



Die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler im Kanton Wallis

2002-2014

Ergebnisse der Studie

"Health Behaviour in School-aged Children"

Impressum

© Walliser Gesundheitsobservatorium, November 2017

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet.

Verfassung und Datenbearbeitung:

Frédéric Clausen¹, Frédéric Favre¹, PD Dr. Arnaud Chiolero^{1,2}

1. Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO), Sitten;
2. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP)

Dank:

Marina Delgrande Jordan, Projektleiterin, und Yvonne Eichenberger, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Sucht Schweiz in Lausanne, für ihre Informationen zur HBSC-Studie und die Übermittlung zusätzlicher Schweizer Daten.

Jean-Bernard Moix, Direktor, und Alexandre Dubuis, Kommunikationsverantwortlicher, Gesundheitsförderung Wallis in Sitten, für ihr Gegenlesen.

Zitierhinweis:

Die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler im Kanton Wallis, 3. Bericht. Clausen, F., Favre, F., Chiolero, A., Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO). Sitten, November 2017.

Kann bezogen werden bei:

Walliser Gesundheitsobservatorium: www.ovs.ch

Originalsprache des Berichts: Französisch

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	5
II. Einleitung	7
1. Zielsetzung	7
2. Gesundheit der Jugendlichen	7
3. Gesundheit und sozioökonomischer Status	8
III. Methodik und Eigenschaften der Studie	9
1. Population und Sampling	9
2. Beschreibung der Stichprobe.....	9
3. Vorstellung und Auswertung der Ergebnisse	10
3.1 Standardisierung der Ergebnisse.....	10
3.2 Fehlermargen	10
3.3 Indikator «sozioökonomischer Status».....	10
IV. Ergebnisse	12
1. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	12
1.1 Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand.....	12
1.2 Körperliche und psycho-emotionale Beschwerden.....	14
1.3 Medikamenteneinnahme wegen Schlafproblemen.....	16
1.4 Verletzungen und Unfälle.....	16
1.5 Körperliche Aktivität	18
1.6 Ernährungsgewohnheiten	20
1.7 Übergewicht.....	22
1.8 Konsum psychotroper Substanzen	26
A. Tabak	26
B. Alkohol.....	28
C. Cannabis	32
D. Polykonsum psychotroper Substanzen	32
2. Familiäre Beziehungen	34
2.1 Umfeld (Familie und Freunde)	34
2.2 Nutzung von Bildschirmmedien.....	34
2.3 Gewalt in der Schule.....	36
2.4 Belästigung in der Schule	38
2.5 Sexualität.....	40
V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	42
VI. Literatur- und Quellenverzeichnis	43
VII. Abbildungsverzeichnis.....	46

I. Zusammenfassung

Hintergrund

«Jugend» bedeutet zwar ein eher geringes Krankheits- und Todesrisiko, doch handelt es sich bei diesem Lebensabschnitt um eine heikle Periode, in der sich der Mensch verschiedene gesundheitsrelevante Verhaltensweisen aneignet, die er zum Teil sein Leben lang beibehält. Im vorliegenden Bericht soll das Gesundheitsverhalten der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler des Kantons Wallis im Jahr 2014 und dessen Entwicklung seit 2002 beschrieben werden. Die auf Walliser Ebene gemachten Feststellungen werden mit den Ergebnissen der 11- bis 15-Jährigen auf gesamtschweizerischer Ebene verglichen. Ausserdem wird die Beziehung zwischen dem sozioökonomischen Status der Familie und bestimmten Formen von Gesundheitsverhalten der Schüler/innen beschrieben.

Methodik

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Ergebnisse 2002, 2006, 2010 und 2014 der Internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC). Anhand dieser internationalen Studie, die alle vier Jahre in über 40 Ländern unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt wird, lassen sich der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der 11- bis 15-Jährigen in vielen Bereichen beobachten. 2014 haben im Kanton Wallis 91 Schulklassen, insgesamt 1'680 Schüler/innen, an der Studie teilgenommen (Rücklaufquote der Klassen: 86.7 %). Ein besonderes Augenmerk wurde auf den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Familie und gewissen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Schüler/innen gelegt. Der Indikator des sozioökonomischen Status wurde ausgehend von sechs Fragen erstellt, die den sozioökonomischen Status der Familie widerspiegeln.

Hauptergebnisse

Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand: 2014 beurteilt der Grossteil der Schüler/innen im Wallis ebenso wie in der Schweiz den eigenen Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet. Seit 2002 hat sich der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand der Schüler/innen nicht verändert. Je tiefer der sozioökonomische Status der Familie jedoch ist, desto mehr Schüler/innen beurteilen ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand als einigermaßen gut oder schlecht.

Übergewicht, körperliche Aktivität und Ernährungsgewohnheiten: Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist bei den Schülerinnen und Schülern zwischen 2006 und 2014 im Wallis ebenso wie in der Schweiz angestiegen. Je tiefer der sozioökonomische Status der Familie ist, desto höher ist der Anteil Schüler/innen mit Übergewicht. Die Jungen treiben häufiger als die Mädchen ausserschulischen Sport in einer Intensität, bei der sie schwitzen oder ausser Atem geraten. Seit 2002 hat sich dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern weder im Wallis noch in der Schweiz verändert. Je tiefer der sozioökonomische Status der Familie ist, desto geringer ist der Anteil Schüler/innen, die mindestens zweimal pro Woche Sport treiben. Im Wallis wie auch auf gesamtschweizerischer Ebene hat der regelmässige Verzehr von Obst und Gemüse in der Periode 2002-2014 zugenommen, während der Konsum von Süssgetränken abgenommen hat.

Tabak, Alkohol und Cannabis: Die Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums ist im Wallis und in der Schweiz zwischen 2002 und 2014 bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter gesunken. Zwischen dem sozioökonomischen Status der Familie und regelmässigem Rauchen lässt sich kein Zusammenhang feststellen. Zwischen 2002 und 2014 hat der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die angaben, einmal oder öfter betrunken gewesen zu sein, im Wallis wie auch in der Schweiz bei beiden Geschlechtern abgenommen. Der Anteil Schüler/innen, die angaben, schon zweimal oder öfter im Leben betrunken gewesen zu sein, bleibt im Wallis

aber immer noch höher als in der Schweiz. Je tiefer der sozioökonomische Status der Familie ist, desto tiefer ist der Anteil Schüler/innen, die mindestens einmal pro Monat Alkohol trinken. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums schliesslich ist bei den 14- bis 15-Jährigen zwischen 2002 und 2014 sowohl im Wallis als auch in der Schweiz stark gesunken.

Umfeld (Familie und Freundeskreis): 2014 gab die grosse Mehrheit der 11- bis 15-Jährigen im Wallis an, mit mindestens einer erwachsenen Person aus ihrem Umfeld leicht über Dinge sprechen zu können, die sie beschäftigen. Die meisten 11- bis 15-Jährigen treffen sich mindestens einmal wöchentlich abends mit Freundinnen oder Freunden. Der Grossteil der 14- bis 15-Jährigen steht täglich telefonisch oder über Internet (Instant Messaging, soziale Netzwerke) mit dem Freundeskreis in Kontakt.

Nutzung von Bildschirmmedien: 2014 gaben im Wallis wie auch in der Schweiz rund zwei von drei 11- bis 15-Jährigen an, am Wochenende drei oder mehr Stunden pro Tag vor einem Bildschirm zu sitzen (Fernseher, Games usw.). Während der Woche sitzt sowohl im Wallis als auch in der Schweiz jeder dritte Jugendliche so viel Zeit vor Bildschirmen.

Gewalt und Belästigung an der Schule: Der Anteil der 14- bis 15-Jährigen im Wallis, die zwischen 2002 und 2014 Gewalt erlitten oder ausgeübt haben, hat bei beiden Geschlechtern generell abgenommen. Der Anteil Schüler/innen, die einmal pro Woche oder öfter Opfer von Belästigung (Bullying) sind, hat hingegen leicht zugenommen.

Fazit

Es ist erfreulich festzustellen, dass die meisten Schüler/innen ihren Gesundheitszustand als gut bezeichnen und dass der Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum abgenommen haben. Diese Substanzen werden nichtsdestotrotz relativ häufig konsumiert und der Alkoholkonsum und Alkohol-Erstkonsum liegen im Wallis weiterhin über dem Schweizer Durchschnitt. Ausserdem steigt die Prävalenz von Übergewicht weiterhin an. Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Schüler/innen eines tieferen sozioökonomischen Status sind darüber hinaus meist schlechter.

II. Einleitung

1. Zielsetzung

Im vorliegenden Bericht soll das Gesundheitsverhalten der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler des Wallis im Jahr 2014 und dessen Entwicklung seit 2002 beschrieben werden. Die auf Walliser Ebene gemachten Feststellungen werden mit den Ergebnissen der 11- bis 15-Jährigen auf gesamtschweizerischer Ebene verglichen. Zum ersten Mal im Wallis wird ausserdem der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Familie und gewissen Formen von Gesundheitsverhalten der Schüler/innen beschrieben. Diese Informationen sind vor allem im Hinblick auf die Evaluation und Planung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien und -programme nützlich.

