernder Maßnahmen und RaucherInnen / NichtraucherInnen beider Schulen, N=128.....</i>	<i>101</i>
<i>Abbildung 29: Fällt es Ihnen schwer an Orten, an denen Rauchverbot besteht nicht zu rauchen? N=59.....</i>	<i>102</i>
<i>Abbildung 30: Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an Schultagen? N=126.....</i>	<i>103</i>
<i>Abbildung 31: Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an schulfreien Tagen? N=126.....</i>	<i>104</i>
<i>Abbildung 32: Wie schätzen Sie Ihr Wissen über gesunde Ernährung ein? N=128</i>	<i>105</i>
<i>Abbildung 33: Hat sich Ihr Ernährungsverhalten verändert, seit Sie in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule die Ausbildung machen? N=128</i>	<i>106</i>
<i>Abbildung 34: In welcher Form hat sich Ihr Ernährungsverhalten verändert? N=128</i>	<i>106</i>
<i>Abbildung 35: Änderung des Essverhaltens an stressreichen Tagen? N=128</i>	<i>107</i>
<i>Abbildung 36: Wie viel Flüssigkeit trinken Sie durchschnittlich pro Tag? N=128.....</i>	<i>108</i>

8 LITERATURVERZEICHNIS

Balz, E. (1995): Gesundheitserziehung im Schulsport. Grundlagen und Möglichkeiten einer diätetischen Praxis, Hofmann, Schorndorf.

Barkholz, U., Israel, G., Paulus, G., Posse, N., (1998): Gesundheitsförderung in der Schule. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen. Verlag für Schule und Weiterbildung, Bönen.

Becker, P. (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Biesalski, H. / Fürst, P. / Kasper, H. / Kluthe, R. / Pöler, W. / Puchstein, C. / Stähelin, H. (2004): Ernährungsmedizin – Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer, Thieme, Stuttgart.

Blättner, B. (1997): Paradigmenwechsel: Von der Gesundheitsaufklärung und –erziehung zur Gesundheitsbildung und –förderung. In: Weitkunat, R./ Kessler, M. (Hrsg): Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik, Hans Huber, Bern, S. 119-125.

Buchmayer, R. (2006): Powernapping – Ist die Anwendung von Powernapping bei Lehrerinnen und Lehrern in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule während der Dienstzeit eine gesundheitsfördernde Maßnahme? Wie die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit dadurch verbessert? Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung Gesundheitsvorsorge- Gesundheitsförderung 2005/2006 an der Akademie für Fort- und Sonderausbildung am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jahrgang 1999 Nr. 179 vom 18.6.1999, Teil II, Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildungsverordnung-GuK-AV.

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Österreichischer Ernährungsbericht 2008, Institut für Ernährungswissenschaften Universität Wien.

Burns, N. / Grove, S. (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden. Elsevier, Deutschland

Dietscher, C. (2000): Schritt für Schritt zur Gesundheitsfördernden Schule. Ein Handbuch für Schulen unterwegs. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.

Draper, P. (1991): Health through public policy. Green Print, London.

Dür, W. et al. (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich, Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und die Trends für 1990-2001. Im Auftrag des BM für soziale Sicherheit und Generationen Hbsc 17.: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.

Dür, W. (2006): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. In: Ergebnisse der WHO-HBSC-Survey 2006, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.), Wien, S. 37-39.

Dür, W. (2008): Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Hans Huber Verlag, Bern.

Engel, R. (2006): Gesundheitsberatung in der Pflege – Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum, Facultas, Wien.

Eriksson, K. (2001): Gesundheit – Ein Schlüsselbegriff der Pflege Theorie, Verlag Hans Huber, Bern.

Ewles, L. / Simnett, I. (2007): Gesundheit fördern – Ein praktischer Leitfaden, Facultas Verlag, Frankfurt am Main.

Fagerström, K.O. / Schneider (1989): Measuring nicotine dependence: A review. In: J.Behav. Med. 12: 159-182.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag, Psychologische Verlagsunion, Belz.

Franzkowiak, P. (2003): Prävention. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Schwabenheim.

Glöckenjan, G. (1991): Stichwort: Gesundheit. In: Deppe, H. U. et al. (Hrsg.): Öffentliche Gesundheit – Public Health, a.a.O.

Göpel, E. (1993): Provokation zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit. In: Schneider-Wohlfahrt, U. (Hrsg): Im Rahmen des Landesinstitutes für Schule und Weiterbildung in Kooperation mit der Gesundheitsakademie. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Göpel, E. (2008): Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche und berufliche Kompetenz. In: **Spicker, I. / Sprengseis, G.** (2008): Gesundheitsförderung stärken – Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Facultas, Wien, S. 24-47.

Griebler, R. / Dür, W. (2007): Bewegte Jugend? HBSC-Studie zu Bewegung und Gesundheit. In: Zeitschrift für Bewegungserziehung, Jahrgang 61, 1: 27-29.

Gruber, A. (2000): Prävention in der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Danzinger, A. et al. (Hrsg): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis, Maudrich, Wien, S. 398-406.

Hurrelmann, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Juventa, München.

Hurrelmann, K. / Laaser, U. (Hrsg) (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, München.

Hurrelmann, K. / Kolip, P. (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber Verlag, Bern.

Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft – Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Karmasin, M. (2008): Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten. 3. Auflage, Facultas, Wien.

Kolb, M. (1995): Gesundheitsförderung und Sport. Sportwissenschaft (25), S. 335-359.

Laaser, U. / Hurrelmann, K. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann K., Laaser U. (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Basel.

Laugsch, B. (1992): Die Bedeutung lokaler Medien für die Gesundheitsaufklärung. In: Lemke-Goliasch, P. u.a. (Hrsg.) Gesund Leben in der Gemeinde.

Leppin, A. (1995): Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip/Hurrelmann/Schnaber (Hrsg.): Jugend und Gesundheit, Weinheim /München, S. 235-250.

Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 2. Auflage, Facultas, Wien.

Mitterbauer, E. (2007): Gesundheitsförderung als pädagogisches Konzept. Unterrichtsformen und Arbeitsumfelder (Settings), die das Empowerment, die Eigenverantwortlichkeit und die Selbstwirksamkeit der Schulkinder fördern, tragen zu deren physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden bei, Dissertation an der Universität Wien.

Meggeneder, O. (1999): Gesundheitsförderung in der Krankenpflege. In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift, 10/99, Wien, S. 26-28.

Messerli, M. (1995): Psychosoziale Gesundheitsförderung: Einführungsheft Gesundheitsförderung / Gesundheitspflege. Abteilung für Gesundheitsforschung der Universität Bern.

Naidoo, J. / Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 2003.