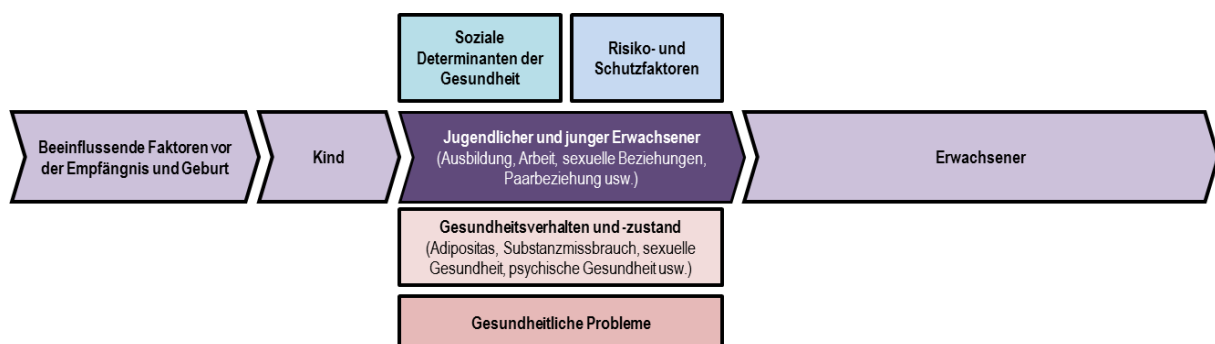
2. Gesundheit der Jugendlichen

2014 gab es im Wallis 16'602 Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren, was 5 % der Gesamtbevölkerung des Kantons entspricht. Dieser Anteil ist in der Schweiz ähnlich gross.

Die Jugend ist ein Lebensabschnitt, der sich durch eine geringe Morbidität und tiefe Mortalität auszeichnet. 2014 sind in der Schweiz 15 Jungen und 25 Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren gestorben, meist infolge eines Unfalls, wegen Suizids oder an Krebs. Im Wallis gab es 2014 keine Todesfälle in dieser Altersklasse zu verzeichnen [BFS, Todesursachenstatistik].

Jugendliche sind zwar nicht sonderlich einem Krankheits- oder Todesrisiko ausgesetzt, können aber gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen annehmen. Die Jugend ist eine Übergangsperiode zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter und einige dieser Verhaltensweisen können bis nach der Jugend beibehalten werden. Dabei kann es sich beispielsweise um zu wenig Bewegung, eine ungesunde Ernährung, risikoreiche sexuelle Handlungen oder exzessiven Alkoholkonsum handeln. Diese gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sind aber nicht die einzigen Faktoren, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Jugendlichen haben. Zahlreiche Faktoren auf biologischer, verhaltens- und umweltbezogener sowie sozioökonomischer Ebene können die Gesundheit der Jugendlichen ebenfalls beeinflussen. Diese können anhand der sogenannten «Life-course»-Perspektive, die sich auf den Lebensverlauf bezieht [Abbildung 1], aufgezeigt werden [1].

A1 Concept-Map «Gesundheit der Jugendlichen» [übernommen von [2] und angepasst]



Die Gesundheit der Jugendlichen wird nicht nur durch die Folgen gewisser Verhaltensweisen, sondern auch direkt durch biologische Veränderungen (Pubertät) und Veränderungen auf sozialer Ebene (Beziehung zu Gleichaltrigen [Peers], erste sexuelle Erfahrungen usw.) beeinflusst, die für diesen Lebensabschnitt typisch sind. Die Gesundheitsdeterminanten in Bezug auf das nahe Umfeld (Familie, Freundeskreis, Schule) wie zum Beispiel die Beziehungen zur Familie, zu den Freundinnen und Freunden oder die sexuelle Orientierung beeinflussen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen ebenfalls – sei

es als Risiko- oder als Schutzfaktoren. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen werden ausserdem durch Faktoren im Zusammenhang mit ihrem weiteren Umfeld (soziale Determinanten der Gesundheit) wie ihre Lebensbedingungen oder der Zugang zu Bildung bestimmt.

Ebenso wie die während der Jugend angeeigneten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (z.B. Rauchen), die beibehalten werden und die Gesundheit im Erwachsenenalter beeinflussen können, wird die Gesundheit in der Jugend von den Entwicklungsbedingungen (Gesundheit der Eltern, Verlauf der Schwangerschaft usw.) und den gesundheitlichen Problemen (Erbkrankheiten usw.) im Zusammenhang mit früheren Lebensphasen, während der Kindheit und vor der Geburt, bestimmt [1] [2].

Aus dem Blickwinkel des Gesundheitswesens bietet die Jugend einzigartige Möglichkeiten, um dem Aneignen gesundheits-schädigender Verhaltensweisen und deren Folgen vorzubeugen [3], da es sich um eine heikle Periode handelt, in der gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die ein ganzes Leben lang beibehalten werden können, angenommen werden (Ernährungsgewohnheiten, Tabak-, Alkoholkonsum usw.).

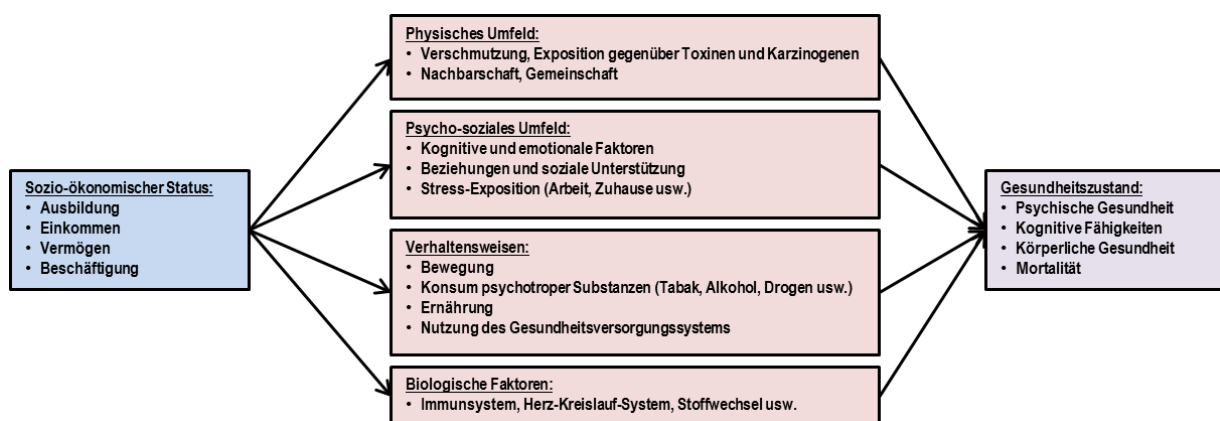
3. Gesundheit und sozioökonomischer Status

Im vorliegenden Bericht wurde ein besonderes Augenmerk auf den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Familie und gewissen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Schüler/innen gelegt.

Der sozioökonomische Status, der vom Bildungsniveau, vom Einkommen, vom Vermögen und von der Art von Beschäftigung abhängt, ist tatsächlich ein massgebender Faktor für den Gesundheitszustand. Er kann die Verhaltensweisen beeinflussen, die sich die Jugendlichen in Gesundheitsfragen aneignen [8].

Der sozioökonomische Status beeinflusst eine Vielzahl von Determinanten (physische Umgebung, psychosoziales Umfeld, verhaltensbezogene Risikofaktoren, biologische Faktoren), die den Gesundheitszustand direkt beeinflussen [Abbildung 2].

A2 Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit [übernommen von [9] und angepasst]



Die Schweiz zählt zwar zu einem der reichsten Länder der Welt, doch lassen sich in Bezug auf den Gesundheitszustand ihrer Bevölkerung je nach sozioökonomischem Status bedeutende Unterschiede beobachten. In jedem Alter ist die Mortalität bei Personen mit einem tieferen Bildungsniveau höher als bei den besser ausgebildeten Personen [10].

III. Methodik und Eigenschaften der Studie

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Ergebnisse 2002, 2006, 2010 und 2014 der Internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC). Diese alle vier Jahre durchgeführte Studie liefert wertvolle Informationen zur Erfassung des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der in öffentlichen Schulen eingeschulten 11- bis 15-Jährigen. Sie bietet die Möglichkeit, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten dieser Altersklasse in verschiedenen Bereichen zu beobachten: soziale Beziehungen (Familie, Freunde/Freundinnen), Verletzungen und Unfälle, körperliche Aktivität (Bewegung), Gewicht, Sexualität, Konsum psychotroper Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabis) usw. Das Walliser Gesundheitsobservatorium und Sucht Wallis haben gestützt auf die Daten der HBSC-Studien schon mehrere Berichte veröffentlicht [4] [5] [6] [7].

Die HBSC-Studie wird alle vier Jahre in über 40 Ländern unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. In der Schweiz wird die HBSC-Studie seit 1986 von Sucht Schweiz mit der Unterstützung der Kantone durchgeführt. Die Daten der Studie werden über einen schriftlichen standardisierten Fragebogen erfasst [11]. Die Fragen wurden von einer Expertengruppe der teilnehmenden Länder ausgearbeitet. Ausserdem enthält die Schweizer Version zusätzliche Fragen von Sucht Schweiz. Der Fragebogen wurde in zwei Versionen ausgearbeitet: eine kurze für die Schüler/innen des 5. bis 7. Schuljahres (HarmoS 7 bis 9) und eine längere für die Schüler/innen des 8. und 9. Schuljahres (HarmoS 10 und 11). Einige Fragen in Bezug auf die Sexualität oder den Konsum illegaler Drogen werden nur den 14- bis 15-Jährigen gestellt (langer Fragebogen).

Die Schüler/innen, die für die HBSC-Studie 2014 befragt wurden, haben den Fragebogen im Klassenverbund während einer 45-minütigen Schulstunde ausgefüllt. Den Lehrpersonen stand es frei, an welchem Tag sie den Fragebogen ausfüllen liessen (zwischen Januar und April 2014). Das Ausfüllen des Fragebogens war freiwillig und die Anonymität ist gewährleistet.

1. Population und Sampling

Die Auswahl der Schüler/innen erfolgte mittels einer Klumpenstichprobe (*cluster sampling*). Die Klassen – nicht die Schülerinnen und Schüler – wurden zufällig ausgewählt, wobei jede Klasse ein Cluster bildete. Die Grundgesamtheit für die Auswahl der Klassen bildeten alle öffentlichen Schweizer Schulklassen des 5. bis 9. Schuljahres (HarmoS 7 bis 11), mit Ausnahme der Sonderklassen und -schulen.

Die Stichprobe wurde nach Kanton geschichtet, um die Vertretung aller Kantone zu gewährleisten. Unter den insgesamt 20'586 Schweizer Schulklassen wurden nach dem Zufallsprinzip 734 Klassen ausgewählt. 630 Klassen (11'452 Schüler/innen) haben an der Studie teilgenommen (Rücklaufquote der Klassen: 85.8 %). Im Wallis hat der Staat Wallis eine zusätzliche Stichprobe (*oversampling*) finanziert, um die Stichprobe des Kantons zu vergrössern. Von den insgesamt 866 Walliser Schulklassen wurden 105 ausgelost. 91 Klassen (1'680 Schüler/innen) haben an der Studie teilgenommen (Rücklaufquote der Klassen: 86.7 %).

2. Beschreibung der Stichprobe

An der HBSC-Studie 2014 haben 1'680 Schüler/innen teilgenommen. Die Daten von 58 Schülerinnen und Schülern wurden ausgeschlossen, weil sie zu unvollständig oder offensichtlich ungültig waren (unmögliche oder widersprüchliche Antworten) oder weil die Angaben zu Alter und/oder Geschlecht fehlten. Ausserdem gehörten einige der Schüler/innen in den teilnehmenden Klassen nicht zur Zielgruppe der 11- bis 15-Jährigen. Aus diesem Grund wurden die Daten von weiteren 183 Schülerinnen und Schülern ausgeschlossen. Die schlussendlich analysierte Stichprobe bezog sich also auf 1'439 Schüler/innen, wovon 50.5 % männlich waren (N = 727) [T1].

T1 Bildung der Stichprobe, nach Alter und Geschlecht, Wallis, HBSC-Studie 2014 [Sucht Schweiz, HBSC]

	Jungen	Mädchen	Total
11-Jährige	162	139	301
12-Jährige	163	162	325
13-Jährige	164	158	322
14-Jährige	155	165	320
15-Jährige	83	88	171
Total	727	712	1'439

Die im vorliegenden Bericht aufgezeigten Analysen beziehen sich sowohl auf die Walliser Daten (Schüler/innen der befragten Walliser Klassen), als auch auf Schweizer Daten und betreffen die Jahre 2002, 2006, 2010 und 2014 [T2].

T2 Umfang der Stichproben der HBSC-Studien 2002-2014 (11- bis 15-Jährige), Wallis und Schweiz [Sucht Schweiz, HBSC]

	Wallis	Schweiz
2002	1'123	9'388
2006	1'087	9'791
2010	1'198	10'123
2014	1'439	9'894

3. Vorstellung und Auswertung der Ergebnisse

3.1 Standardisierung der Ergebnisse

Da der Prozentsatz von Geschlecht und Altersklasse der Umfrageteilnehmenden vom tatsächlichen Bevölkerungsbild abweichen kann, wurden sämtliche Ergebnisse der HBSC-Studien 2002 bis 2014 standardisiert (direkte Standardisierung), wobei als Referenzgrundlage die ständige 11- bis 15-jährige Wohnbevölkerung des Kantons Wallis von 2014 genommen wurde [BFS, STATPOP].

3.2 Fehlermargen

Die Daten der HBSC-Studie basieren auf einem Fragebogen, der bloss einer Stichprobe und nicht sämtlichen Schülerinnen und Schülern ausgehändigt wurde, sodass man mit einer Verallgemeinerung der Resultate vorsichtig sein muss und eine Fehlermarge zu berücksichtigen ist, welche die zufällige Variabilität der Stichprobe reflektiert. Diese Fehlermarge hängt von der Stichprobengrösse ab. Je kleiner die Stichprobe, desto grösser ist die Fehlermarge. Um die Ergebnisse lesefreundlicher darzustellen, ist die Fehlermarge in den Abbildungen nicht aufgeführt. Sie wurde jedoch bei der Auswertung der Ergebnisse berücksichtigt.

3.3 Indikator «sozioökonomischer Status»

Die meisten aufgezeigten Ergebnisse sind nach Geschlecht und Alter differenziert. In einigen Fällen, in denen dies sinnvoll erschien, wurde der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsverhalten und einem Indikator «sozioökonomischer Status» evaluiert (Tendenztest nach Cochran-Armitage). Dieser Indikator des sozioökonomischen Status, der den sozioökonomischen Status der Familie reflektiert, wurde ausgehend von der Methode von Sucht Schweiz erstellt.

In einem ersten Schritt wurde ein Score des sozioökonomischen Status (0 bis 13 Punkte) gebildet, der aus den folgenden sechs Fragen errechnet wurde:

- Hast du ein Zimmer für dich allein?
- Hat deine Familie ein Auto, einen Bus (Van) oder einen Lastwagen?
- Wie viele Computer besitzt deine Familie (dazu zählen auch Laptops und Tablets wie iPad, aber nicht Spielkonsolen und Smartphones)?
- Wie oft waren du und deine Familie letztes Jahr ausserhalb der Schweiz in den Ferien?
- Wie viele Badezimmer (Räume mit einer Badewanne und/oder einer Dusche) habt ihr zu Hause?
- Hat deine Familie eine Geschirrspülmaschine zu Hause?

Der Score wurde für alle Schüler/innen, die alle sechs Fragen beantwortet hatten, berechnet. Auf der Grundlage dieses Scores wurden drei sozioökonomische Kategorien festgelegt: tief (20 % der Schüler/innen; Score von 0 bis 8), mittel (60 %; Score von 9 bis 12) und hoch (20 %; Score von 12 bis 13). Von den 1'369 berücksichtigten Walliser Schülerinnen und Schülern haben 300 einen tiefen, 814 einen mittleren und 255 einen hohen sozioökonomischen Status **[T3]**.

Die Geschlechterverteilung (Chi-Quadrat-Test) und das Durchschnittsalter (Varianzanalyse [ANOVA]) sind zwischen den verschiedenen Kategorien von sozioökonomischem Status ähnlich.