Nutbeam, D. / Harris, E. (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG (2001): Offenes Curriculum – allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.

Øvretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen, Verlag Hans Huber, Bern.

Palmonari et al. (1990): Adolescents and their peer groups: a study on the significance of peers, social categorization processes and coping with developmental tasks. *Social Behaviour* 5, S. 33-48.

Paulus, P. (2000): Netzwerk "Gesundheitsfördernde Schulen". Übertragbare Erfahrungen und Empfehlungen für ein Netzwerk "Gesundheitsfördernde Hochschulen". In: Sonntag, U. / Gräser, S. / Stock, C. / Krämer, A. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Juventa, Weinheim-München.

Pelikan, J. (1996): Reihe Gesundheitswissenschaften / Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus: eine österreichische Forschungsbilanz. Fakultas, Wien.

Peplau, H.E. (1995): Interpersonale Beziehung in der Pflege – ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Recom, Basel.

Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, de Gruyter, Berlin.

Redlsteiner, H. (2004): Gesundheitsförderung in der Schule: Neue Chancen durch „Peer Education“? Diplomarbeit an der Universität Wien.

Redman, S. (1990): The role of mass media in changing health-related behaviour: a critical appraisal of two models. Health Promotion International 5.

Reschke, K. (1990): Gestaltung gesundheitsrelevanter Informationen. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.), 1990: Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Hogrefe, Göttingen, S. 461-474.

Sabo, P. (1996): Gesundheitserziehung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwanenheim, Selz.

Schaefer, G. (1992): Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern. Eine internationale Vergleichsstudie. In A. Trojan & B. Stumm (Hrsg.), Gesundheit fördern statt kontrollieren. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, S. 50-71.

Schipperges, H. (1977): Geschichte und Gliederung der Gesundheitserziehung. In: Blohmke, M. (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 3, Verlag Modernes Lernen, Dortmund, S. 550 – 567.

Schipperges, H. (1999): Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte. Springer, Berlin.

Schneider, A. (2003): Wie lehrt und lernt man Gesundheit? Problem und erfahrungsorientierte Fachdidaktik am Beispiel eines Curriculums Gesundheitswissenschaften. Entwicklung und Evaluation. Hans Jacobs Verlag, Hellweg.

Schober, P.H. (2000): Bedeutung für Prävention – Richtiger Sport für Kinder und Jugendliche. In Muntean, W. (Hrsg.), Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen, Springer, Wien, S. 215-230.

Schwartz, F.W., **Badura**, B., **Leidl**, R., **Raspe**, H., **Siegrist**, J. (1998): Prävention. In: Schwartz, Badura, Leidl, Raspe, Siegrist (Hrsg.). Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Schwarzenberg, München, S. 151-170.

Schweiger, S. (2005): Gesundheitsbewusstsein bei Schülerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege auf dem Weg zur Gesundheits- und Krankenschwester. Diplomarbeit an der Universität Wien.

Sladeczek, E. / **Marzi**, L. / **Schmiedbauer**, T.: (2008): Recht für Gesundheitsberufe, Lexis Nexis Verlag, Wien.

Sommer, D., **Altenstein**, C., **Kuhn**, D., **Wiesmann**, U. (2006): Gesunde Schule: Gesundheit, Qualität, Selbständigkeit, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Steinbach, H. (2004): Gesundheitsförderung – Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 1. Auflage, Facultas, Wien.

Steinbach, H. (2007): Gesundheitsförderung – Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 2. Auflage, Facultas, Wien.

Trojan, A. / **Legewie**, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung der gesundheitsförderlichen Umwelt – und Lebensbedingungen. VAS, Frankfurt.

Vereecken, C. / **Ojala**, K. / **Delgrande**, J. (2004): Eating habits. In: Currie et. al; Young People's Health in Context; Health Behaviour in School-Aged Children: WHO Cross-National Study (HBSC), International Report from the 2001/02 survey, WHO, Copenhagen.

Waller, H. (1996): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln.

Weiglhofer, H. (2000): Die Förderung der Gesundheit in der Schule. Grundlagen, Programme, Methoden und Ergebnisse der schulischen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Facultas, Wien.

Weiss-Faßbinder, S. / Lust, A. (2004): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-GuKG, Manzsche Verlag, Wien.

Weissmann, S. (2004): Ein Konzept für eine gesundheitsfördernde Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Österreich, Diplomarbeit an der Universität Wien.

Wenzel, E. (1990): Gesundheit – einige Überlegungen zu einem sozialökologischen Verständnis. In: Friedrich Jahresheft VIII: Gesundheit.

World Health Organisation (WHO) (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22.7.1946, New York.

World Health Organisation (WHO) (1986): The Ottawa Charta of Health Promotion. Genf.

World Health Organisation (WHO) (1997): Thessaloniki Conference Resolution. 1997a.

World Health Organisation (WHO) (1997): Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. Geneva, 1997b.

World Health Organisation (WHO) (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey: Studie S1/2001. Magistrat der Stadt Wien (Hrsg). Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Wien.

Wiener Kindergesundheitsbericht (2000), MA-L / Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg), Wien: Magistrat der Stadt Wien.

WieNGS (2001): Folder des „Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen“.

Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Juventa, München.

Zulley, J. / Knab, B. (2004): Wach und fit. Mehr Energie, Leistungsfähigkeit und Ausgeglichenheit, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau.

9 ANHANG

Gesundheitsbewusstes Verhalten von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meines Studiums beschäftige ich mich mit der Bedeutung von gesundheitsfördernden Maßnahmen bei Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen.

Um zu eruieren, wie Sie zu diesem Thema stehen, bitte ich Sie, sich etwa 10 Minuten Zeit zu nehmen und nachfolgende Fragen zu beantworten!

Die Datenauswertung wird anonym erfolgen. Die Fragebögen werden nach der Auswertung vernichtet.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Astrid Swatosch

1. Wo haben Sie Ihre Kindheit und Jugend (bis zum 14. Lebensjahr) verbracht?

- Am Land, in einem Dorf
 - Markt
 - Stadt
 - Großstadt
-

2. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?

- Ausgezeichnet / sehr gesund
 - Gut / ziemlich gesund
 - Eher gut / nicht sehr gesund
 - Schlecht
-

3. Erhalten Sie regelmäßig Informationen über gesundheitsfördernde Maßnahmen?

- Nein
- Ja

Wenn ja, durch welche Personen? (Mehrfachantworten möglich).

- Lehrer/in
- Mitschüler/in
- Familie
- Freund/in
- Partner/in
- Arzt/Ärztin
- Sonstige_____

Wenn ja, durch welche Medien? (Mehrfachantworten möglich).