IV. Ergebnisse

1. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

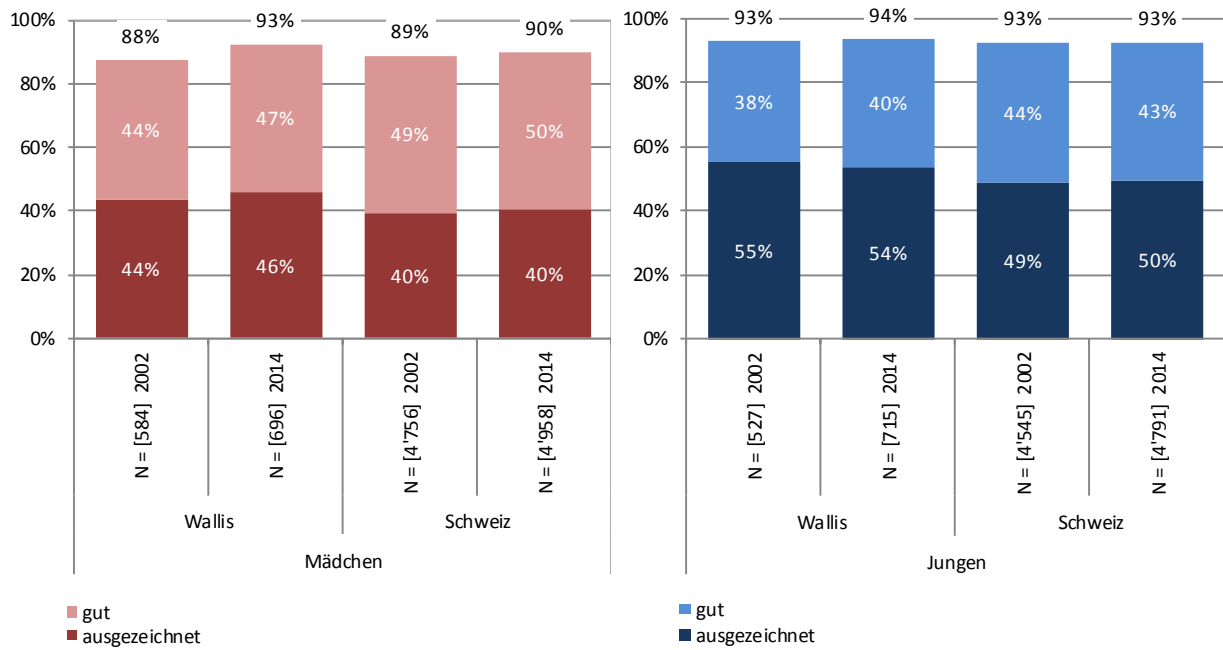
1.1 Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand

Der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand ist ein subjektiver Indikator des allgemeinen Gesundheitszustands, der widerspiegelt, wie eine Person ihre allgemeine Gesundheit sieht [12]. Mithilfe dieses Indikators kann man sich ein Bild des Gesundheitszustands der Jugendlichen machen, da die meisten Jugendlichen keine Krankheiten haben und objektiv betrachtet gesund sind, sodass die Indikatoren zu Mortalität oder Morbidität nicht wirklich aufschlussreich sind.

Der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand der 11- bis 15-Jährigen im Wallis ist im Allgemeinen gut bis ausgezeichnet. 2014 haben 93 % der Mädchen und 94 % der Jungen ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet beurteilt **[G1]**. Diese Resultate sind mit denjenigen auf Schweizer Ebene vergleichbar und bleiben für die Periode 2002-2014 stabil.

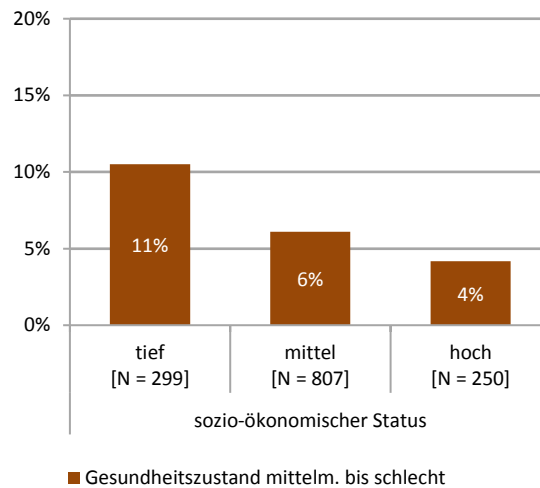
Der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand zeigt einen Zusammenhang zum sozioökonomischen Status: Je tiefer der sozioökonomische Status ist, desto mehr Schüler/innen beurteilen ihren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand als einigermassen gut bis schlecht **[G2]**.

G1 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet beurteilen, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G2 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet beurteilen, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

1.2 Körperliche und psycho-emotionale Beschwerden

Psycho-emotionale Beschwerden wie Müdigkeit, schlechte Laune oder Einschlafschwierigkeiten sowie körperliche Beschwerden wie Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen treten in der Jugend recht häufig auf. Diese Beschwerden stellen einen Indikator für den subjektiven Gesundheitszustand der Jugendlichen dar, der von ihrem familiären Umfeld, ihrer Lebensweise, ihren Schulnoten, sozialen Beziehungen und Lebensbedingungen beeinflusst wird [8] [13].

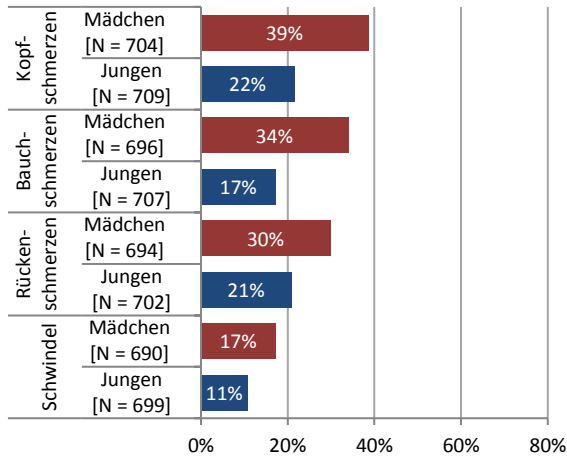
Von jeder der in der Studie berücksichtigten Beschwerden sind mehr Mädchen als Jungen betroffen **[G3]**. Im Wallis gaben im Jahr 2014 insgesamt 63 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen an, mindestens einmal pro Woche müde zu sein, 55 % schlecht gelaunt oder gereizt zu sein und 50 % schlecht einschlafen zu können. Diese Anteile betragen bei den Jungen 51 %, 45 % und 41 %. 39 % der Mädchen und 22 % der Jungen gaben an, mindestens einmal pro Woche Kopfschmerzen zu haben. Diese Anteile liegen für Bauchschmerzen bei 34 % und 17 %. Diese Ergebnisse sind mit denen auf Schweizer Ebene vergleichbar.

Durch die HBSC-Studie lässt sich auch die Prävalenz multipler und häufiger Beschwerden evaluieren, was wie folgt definiert wird: Aufweisen von mindestens zwei Beschwerden (müde sein, schlecht einschlafen können, Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen haben, sich schwindlig fühlen) mehr als einmal pro Woche. Es handelt sich um die Definition, die im Bericht von Schottland über die HBSC-Daten von 2014 verwendet wird [14], mit dem Unterschied, dass wir die folgenden Probleme ausschliessen: traurig oder bedrückt sein, gereizt oder schlecht gelaunt sein, nervös sein, ängstlich oder besorgt sein, verärgert oder wütend sein.

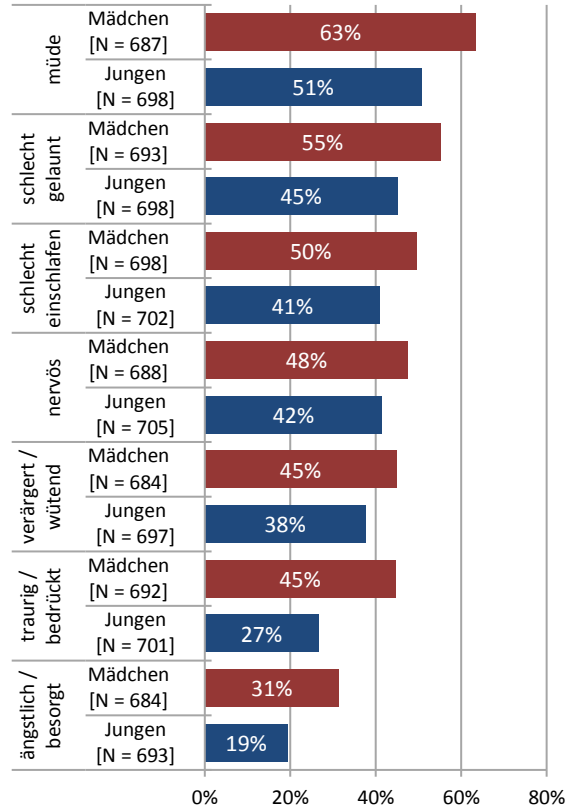
2014 betrug die Prävalenz multipler und häufiger Beschwerden in den letzten sechs Monaten im Wallis bei den 11- bis 15-jährigen Mädchen 39 % und bei den gleichaltrigen Jungen 21 % **[G4]**. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denen auf Schweizer Ebene (Mädchen: 36 %; Jungen: 22 %).