- TV
 - Radio
 - Internet
 - Zeitungen
 - Zeitschriften
 - Fachliteratur
 - Sonstige_____
-

4. Hat es im letzten Jahr ein Ereignis gegeben, welches Ihr Gesundheitsverhalten beeinflusst hat?

- Nein
 - Ja
- Wenn ja,**

welches Ereignis: _____

In welcher Form änderte sich dadurch Ihr Gesundheitsverhalten?

5. Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie?

- sehr wichtig
 - eher wichtig
 - eher nicht wichtig
 - überhaupt nicht wichtig
-

6. Welche **Personen** sind maßgeblich für Ihre Einstellung bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen verantwortlich? (**Mehrfachantworten möglich**).

- Lehrer/in
 - Mitschüler/in
 - Familie
 - Freund/in
 - Partner/in
 - Arzt/Ärztin
 - Sonstige _____
-

7. Welche **Institutionen** sind maßgeblich für Ihre Einstellung bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen verantwortlich? (**Mehrfachantworten möglich**).

- Volksschule
 - Hauptschule
 - AHS
 - Fachschule
 - Sozialfachschule
-

-
- Handelsschule
 - Handelsakademie
 - Gesundheits- und Krankenpflegeschule
 - Sonstige _____
-

8. In welchen **Unterrichtsfächern** waren „gesundheitsfördernde Maßnahmen“ ein Thema? **(Mehrfachantworten möglich).**

- War bisher kein Thema
 - Gesundheitsförderung
 - BAP (Biologie, Anatomie, Physiologie)
 - Hygiene
 - Ernährungslehre
 - GUK
 - Pathologie
 - Gynäkologie
 - Fachvortrag Innere Medizin
 - Fachvortrag Onkologie
 - Schulautonomer Bereich
 - Eigenes Projekt
 - Sonstiges _____
-

9. Gibt es an Ihrer Schule Projekte oder schulautonome Veranstaltungen zu den Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche: _____

10. In welchen Unterrichtsfächern wurden Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung auf die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum aufmerksam gemacht? **(Mehrfachantworten möglich).**

- War bisher kein Thema
 - Gesundheitsförderung
 - BAP (Biologie, Anatomie, Physiologie)
 - Hygiene
 - Ernährungslehre
 - GUK
 - Pathologie
 - Gynäkologie
-

-
- Fachvortrag Innere Medizin
 - Fachvortrag Onkologie
 - Schulautonomer Bereich
 - Eigenes Projekt
 - Sonstiges _____
-

11. Rauchen Sie?

- Nein
Wenn nein, gehen Sie weiter zur Frage 17
- Ja
Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?
 - 1-10
 - 11-20
 - 21-30
 - mehr als 30

Wenn ja, seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

- Unter 1 Jahr
- 1 – 2 Jahre
- 2 – 4 Jahre
- über 4 Jahre

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie in den Unterrichtspausen pro Tag?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- mehr als 15

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie in Ihrer Freizeit pro Tag?

- 1-5
 - 6-10
 - 11-15
 - mehr als 15
-

12. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie die erste Zigarette?

- Innerhalb von 5 Minuten
 - 6-30 Minuten
 - 31-60 Minuten
 - Nach 60 Minuten
-

13. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- Die erste am Morgen
 - Andere
-

14. Fällt es Ihnen schwer, an Orten, an denen Rauchverbot besteht (Arztpraxen, Kino usw.) nicht zu rauchen?

- Nein
 - Ja
-

15. Kommt es vor, dass Sie rauchen, obwohl Sie so krank sind, dass Sie den Tag überwiegend im Bett verbringen müssten?

- Nein
 - Ja
-

16. Hat sich Ihr Rauchverhalten während Ihrer derzeitigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule verändert?

- Nein
 - Ja
Wenn ja, inwiefern:
 - Ich habe zu rauchen aufgehört
 - Ich rauche jetzt weniger
 - Ich rauche jetzt mehr
 - Ich habe zu rauchen begonnen
-

Wenn ja, Was hat Sie dazu bewogen, Ihr Rauchverhalten zu ändern?
(Mehrfachantworten möglich).

- Ausbildungsinhalte
- Freund/innen
- Finanzielle Situation
- Stress
- Verbote (z. B. rauchfreie Schule)
- Erhöhtes Gesundheitsbewusstsein
- Gesundheitliche Probleme
- Schwangerschaft
- Sonstiges:_____

17. Machen Sie gerade eine Diät oder tun Sie etwas anderes, um Gewicht abzunehmen?

- Nein, mein Gewicht ist gerade richtig
- Nein, aber eigentlich sollte ich abnehmen
- Nein, denn ich sollte zunehmen
- Ja

Wenn ja, wie?_____

18. Welche sportlichen Aktivitäten unternehmen Sie regelmäßig (mindestens einmal wöchentlich)? **(Mehrfachantworten möglich). Wenn Sie keinen Sport betreiben** gehen Sie weiter zur Frage 20.

- Laufen
- Walken
- Tanzen
- Rad fahren
- Schwimmen
- Tennis
- Fußball
- Gymnastik
- Aerobic
- Bodybuilding, Fitnessstudio
- Reiten
- betreibe keinen Sport regelmäßig
- Sonstiges:_____

19. a **Wer** motiviert Sie, regelmäßig Sport zu betreiben?

- Lehrer/in
- Mitschüler/in
- Familie
- Freund/in
- Partner/in
- Arzt/Ärztin
- Sonstige _____

19. b **Was** motiviert Sie, regelmäßig Sport zu betreiben?

- Frische Luft
 - Übergewicht
 - Vorbeugung von Krankheiten
 - Gewohnheit
 - Sonstiges: _____
-

20. Würden Sie einen schuleigenen Fitnessraum benutzen?

- Nein
 - Ja
-

21. An wie vielen der vergangenen 7 Tage waren Sie mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?

- An 0 Tagen
- An 1 Tag
- An 2 Tagen
- An 3 Tagen
- An 4 Tagen oder mehr

22. Wie viele Stunden pro Woche sind Sie normalerweise in Ihrer Freizeit so aktiv, dass Sie dabei außer Atem kommen oder schwitzen?

- Überhaupt keine
-

-
- Ungefähr ½ Stunde
 - Ungefähr 1 Stunde
 - Ungefähr 2 bis 3 Stunden
 - Ungefähr 4 bis 6 Stunden
 - 7 Stunden oder mehr
-

23. Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an **Schultagen**?

- Überhaupt nicht
 - Etwa ½ Stunde
 - Etwa 1 Stunde
 - Etwa 2 Stunden
 - Etwa 3 Stunden
 - Etwa 4 Stunden
 - 5 Stunden und mehr
-

24. Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an **schulfreien Tagen**?

- Überhaupt nicht
 - Etwa ½ Stunde
 - Etwa 1 Stunde
 - Etwa 2 Stunden
 - Etwa 3 Stunden
 - Etwa 4 Stunden
 - 5 Stunden und mehr
-

25. Hat sich Ihr Ernährungsverhalten verändert, seit sie in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule die Ausbildung machen?

- Nein
 - Ja
Wenn ja, in welcher Form: (Mehrfachantworten möglich).
 - ich esse mehr als vorher
 - ich esse weniger als vorher
 - ich esse nun regelmäßiger
 - ich esse unregelmäßiger
-

-
- ich habe nun weniger Zeit zum Essen
 - ich habe nun mehr Zeit zum Essen
 - ich ernähre mich gesünder
 - ich ernähre mich ungesünder
 - ich esse mehr Fleisch
 - ich esse weniger Fleisch
 - Sonstiges: _____
-

26. Wie schätzen Sie Ihr Wissen über gesunde Ernährung ein?

- ich weiß sehr viel
 - ich weiß ausreichend viel
 - ich weiß eher wenig
 - ich weiß zu wenig
-

27. Verändert sich Ihr Ernährungsverhalten an stressreichen Tagen (z. B. Prüfungen, Tests...)?

- Nein
 - Ja
Wenn ja, inwiefern: _____
-

28. Wie viel Flüssigkeit trinken Sie durchschnittlich pro Tag? (Kaffee und Alkohol zählen nicht)

- weniger als 0,5 Liter
 - 0,5 - 1 Liter
 - 1 - 2 Liter
 - mehr als 2 Liter
-

29. Wie oft pro Woche essen/trinken Sie normalerweise folgende Lebensmittel?

	Mehrmals tgl.	einmal tgl.	seltener als 1 mal/Woche	2-4 mal/Woche	5-6 mal/Woche	nie
Fleisch/Wurst	1	2	3	4	5	6 7
Obst/Gemüse	1	2	3	4	5	6 7
Fette Milch/ Fette M.produkte	1	2	3	4	5	6 7
Fettarme Milch/ Fettarme M.produkte	1	2	3	4	5	6 7
Süßigkeiten/Mehlspeisen	1	2	3	4	5	6 7
Kaffee	1	2	3	4	5	6 7
Alkohol	1	2	3	4	5	6 7
Zuckerhältige Limo	1	2	3	4	5	6 7
Fastfoodprodukte (Pizza, Döner, Hot dog..)	1	2	3	4	5	6 7

30. Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an Schultagen?

- Ich frühstücke nie an Schultagen
- An einem Schultag in der Woche
- An zwei Schultagen in der Woche
- An drei Schultagen in der Woche
- An vier Schultagen in der Woche
- An fünf Schultagen in der Woche

31. Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an **schulfreien** Tagen?

- Ich frühstücke nie an schulfreien Tagen
 - Ich frühstücke an einem schulfreien Wochenendtag
 - Ich frühstücke an beiden schulfreien Wochenendtagen
-

Alter: _____Jahre

Wohnsituation:

- intern
- extern

Geschlecht:

- Weiblich
- Männlich

Danke für Ihre Mithilfe!

Zu Abbildung 6: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	ausgezeichnet/sehr gesund	12	21,4	21,4	21,4
		gut/ziemlich gesund	39	69,6	69,6	91,1
		eher gut/nicht sehr gesund	5	8,9	8,9	100,0
		Gesamt	56	100,0	100,0	
SMZ-Ost	Gültig	ausgezeichnet/sehr gesund	23	31,9	31,9	31,9
		gut/ziemlich gesund	42	58,3	58,3	90,3
		eher gut/nicht sehr gesund	6	8,3	8,3	98,6
		schlecht	1	1,4	1,4	100,0
		Gesamt	72	100,0	100,0	

Zu Abbildung 7: Kreuztabelle Alter/Gesundheitszustand

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Alter * Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?	126	98,4%	2	1,6%	128	100,0%

Alter * Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben? Kreuztabelle

			Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?				
			ausgezeichnet/s ehr gesund	gut/ziemlich gesund	eher gut/nicht sehr gesund	schlecht	Gesamt
Alter	1,00	Anzahl	25	50	5	0	80
		% von Alter	31,2%	62,5%	6,2%	,0%	100,0%
	2,00	Anzahl	6	21	1	1	29
		% von Alter	20,7%	72,4%	3,4%	3,4%	100,0%
	3,00	Anzahl	2	4	3	0	9

	% von Alter	22,2%	44,4%	33,3%	,0%	100,0%
4,00	Anzahl	2	5	1	0	8
	% von Alter	25,0%	62,5%	12,5%	,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	35	80	10	1	126
	% von Alter	27,8%	63,5%	7,9%	,8%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	13,777 ^a	9	,130
Likelihood-Quotient	10,377	9	,321
Zusammenhang linear-mit-linear	2,310	1	,129
Anzahl der gültigen Fälle	126		

a. 9 Zellen (56,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,06.

Zu Abbildung 8: Erhalten Sie regelmäßig Informationen über gesundheitsfördernde Maßnahmen?

Erhalten Sie regelmäßig Informationen über gesundheitsfördernde Maßnahmen?

Einrichtung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig Nein	2	3,6	3,6	3,6
	Ja	54	96,4	96,4	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	
SMZ-Ost	Gültig Nein	7	9,7	9,7	9,7
	Ja	65	90,3	90,3	100,0
	Gesamt	72	100,0	100,0	

Zu Abbildung 9: In wie vielen Unterrichtsgegenständen wurden Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung auf die Schädlichkeit von Zigarettenkonsum aufmerksam gemacht?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Index Anzahl der Fächer Rauchen * Einrichtung	128	100,0%	0	,0%	128	100,0%

Index Anzahl der Fächer Rauchen * Einrichtung Kreuztabelle

			Einrichtung		Gesamt
			Wilhelminenspital	SMZ-Ost	
Index Anzahl der Fächer Rauchen	in 0-2 Fächern	Anzahl	6	15	21
		% innerhalb von Einrichtung	10,7%	20,8%	16,4%
	in 3-5 Fächern	Anzahl	15	32	47
		% innerhalb von Einrichtung	26,8%	44,4%	36,7%
in 6-8 Fächern	Anzahl	22	19	41	
	% innerhalb von Einrichtung	39,3%	26,4%	32,0%	
in 9-12 Fächern	Anzahl	13	6	19	
	% innerhalb von Einrichtung	23,2%	8,3%	14,8%	
Gesamt	Anzahl	56	72	128	
	% innerhalb von Einrichtung	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	10,976 ^a	3	,012
Likelihood-Quotient	11,131	3	,011
Zusammenhang linear-mit-linear	9,974	1	,002
Anzahl der gültigen Fälle	128		

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 8,31.