G3 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die angaben, im Laufe der letzten sechs Monate mindestens einmal pro Woche körperliche und psycho-emotionale Beschwerden gehabt zu haben, nach Geschlecht, Wallis, 2014

Körperliche Beschwerden

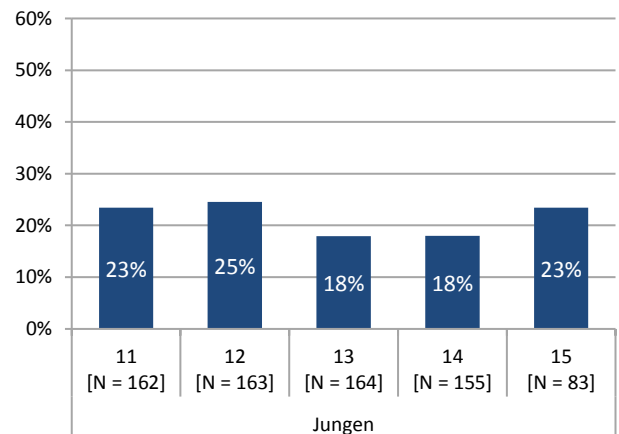
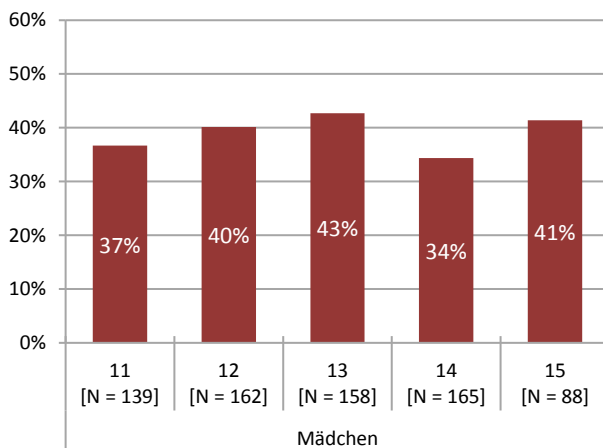


Psycho-emotionale Beschwerden



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G4 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten sechs Monate mehr als einmal pro Woche multiple Beschwerden gehabt haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2014



■ mindestens zwei Beschwerden einmal pro Woche oder seltener ■ mindestens zwei Beschwerden einmal pro Woche oder seltener

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

1.3 Medikamenteneinnahme wegen Schlafproblemen

Müdigkeit und Einschlafprobleme sind die gesundheitlichen Probleme, die von den 11- bis 15-Jährigen am häufigsten genannt werden. Als Indikator zur Beurteilung der Ernsthaftigkeit dieser Probleme dient die kürzliche Einnahme (in den vergangenen 30 Tagen) von Medikamenten gegen Schlafprobleme (14- bis 15-jährige Schüler/innen).

2014 gaben im Wallis mehr als 40 % der Mädchen und Jungen an, mindestens einmal pro Woche an Müdigkeit zu leiden oder Einschlafprobleme zu haben **[G3]**. 9 % der Mädchen und 4 % der Jungen gaben allerdings an, im Laufe der letzten 30 Tage mindestens einmal Medikamente gegen Schlafprobleme genommen zu haben **[G5]**. Diese Anteile liegen auf Schweizer Ebene bei 7 % und 5 %.

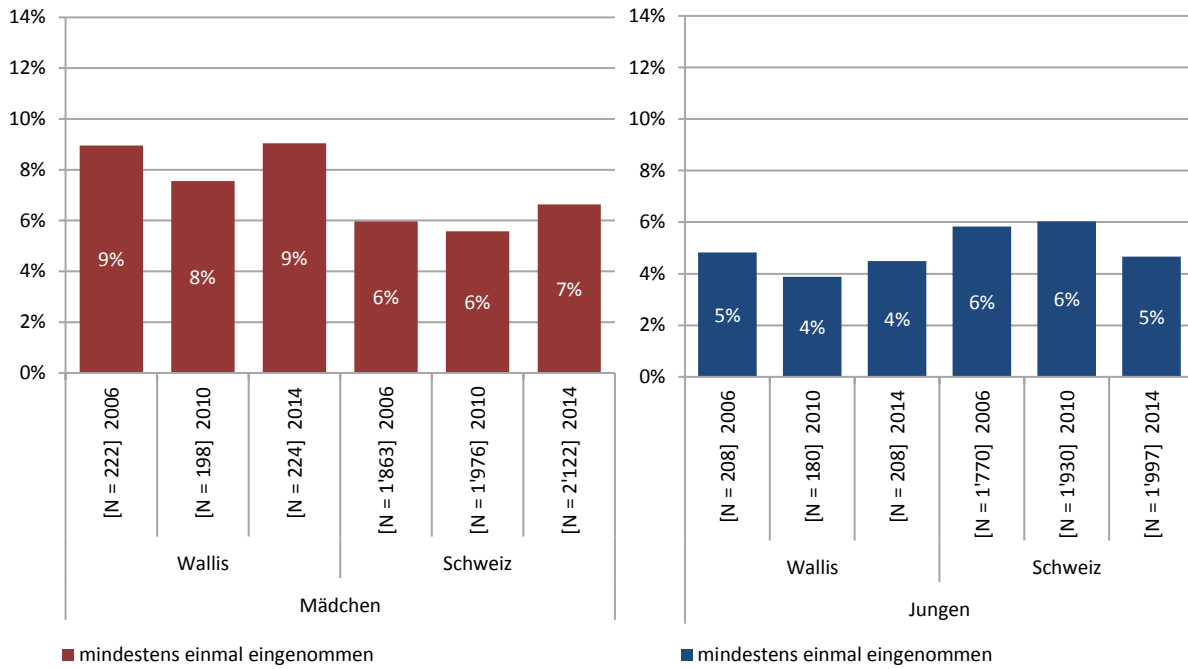
1.4 Verletzungen und Unfälle

Die Häufigkeit von Verletzungen, wegen deren die 11- bis 15-Jährigen im Laufe der letzten 12 Monate von einer Ärztin oder einem Arzt beziehungsweise von einer Pflegefachperson versorgt werden mussten, ist ein weiterer Indikator, der Aufschluss über den Gesundheitszustand der Jugendlichen gibt.

«Verletzung» wird im Fragebogen der HBSC-Studie wie folgt definiert: *«Viele Jugendliche verletzen sich, zum Beispiel beim Sport, im Strassenverkehr, beim Spielen zu Hause oder auf dem Spielplatz, aber auch bei Schlägereien. Zu den Verletzungen zählen auch Verbrennungen und Vergiftungen, jedoch keine Krankheiten wie Masern oder Grippe.»*

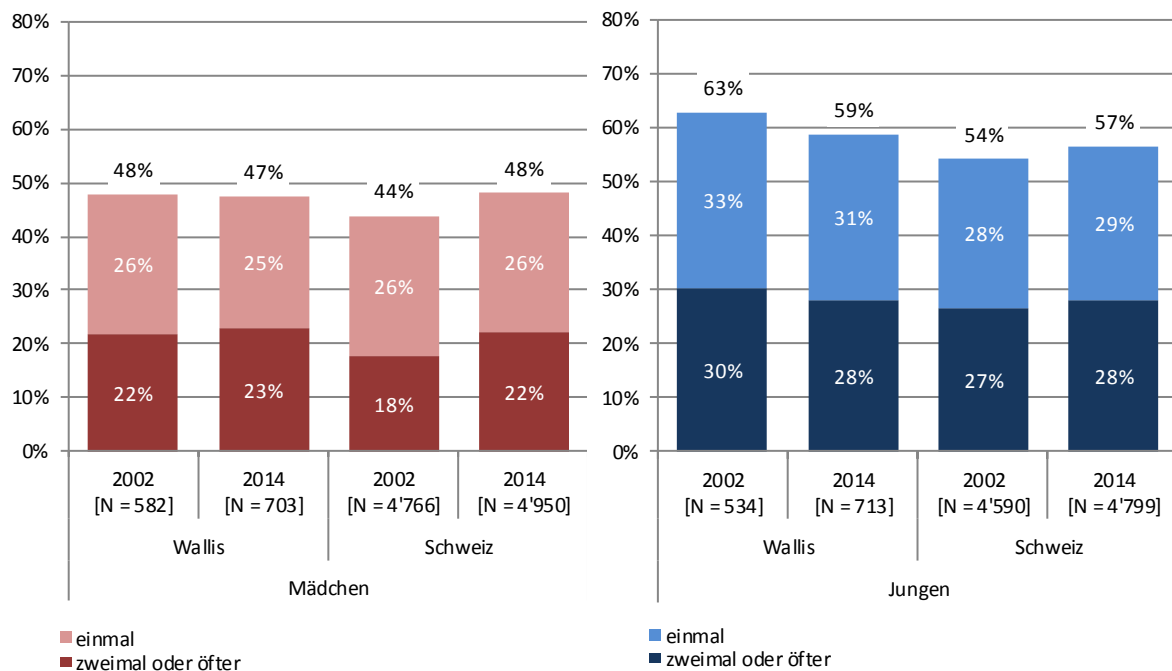
Verletzungen, die von einer Ärztin/einem Arzt oder einer Pflegefachperson versorgt werden mussten, kommen bei den Schülerinnen und Schülern im Wallis wie auch in der Schweiz häufig vor – vor allem bei den Jungen **[G6]**. 2014 gaben im Wallis 47 % der Mädchen und 59 % der Jungen an, im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal eine Verletzung erlitten zu haben und aus diesem Grund medizinisch versorgt oder gepflegt worden zu sein. 23 % der Mädchen und 28 % der Jungen wurden zweimal oder häufiger verletzt. Seit 2002 haben sich diese Anteile nicht merklich verändert.