Zu Abbildung 10: Gibt es an Ihrer Schule Projekte oder schulautonome Veranstaltungen zum Thema Gesundheit?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einrichtung * Projekte od. Veranstaltungen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung?	123	96,1%	5	3,9%	128	100,0%

Einrichtung * Projekte od. Veranstaltungen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung? Kreuztabelle

			Projekte od. Veranstaltungen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung?		
			Nein	Ja	Gesamt
Einrichtung	Wilhelminenspital	Anzahl	4	49	53
		% von Einrichtung	7,5%	92,5%	100,0%
	SMZ-Ost	Anzahl	21	49	70
		% von Einrichtung	30,0%	70,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	25	98	123
		% von Einrichtung	20,3%	79,7%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,390 ^a	1	,002		
Kontinuitätskorrektur ^b	8,054	1	,005		
Likelihood-Quotient	10,317	1	,001		
Exakter Test nach Fisher				,003	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	9,313	1	,002		
Anzahl der gültigen Fälle	123				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10,77.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Zu Abbildung 11: Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einrichtung * Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie?	128	100,0%	0	,0%	128	100,0%

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	sehr wichtig	18	32,1	32,1	32,1
		eher wichtig	29	51,8	51,8	83,9
		eher nicht wichtig	8	14,3	14,3	98,2
		überhaupt nicht wichtig	1	1,8	1,8	100,0
		Gesamt	56	100,0	100,0	
SMZ-Ost	Gültig	sehr wichtig	30	41,7	41,7	41,7
		eher wichtig	38	52,8	52,8	94,4
		eher nicht wichtig	3	4,2	4,2	98,6
		überhaupt nicht wichtig	1	1,4	1,4	100,0
		Gesamt	72	100,0	100,0	

Chi-Quadrat-Tests

		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat	nach	4,553 ^a	3	,208
Pearson				
Likelihood-Quotient		4,598	3	,204
Zusammenhang	linear-	2,856	1	,091
	mit-linear			
Anzahl der gültigen Fälle		128		

a. 3 Zellen (37,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,88.

Zu Abbildung 14: Welchen Sport betreiben Sie regelmäßig?

sportliche Aktivitäten - Schwimmen

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	49	87,5	89,1	89,1
		Ja	6	10,7	10,9	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	67	93,1	93,1	93,1
		Ja	5	6,9	6,9	100,0
	Gesamt	72	100,0	100,0		

sportliche Aktivitäten - Tennis

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	53	94,6	96,4	96,4
		Ja	2	3,6	3,6	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	71	98,6	98,6	98,6
		Ja	1	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	72	100,0	100,0		

sportliche Aktivitäten - Fußball

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	53	94,6	96,4	96,4
		Ja	2	3,6	3,6	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		

SMZ-Ost	Gültig	Nein	71	98,6	98,6	98,6
		Ja	1	1,4	1,4	100,0
		Gesamt	72	100,0	100,0	

sportliche Aktivitäten - Gymnastik

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	51	91,1	92,7	92,7
		Ja	4	7,1	7,3	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	67	93,1	93,1	93,1
		Ja	5	6,9	6,9	100,0
		Gesamt	72	100,0	100,0	

sportliche Aktivitäten - Aerobic

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	51	91,1	92,7	92,7
		Ja	4	7,1	7,3	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	67	93,1	93,1	93,1
		Ja	5	6,9	6,9	100,0
		Gesamt	72	100,0	100,0	

sportliche Aktivitäten - Bodybuilding, Fitnessstudio

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	45	80,4	81,8	81,8

	Ja		10	17,9	18,2	100,0
	Gesamt		55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	64	88,9	88,9	88,9
		Ja	8	11,1	11,1	100,0
	Gesamt		72	100,0	100,0	

sportliche Aktivitäten - Reiten

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	54	96,4	98,2	98,2
		Ja	1	1,8	1,8	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	65	90,3	90,3	90,3
		Ja	7	9,7	9,7	100,0
	Gesamt	72	100,0	100,0		

sportliche Aktivitäten - Rad fahren

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	45	80,4	81,8	81,8
		Ja	10	17,9	18,2	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	64	88,9	88,9	88,9
		Ja	8	11,1	11,1	100,0
	Gesamt	72	100,0	100,0		

sportliche Aktivitäten - Reiten

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	54	96,4	98,2	98,2
		Ja	1	1,8	1,8	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
			Nein	65	90,3	90,3
			Ja	7	9,7	100,0

sportliche Aktivitäten - Tanzen

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	51	91,1	92,7	92,7
		Ja	4	7,1	7,3	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	71	98,6	98,6	98,6
		Ja	1	1,4	1,4	100,0
		Gesamt	72	100,0	100,0	

sportliche Aktivitäten - betreibe keinen Sport regelmäßig

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	41	73,2	74,5	74,5
		Ja	14	25,0	25,5	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	55	76,4	76,4	76,4
		Ja	17	23,6	23,6	100,0
	Gesamt	72	100,0	100,0		

Zu Abbildung 16: Benutzen Sie den schuleigenen Fitnessraum?

Benutzen Sie den schuleigenen Fitnessraum?

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	30	53,6	78,9	78,9
		Ja	8	14,3	21,1	100,0
		Gesamt	38	67,9	100,0	
	Fehlend	System	18	32,1		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Fehlend	System	72	100,0		

Benutzen Sie den schuleigenen Fitnessraum? Wie oft?

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	1mal/Woche	2	3,6	25,0	25,0
		öfter	6	10,7	75,0	100,0
		Gesamt	8	14,3	100,0	
	Fehlend	System	48	85,7		
	Gesamt		56	100,0		
SMZ-Ost	Fehlend	System	72	100,0		

sportliche Aktivitäten - betreibe keinen Sport regelmäßig

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	41	73,2	74,5	74,5
		Ja	14	25,0	25,5	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
			Nein	55	76,4	76,4
			Ja	17	23,6	100,0

Zu Abbildung 17: Warum nutzen Sie den Fitnessraum nicht?

keine Nutzung - Sonstiges Text

Einrichtung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	48	85,7	85,7	85,7
	fahre 120 km Rad, laufe 20 - 60 km pro Woche	1	1,8	1,8	87,5
	Fitnessabo	1	1,8	1,8	89,3
	gehe bei uns im Ort 3 x die Woche 2 Std	1	1,8	1,8	91,1
	kaum Ausstattung	1	1,8	1,8	92,9
	keine Zeit, danach muss man sich auch duschen	1	1,8	1,8	94,6
	war oft nicht frei	1	1,8	1,8	96,4
	will nach Schule nach Hause	1	1,8	1,8	98,2
	zu nah für den inneren Schweinehund	1	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	

sportliche Aktivitäten - betreibe keinen Sport regelmäßig

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	41	73,2	74,5	74,5
		Ja	14	25,0	25,5	100,0
		Gesamt	55	98,2	100,0	
	Fehlend	999	1	1,8		
	Gesamt		56	100,0		
			Nein	55	76,4	76,4
			Ja	17	23,6	100,0

Zu Abbildung 18: Würden Sie einen schuleigenen Fitnessraum benutzen?

Frage 20 f. SMZ-Ost: Würden Sie einen schuleigenen Fitnessraum benutzen?

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminen spital	Fehlend	System	56	100,0		
SMZ-Ost	Gültig	Nein	24	33,3	33,8	33,8
		Ja	47	65,3	66,2	100,0
		Gesamt	71	98,6	100,0	
	Fehlend	999	1	1,4		
	Gesamt		72	100,0		

Zu Abbildung 19: Etwa wie viele Stunden am einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an Schultagen?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einrichtung * Stunden mit Fernsehen oder Spielkonsolen an Schultagen	126	98,4%	2	1,6%	128	100,0%

Einrichtung * Stunden mit Fernsehen oder Spielkonsolen an Schultagen Kreuztabelle

		Stunden mit Fernsehen oder Spielkonsolen an Schultagen							Gesamt
		überhaupt nicht	etwa 1/2 Stunde	etwa 1 Stunde	etwa 2 Stunden	etwa 3 Stunden	etwa 4 Stunden	5 Stunden und mehr	
Einrichtung	Wilhelminenspital	Anzahl 3	10	15	16	5	2	5	56
	% innerhalb von Einrichtung	5,4%	17,9%	26,8%	28,6%	8,9%	3,6%	8,9%	100,0%
SMZ-Ost	Anzahl	8	4	18	16	11	6	7	70
	% innerhalb von Einrichtung	11,4%	5,7%	25,7%	22,9%	15,7%	8,6%	10,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	11	14	33	32	16	8	12	126
	% innerhalb von Einrichtung	8,7%	11,1%	26,2%	25,4%	12,7%	6,3%	9,5%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8,246 ^a	6	,221
Likelihood-Quotient	8,463	6	,206
Zusammenhang linear-mit-linear	,846	1	,358
Anzahl der gültigen Fälle	126		

a. 3 Zellen (21,4%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,56.

Zu Abbildung 20: Etwa wie viele Stunden am einem Tag verbringen Sie normalerweise in Ihrer Freizeit mit Fernsehen oder Spielkonsolen, an schulfreien Tagen?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einrichtung * Stunden mit Fernsehen oder Spielkonsolen an schulfreien Tagen	125	97,7%	3	2,3%	128	100,0%

Einrichtung * Stunden mit Fernsehen oder Spielkonsolen an schulfreien Tagen Kreuztabelle

			Stunden mit Fernsehen oder Spielkonsolen an schulfreien Tagen						Gesamt	
			überhaupt nicht	etwa 1/2 Stunde	etwa 1 Stunde	etwa 2 Stunden	etwa 3 Stunden	etwa 4 Stunden		5 Stunden und mehr
Einrichtung	Wilhelminenspital	Anzahl	1	7	16	8	9	8	6	55
		% innerhalb von Einrichtung	1,8%	12,7%	29,1%	14,5%	16,4%	14,5%	10,9%	100,0%
SMZ-Ost		Anzahl	4	9	6	12	12	9	18	70
		% innerhalb von Einrichtung	5,7%	12,9%	8,6%	17,1%	17,1%	12,9%	25,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	16	22	20	21	17	24	125
		% innerhalb von Einrichtung	4,0%	12,8%	17,6%	16,0%	16,8%	13,6%	19,2%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	12,259 ^a	6	,056
Likelihood-Quotient	12,664	6	,049
Zusammenhang linear-mit-linear	2,370	1	,124
Anzahl der gültigen Fälle	125		

a. 2 Zellen (14,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,20.

Zu Abbildung 21: Rauchen Sie?

Rauchen Sie? * Einrichtung Kreuztabelle

			Einrichtung		
			Wilhelminenspita I	SMZ-Ost	Gesamt
Rauchen Sie?	Nein	Anzahl	30	39	69
		% von Rauchen Sie?	43,5%	56,5%	100,0%
	Ja	Anzahl	26	33	59
		% von Rauchen Sie?	44,1%	55,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	56	72	128
		% von Rauchen Sie?	43,8%	56,2%	100,0%

Rauchen Sie? * Einrichtung Kreuztabelle

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	,006	,947
	Cramer-V	,006	,947
	Anzahl der gültigen Fälle	128	

Zu Abbildung 22: Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einrichtung * Rauchen Sie? - Wie viele Zigaretten?	58	45,3%	70	54,7%	128	100,0%

Rauchen Sie? - Wie viele Zigaretten? * Einrichtung Kreuztabelle

			Einrichtung		
			Wilhelminenspita I	SMZ-Ost	Gesamt
Rauchen Sie? - Wie viele Zigaretten?	1-10	Anzahl	6	12	18
		% von Einrichtung	24,0%	36,4%	31,0%

Verarbeitete Fälle

	Fälle						
	Gültig		Fehlend		Gesamt		
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
11-20	Anzahl				10	16	26
	% von Einrichtung				40,0%	48,5%	44,8%
21-30	Anzahl				7	4	11
	% von Einrichtung				28,0%	12,1%	19,0%
mehr als 30	Anzahl				2	1	3
	% von Einrichtung				8,0%	3,0%	5,2%
Gesamt	Anzahl				25	33	58
	% von Einrichtung				100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,499 ^a	3	,321
Likelihood-Quotient	3,497	3	,321
Zusammenhang linear-mit-linear	2,884	1	,089
Anzahl der gültigen Fälle	58		

a. 3 Zellen (37,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,29.

Zu Abbildung 23: Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Rauchen Sie? - Seit wie vielen Jahren? * Einrichtung	59	46,1%	69	53,9%	128	100,0%

Rauchen Sie? - Seit wie vielen Jahren? * Einrichtung Kreuztabelle

		Einrichtung			
		Wilhelminenspital	SMZ-Ost	Gesamt	
Rauchen Sie? - Seit wie vielen Jahren?	1-2 Jahre	Anzahl	3	4	7
		% von Einrichtung	11,5%	12,1%	11,9%

Verarbeitete Fälle							
	Fälle						
	Gültig		Fehlend		Gesamt		
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
2-4 Jahre	Anzahl				3	4	7
	% von Einrichtung				11,5%	12,1%	11,9%
über 4 Jahre	Anzahl				20	25	45
	% von Einrichtung				76,9%	75,8%	76,3%
Gesamt	Anzahl				26	33	59
	% von Einrichtung				100,0%	100,0%	100,0%

Symmetrische Maße			
		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	,014	,995
	Anzahl der gültigen Fälle	59	

Zu Abbildung 24: Wie viele Zigaretten rauchen Sie in den Pausen und wie viele in der Freizeit?