G5 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 30 Tage mindestens einmal Medikamente gegen Schlafprobleme genommen haben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2006-2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G6 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 12 Monate verletzt wurden, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014



Bemerkung(en):

1. Verletzung, wegen der eine Schülerin oder ein Schüler von einer Ärztin oder einem Arzt beziehungsweise von einer Pflegefachperson versorgt werden musste.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

1.5 Körperliche Aktivität

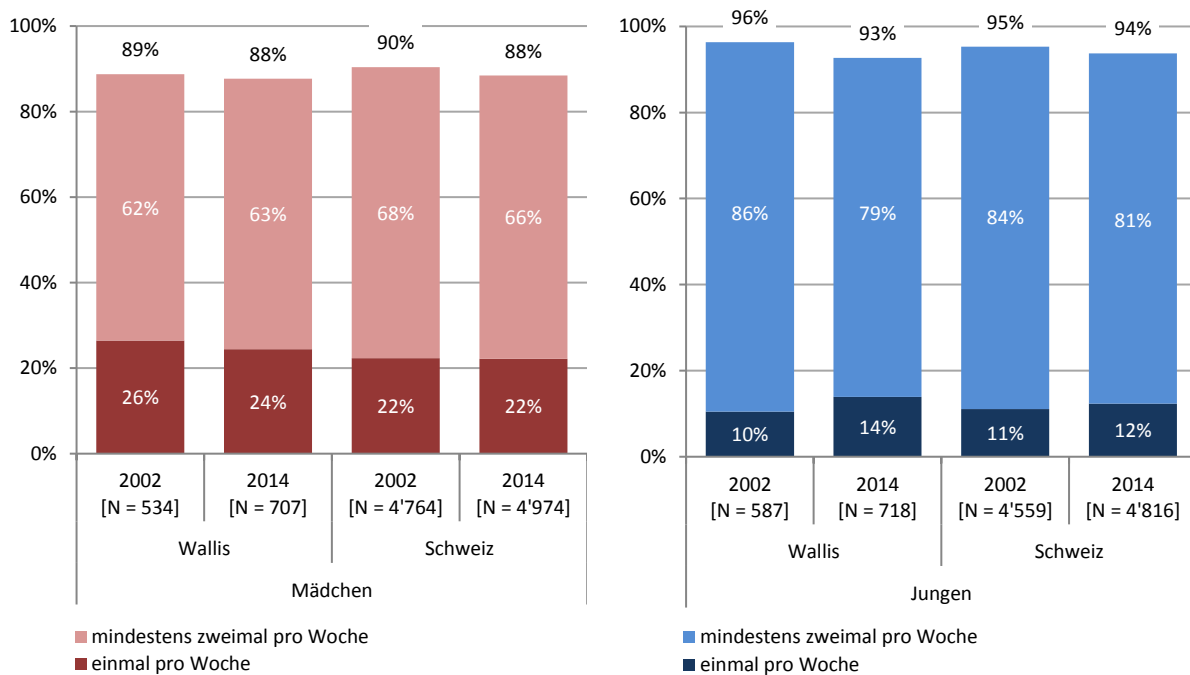
Regelmässige körperliche Aktivität ist ein Faktor, der zum Schutz der Gesundheit beiträgt. Sie hilft dem Auftreten zahlreicher chronischer Krankheiten vorzubeugen, leichter ein Idealgewicht zu halten und gewiss auch das allgemeine Wohlbefinden zu verbessern [15]. Moderate bis hohe körperliche Aktivität beeinflusst die körperliche und geistige Gesundheit der Jugendlichen positiv [16]. Zudem ist die Jugend eine Schlüsselperiode, in der man sich gesunde Lebensgewohnheiten aneignet (namentlich ausreichend Bewegung), die man bis ins Erwachsenenalter hinein beibehält [[17] zitiert in [18]].

Jugendlichen zum Ende der obligatorischen Schulzeit wird pro Tag mindestens eine Stunde körperliche Aktivität mittlerer Intensität (mindestens leicht ausser Atem kommen) bis hoher Intensität (beschleunigter Atem und Schwitzen) empfohlen [19].

Die 11- bis 15-jährigen Jungen treiben häufiger als die Mädchen ausserschulischen Sport in einer Intensität, die dazu führt, dass sie schwitzen oder ausser Atem geraten. Seit 2002 hat sich dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern weder im Wallis noch in der Schweiz verändert **[G7]**. 2014 trieben 88 % der Mädchen und 93 % der Jungen mindestens einmal pro Woche ausserhalb der Schule Sport.

Je höher der sozioökonomische Status der Familie ist, desto höher ist der Anteil Schüler/innen, die mindestens zweimal pro Woche Sport treiben **[G8]**.

G7 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal pro Woche ausserhalb der Schule Sport treiben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014

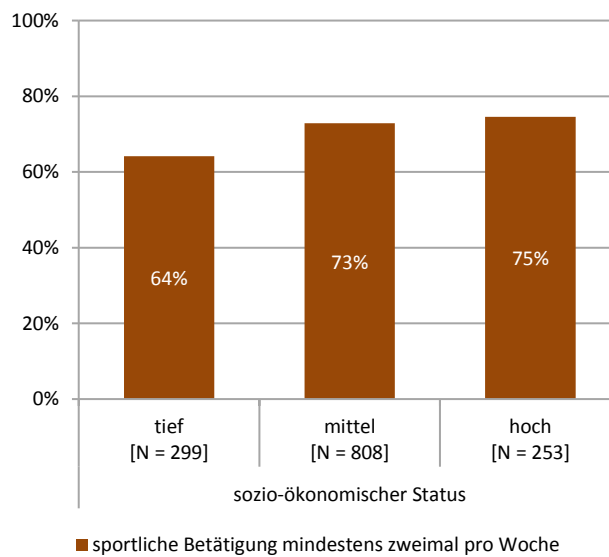


Bemerkung(en):

1. Körperliche Aktivität, die dazu führt, dass man schwitzt oder ausser Atem gerät.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G8 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens zweimal pro Woche ausserhalb der Schule Sport treiben, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

1.6 Ernährungsgewohnheiten

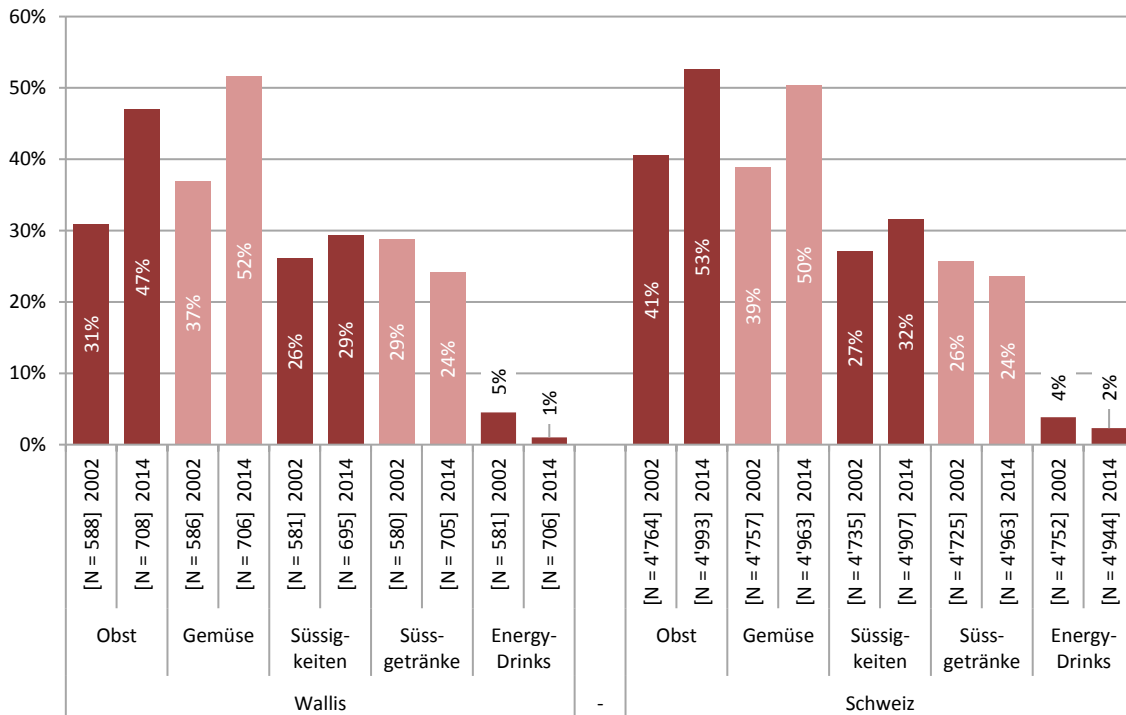
Die Ernährungsgewohnheiten haben einen Einfluss auf die Gesundheit. Der regelmässige Verzehr von Obst und Gemüse ist ein Schutzfaktor, der das Risiko chronischer Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, reduziert [20]. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung empfiehlt den Jugendlichen täglich fünf Portionen Obst und Gemüse in verschiedenen Farben zu essen, davon drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Früchte [21].