Verarbeitete Fälle						
	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Rauchen Sie? - In den Pausen? * Einrichtung	59	46,1%	69	53,9%	128	100,0%

Rauchen Sie? - In den Pausen? * Einrichtung Kreuztabelle

			Einrichtung		
			Wilhelminenspita I	SMZ-Ost	Gesamt
Rauchen Sie? - In den Pausen?	1-5	Anzahl	11	17	28
		% von Einrichtung	42,3%	51,5%	47,5%
	6-10	Anzahl	11	15	26
		% von Einrichtung	42,3%	45,5%	44,1%
	11-15	Anzahl	2	1	3
		% von Einrichtung	7,7%	3,0%	5,1%

Verarbeitete Fälle

	Fälle						
	Gültig		Fehlend		Gesamt		
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
mehr als 15	Anzahl				2	0	2
	% von Einrichtung				7,7%	,0%	3,4%
Gesamt	Anzahl				26	33	59
	% von Einrichtung				100,0%	100,0%	100,0%

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	,235	,327
	Anzahl der gültigen Fälle	59	

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Rauchen Sie? - In der Freizeit? * Einrichtung	58	45,3%	70	54,7%	128	100,0%

Rauchen Sie? - In der Freizeit? * Einrichtung Kreuztabelle

			Einrichtung		
			Wilhelminenspital	SMZ-Ost	Gesamt
Rauchen Sie? - In der Freizeit?	1-5	Anzahl	7	7	14
		% von Einrichtung	26,9%	21,9%	24,1%
	6-10	Anzahl	6	11	17
		% von Einrichtung	23,1%	34,4%	29,3%
	11-15	Anzahl	8	7	15
		% von Einrichtung	30,8%	21,9%	25,9%
mehr als 15		Anzahl	5	7	12
		% von Einrichtung	19,2%	21,9%	20,7%
Gesamt		Anzahl	26	32	58
		% von Einrichtung	100,0%	100,0%	100,0%

Symmetrische Maße

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
			Wert	Näherungsweise Signifikanz		
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient		,146			,738
	Anzahl der gültigen Fälle		58			

Zu Abbildung 25: Kommt es vor dass Sie rauchen, obwohl Sie so krank sind, dass Sie den ganzen Tag im Bett verbringen müssten?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Kommt es vor, dass Sie rauchen, obwohl Sie so krank sind, dass Sie den Tag überwiegend im Bett verbringen müssen? * Einrichtung	59	46,1%	69	53,9%	128	100,0%

Kommt es vor, dass Sie rauchen, obwohl Sie so krank sind, dass Sie den Tag überwiegend im Bett verbringen müssen? * Einrichtung Kreuztabelle

			Einrichtung		
			Wilhelminenspital	SMZ-Ost	Gesamt
Kommt es vor, dass Sie rauchen, obwohl Sie so krank sind, dass Sie den Tag überwiegend im Bett verbringen müssen?	Nein	Anzahl	17	19	36
		% von Einrichtung	65,4%	57,6%	61,0%
	Ja	Anzahl	9	14	23
		% von Einrichtung	34,6%	42,4%	39,0%
Gesamt	Anzahl	26	33	59	
	% von Einrichtung	100,0%	100,0%	100,0%	

Symmetrische Maße

	Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß Kontingenzkoeffizient	,079	,541
Anzahl der gültigen Fälle	59	

Zu Abbildung 29: Kreuztabelle zum Stellenwert gesundheitsfördernder Maßnahmen und RaucherInnen / NichtraucherInnen?

Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie? * Rauchen Sie?

Kreuztabelle

Anzahl

Einrichtung			Rauchen Sie?		
			Nein	Ja	Gesamt
Wilhelminenspital	Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie?	sehr wichtig	12	6	18
		eher wichtig	16	13	29
		eher nicht wichtig	2	6	8
		überhaupt nicht wichtig	0	1	1
		Gesamt	30	26	56
SMZ-Ost	Welchen Stellenwert haben gesundheitsfördernde Maßnahmen für Sie?	sehr wichtig	21	9	30
		eher wichtig	18	20	38
		eher nicht wichtig	0	3	3
		überhaupt nicht wichtig	0	1	1
		Gesamt	39	33	72

Zu Abbildung 30: Fällt es Ihnen schwer an Orten, an denen Rauchverbot besteht nicht zu rauchen?

Wilhelminenspital	N	Gültig	26
		Fehlend	0
SMZ-Ost	N	Gültig	33
		Fehlend	0

Fällt es Ihnen schwer, an Orten mit Rauchverbot nicht zu rauchen?

Einrichtung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wilhelminenspital	Gültig	Nein	23	88,5	88,5	88,5
		Ja	3	11,5	11,5	100,0
		Gesamt	26	100,0	100,0	
SMZ-Ost	Gültig	Nein	28	84,8	84,8	84,8
		Ja	5	15,2	15,2	100,0
		Gesamt	33	100,0	100,0	

Zu Abbildung 31: Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an Schultagen?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einrichtung * Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an Schultagen?	126	98,4%	2	1,6%	128	100,0%

Einrichtung * Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an Schultagen? Kreuztabelle

			Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an Schultagen?						Gesamt
			nie	an einem Schultag	an zwei Schultagen	an drei Schultagen	an vier Schultagen	an fünf Schultagen	
Einrichtung	Wilhelminenspital	Anzahl	17	3	3	2	4	26	55
		% innerhalb von Einrichtung	30,9%	5,5%	5,5%	3,6%	7,3%	47,3%	100,0%
	SMZ-Ost	Anzahl	30	1	2	2	2	34	71
		% innerhalb von Einrichtung	42,3%	1,4%	2,8%	2,8%	2,8%	47,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	47	4	5	4	6	60	126
		% innerhalb von Einrichtung	37,3%	3,2%	4,0%	3,2%	4,8%	47,6%	100,0%

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,571 ^a	5	,470
Likelihood-Quotient	4,603	5	,466
Zusammenhang linear-mit-linear	,399	1	,528
Anzahl der gültigen Fälle	126		

a. 8 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,75.