Der regelmässige Konsum von Süssigkeiten und Süssgetränken hingegen ist ein Risikofaktor für die Gesundheit, weil dadurch die Wahrscheinlichkeit von Gewichtsproblemen (Übergewicht und Adipositas) [22] [23] und Zahnproblemen [24] zunimmt. Das häufige Trinken von Energydrinks, die neben viel Zucker auch Koffein enthalten, hat auch potenziell negative Auswirkungen auf die Gesundheit [25]. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung empfiehlt Jugendlichen, Süssgetränke nur gelegentlich zu trinken. Ebenso sollten Energydrinks vorsichtig und mit Mass getrunken werden. Täglich sollte nicht mehr als eine kleine Portion Süssigkeiten und Süssgebäck gegessen werden. Eine Portion entspricht beispielsweise einem Schokoladenriegel, einer Kugel Eis oder einer Handvoll Chips [21].

Im Wallis wie auch in der Schweiz nimmt der regelmässige Verzehr von Obst und Gemüse bei den 11- bis 15-Jährigen zu, während der Konsum von Süssgetränken sinkt **[G9 und G10]**. 2014 gaben im Wallis 47 % der Mädchen (2002: 31 %) und 40 % der Jungen (2002: 28 %) an, mindestens einmal täglich Früchte zu essen. 52 % der Mädchen (2002: 37 %) und 42 % der Jungen (2002: 30 %) gaben 2014 an, mindestens einmal täglich Gemüse zu essen. 2014 gaben im Wallis 24 % der Mädchen (2002: 29 %) und 37 % der Jungen (2002: 27 %) an, mindestens einmal täglich Süssgetränke zu trinken. Der Verzehr von Süssigkeiten (Bonbons, Schokolade) hingegen nimmt bei den Mädchen sowohl im Wallis als auch auf Schweizer Ebene zu. 2014 gaben im Wallis 29 % der Mädchen (2002: 26 %) an, mindestens einmal täglich Süssigkeiten zu essen.

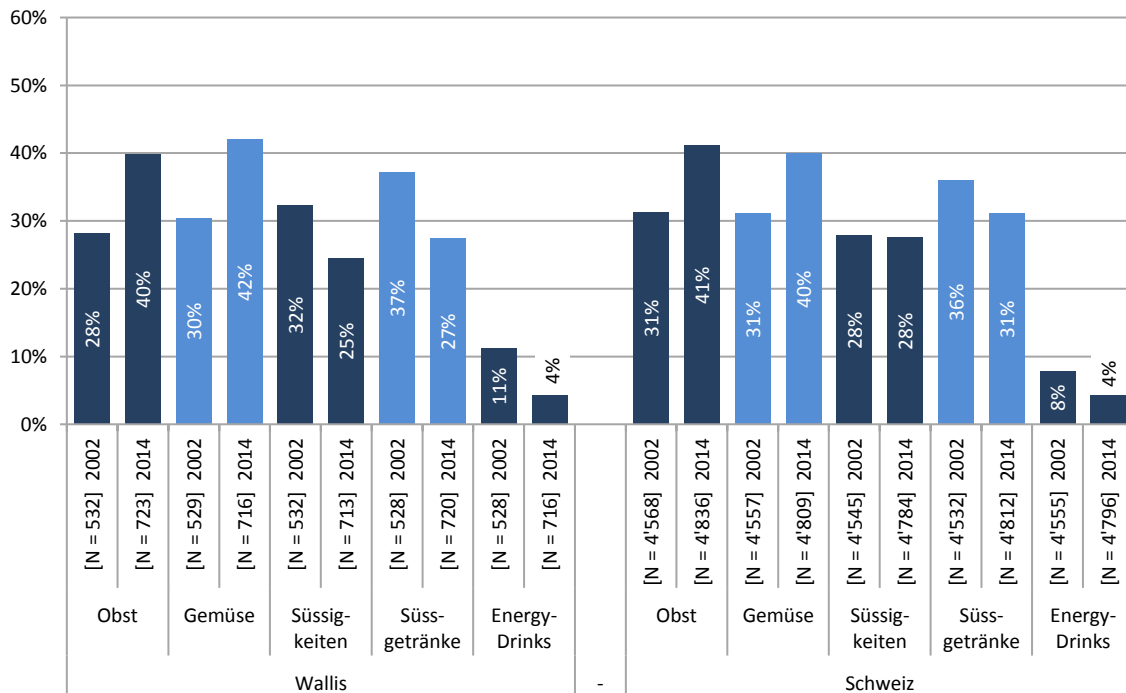
Energydrinks werden im Allgemeinen sehr selten getrunken, bedeutend häufiger allerdings von den Jungen. 2014 gaben im Wallis 4 % der Jungen an, mindestens einmal täglich Energydrinks zu trinken. Bei den Mädchen beträgt dieser Anteil 1 %. Im Vergleich zu 2002 sind diese Anteile sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen gesunken.

G9 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen, die mindestens einmal täglich folgende Produkte konsumieren: Obst, Gemüse, Süssigkeiten, Süssgetränke und Energydrinks, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G10 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler, die mindestens einmal täglich folgende Produkte konsumieren: Obst, Gemüse, Süssigkeiten, Süssgetränke und Energydrinks, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

1.7 Übergewicht

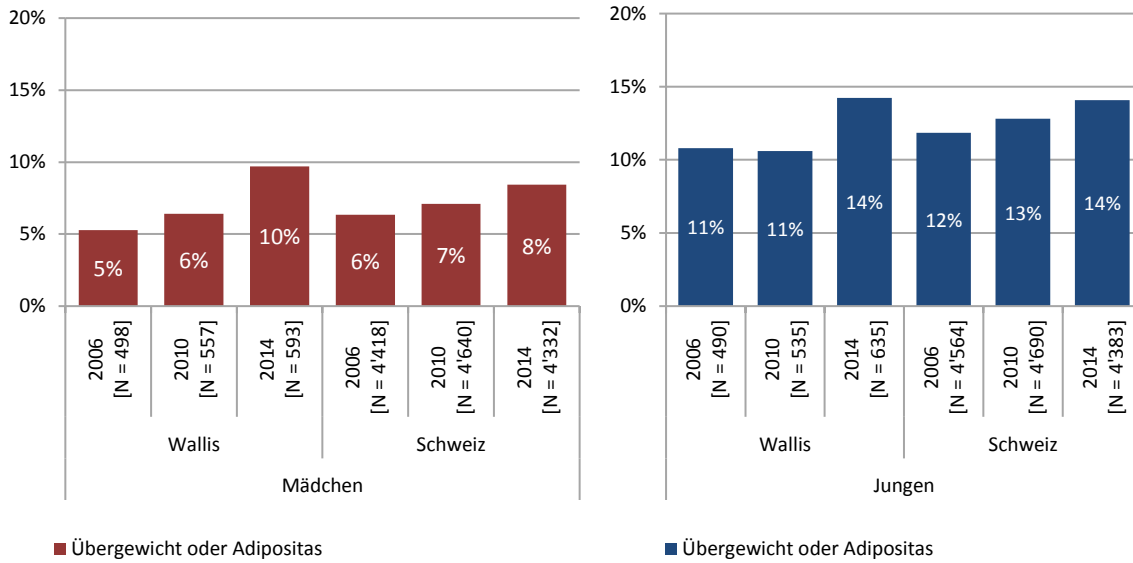
Übergewicht oder Adipositas können viele gesundheitliche Folgen haben. Sie sind beispielsweise eine der Ursachen für Bluthochdruck oder Diabetes. Ausserdem kumulieren sich bei adipösen Kindern Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen («Clustering»), was das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung im Erwachsenenalter erhöht [26]. Übergewicht in der Jugend erhöht auch die Wahrscheinlichkeit von Adipositas im Erwachsenenalter [27]. Übergewicht bei Jugendlichen hat aber nicht nur Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit, sondern kann auch die psychologische Gesundheit beeinträchtigen, das Selbstwertgefühl verringern und die soziale Isolation fördern.

Übergewicht wird anhand des Body-Mass-Index (BMI) bestimmt, der aus Körpergewicht (kg) dividiert durch Körpergrösse im Quadrat berechnet wird. Die Definition der Schwellen von Übergewicht und Adipositas basieren auf den Kriterien der International Obesity Task Force (IOTF). Diese Schwellenwerte verändern sich je nach Geschlecht und Alter [28]. Die Daten zu Gewicht und Grösse der Schüler/innen basieren auf deren eigenen Angaben, wie auch alle anderen Daten der HBSC-Studie.