Zu Abbildung 32: Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an schulfreien Tagen?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Einrichtung * Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an schulfreien Tagen?	126	98,4%	2	1,6%	128	100,0%

Einrichtung * Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an schulfreien Tagen? Kreuztabelle

	Wie häufig frühstücken Sie normalerweise an schulfreien Tagen?			Gesamt
	nie	an einem Tag	an beiden Tagen	
Einrichtung <u>Wilhelminenspital</u> Anzahl	13	6	36	55

	% innerhalb von Einrichtung	23,6%	10,9%	65,5%	100,0%
SMZ-Ost	Anzahl	10	11	50	71
	% innerhalb von Einrichtung	14,1%	15,5%	70,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	23	17	86	126
	% innerhalb von Einrichtung	18,3%	13,5%	68,3%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,144 ^a	2	,342
Likelihood-Quotient	2,137	2	,344
Zusammenhang linear-mit-linear	1,054	1	,305
Anzahl der gültigen Fälle	126		

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,42.

Zu Abbildung 34: Hat sich Ihr Ernährungsverhalten verändert, seit Sie in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule die Ausbildung machen? In welcher Form?

v25 Hat sich Ihr Ernährungsverhalten seit Ausbildung verändert? * v0 Einrichtung Crosstabulation

			v0 Einrichtung		Total
			Wilhelminen-spital	SMZ-Ost	
Hat sich Ihr Ernährungsverhalten seit Ausbildung verändert?	1 Nein	Count	17	30	47
		%	30,4%	41,7%	36,7%
	2 Ja	Count	39	42	81
		%	69,6%	58,3%	63,3%
Total		Count	56	72	128
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Veränderung Ernährungsverhalten nach Schule

			Einrichtung		Total
			Wilhelminen-spital	SMZ-Ost	

v25 Hat sich Ihr Ernährungsverhalten seit Ausbildung verändert? * v0 Einrichtung Crosstabulation

			v0 Einrichtung		Total	
			Wilhelminen- spital	SMZ-Ost		
Hat sich Ihr Ernährungsverhalten seit Ausbildung verändert?	1 Nein	Count	17	30	47	
		%	30,4%	41,7%	36,7%	
	2 Ja	Count	39	42	81	
		%	69,6%	58,3%	63,3%	
Count			56	72	128	
Veränderung_Ernährungsverhalten ^a	ich esse mehr	Count	15	11	26	
		%	37,5%	26,2%		
	ich esse weniger	Count	5	7	12	
		%	12,5%	16,7%		
	ich esse regelmäßiger	Count	12	17	29	
		%	30,0%	40,5%		
	ich esse unregelmäßiger	Count	15	13	28	
		%	37,5%	31,0%		
	ich habe weniger Zeit zum Essen	Count	6	8	14	
		%	15,0%	19,0%		
	ich habe mehr Zeit zum Essen	Count	2	2	4	
		%	5,0%	4,8%		
	ich ernähre mich gesünder	Count	17	16	33	
		%	42,5%	38,1%		
	ich ernähre mich ungesünder	Count	15	9	24	
		%	37,5%	21,4%		
	ich esse mehr Fleisch	Count	3	1	4	
		%	7,5%	2,4%		
	ich esse weniger Fleisch	Count	7	7	14	
		%	17,5%	16,7%		
	Sonstiges	Count	3	3	6	
		%	7,5%	7,1%		
Total			Count	40	42	82

Percentages and totals are based on respondents.

v25 Hat sich Ihr Ernährungsverhalten seit Ausbildung verändert? * v0 Einrichtung Crosstabulation

			v0 Einrichtung		Total	
			Wilhelminen- spital	SMZ-Ost		
Hat sich Ihr Ernährungsverhalten seit Ausbildung verändert?	1 Nein	Count	17	30	47	
		%	30,4%	41,7%	36,7%	
	2 Ja	Count	39	42	81	
		%	69,6%	58,3%	63,3%	
Total			Count	56	72	128

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,734 ^a	1	,188		
Continuity Correction ^b	1,281	1	,258		
Likelihood Ratio	1,749	1	,186		
Fisher's Exact Test				,202	,129
Linear-by-Linear Association	1,720	1	,190		
N of Valid Cases	128				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,56.

b. Computed only for a 2x2 table

Zu Abbildung 36: Änderung des Essverhaltens an stressreichen Tagen?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Verändert sich Ihr Ernährungsverhalten an stressreichen Tagen? * Einrichtung	128	100,0%	0	,0%	128	100,0%

Verändert sich Ihr Ernährungsverhalten an stressreichen Tagen? * Einrichtung Kreuztabelle

			Einrichtung		Gesamt
			Wilhelminenspit I	SMZ-Ost	
Verändert sich Ihr Ernährungsverhalten an stressreichen Tagen?	Nein	Anzahl	13	20	33
		% innerhalb von Einrichtung	23,2%	27,8%	25,8%
	Ja	Anzahl	43	52	95
		% innerhalb von Einrichtung	76,8%	72,2%	74,2%
Gesamt	Anzahl		56	72	128
	% innerhalb von Einrichtung		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,343 ^a	1	,558		
Kontinuitätskorrektur ^b	,146	1	,703		
Likelihood-Quotient	,345	1	,557		
Exakter Test nach Fisher				,684	,353
Zusammenhang linear-mit-linear	,340	1	,560		
Anzahl der gültigen Fälle	128				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 14,44.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name:	Astrid Swatosch
Geburtsdatum:	29.07.1971
Geburtsort:	Eisenstadt
Nationalität:	Österreich
Familienstand:	verheiratet, 1 Tochter

Ausbildung

1977 – 1981	Volksschule, 1060 Wien
1981 – 1985	Hauptschule, 1060 Wien
1985 – 1988	Bundesfachschule für wirtschaftliche Frauenberufe, 1170 Wien
1988 – 1991	Allgemeine Krankenpflegeschule am Wilhelminenspital
1992 – 1996	Bundesrealgymnasium für Berufstätige, 1150 Wien
1998 – 1999	Sonderausbildungskurs für Intensivpflegepersonal
2004 – 2006	Universitätslehrgang für Gesundheits- und KrankenpflegelehrerInnen
2004 – 2006	Masterstudium University of Derby

	2006 – 2009	Individuelles Studium der Pflegewissenschaft
<i>Berufserfahrung</i>		
	1991 - 1993	Cardiologie Wilhelminenspital
	1993 – 2003	Herzintensiv Wilhelminenspital
	2004 – dato	Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital

Hiermit versichere ich:

Dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dass ich dieselbe Arbeit weder im In- oder Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Die Arbeit stimmt mit der von der Begutachterin beurteilten überein.

Astrid Swatosch, im Juli 2009