Zwischen 2006 und 2014 ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei den 11- bis 15-Jährigen im Wallis deutlich angestiegen, nämlich von 5 % auf 10 % bei den Mädchen und von 11 % auf 14 % bei den Jungen **[G11]**. Diese Entwicklung deckt sich mit den Daten, die von den Schulkrankenschwestern bei den Schülerinnen und Schülern der 1. und 4. Primarklassen des Wallis (HarmoS 3 und 6) erhoben werden und die zwischen 2008/2009 und 2011/2012 bei allen Kindern eine steigende Prävalenz von Übergewicht zeigen [29]. Zwischen 2006 und 2014 ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei den 11- bis 15-Jährigen in der Schweiz von 6 % auf 8 % bei den Mädchen und von 12 % auf 14 % bei den Jungen angestiegen.

Je tiefer der sozioökonomische Status der Familie ist, desto höher ist der Anteil Schüler/innen mit Übergewicht **[G12]**.

G11 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen mit Übergewicht oder Adipositas, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2006-2014

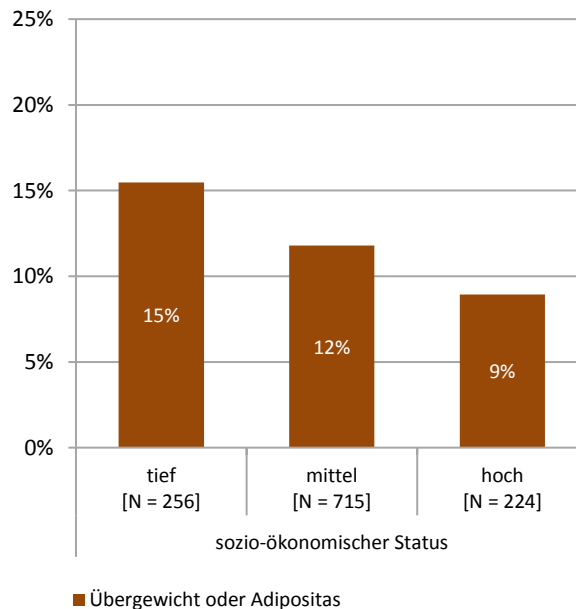


Bemerkung(en):

1. Übergewicht und Adipositas werden anhand des Body-Mass-Index (BMI (kg/m^2) = $\text{Gewicht}/\text{Grösse}^2$) definiert. Die Schwellenwerte von Übergewicht und Adipositas wurden anhand der Kriterien der International Obesity Task Force festgelegt.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G12 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen mit Übergewicht oder Adipositas, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014



Bemerkung(en):

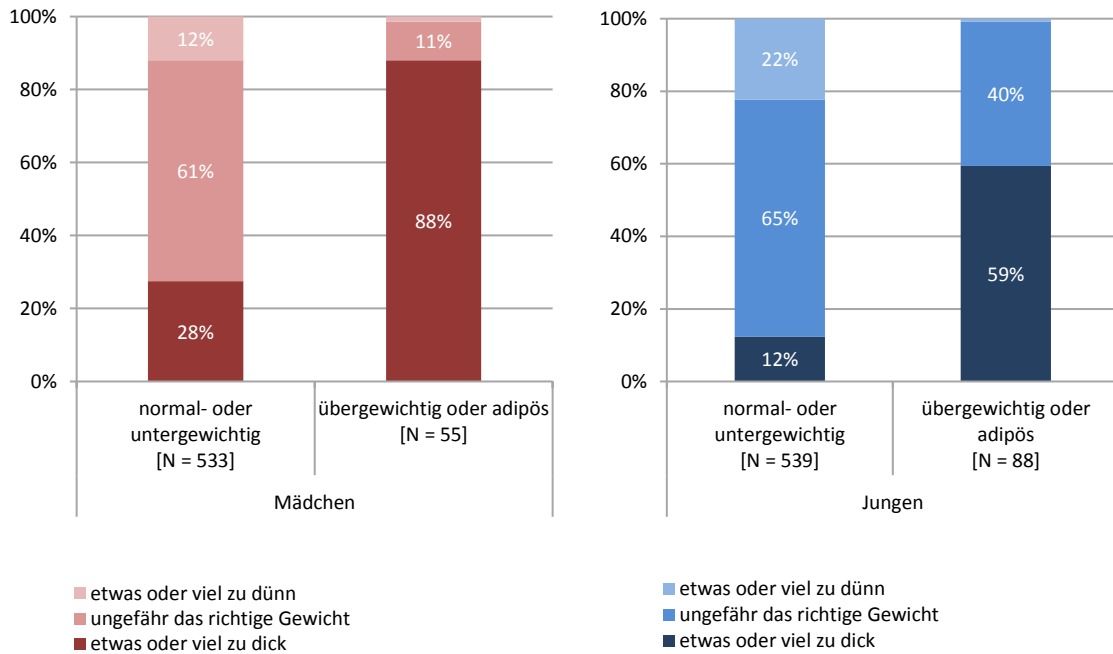
1. Übergewicht und Adipositas werden anhand des Body-Mass-Index (BMI (kg/m^2) = $\text{Gewicht}/\text{Grösse}^2$) definiert. Die Schwellenwerte von Übergewicht und Adipositas wurden anhand der Kriterien der International Obesity Task Force festgelegt.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

Die Auffassung, welche die Schüler/innen von ihrem eigenen Gewichtsstatus haben, entspricht nicht immer ihrem Status gemäss BMI **[G13]**. 2014 beurteilten sich 88 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen mit Übergewicht (BMI) im Wallis als ein bisschen oder viel zu dick. Bei den Jungen beträgt dieser Anteil 59 %. Mehr Mädchen (28 %) als Jungen (12 %) mit normalem Körpergewicht (BMI) beurteilten sich selbst als ein bisschen oder viel zu dick. Diesen Unterschied gilt es unbedingt zu berücksichtigen, da die Jugendlichen, die ihren Gewichtsstatus unterschätzen, die Präventionsbotschaften zu den gesundheitlichen Risiken von Übergewicht am ehesten ignorieren [30].

Zwischen dem Gewichtsstatus, gemessen anhand des BMI, und dem Gewichtskontrollverhalten (Diäten) lässt sich ein Zusammenhang feststellen. 2014 haben 46 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen mit Übergewicht eine Diät gemacht oder etwas anderes unternommen, um abzunehmen; bei den Jungen beträgt dieser Anteil 23 % **[G14]**. Die sehr grosse Mehrheit der Schüler/innen mit normalem BMI macht keine Diäten. Unangemessene Verhaltensweisen und Methoden zum Abnehmen können negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, beispielsweise ein gehemmtes Wachstum, ein Ernährungsdefizit oder Essstörungen [31].

G13 Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts durch die 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht und Gewichtskategorie, Wallis, 2014

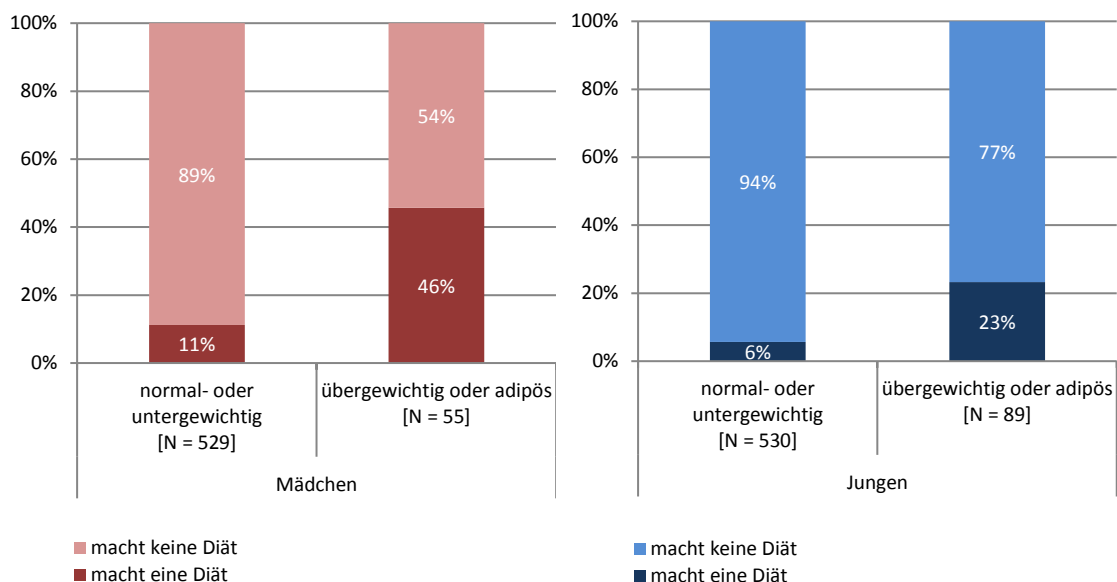


Bemerkung(en):

1. Übergewicht und Adipositas werden anhand des Body-Mass-Index (BMI (kg/m²) = Gewicht/Grösse²) definiert. Die Schwellenwerte von Übergewicht und Adipositas wurden anhand der Kriterien der International Obesity Task Force festgelegt.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G14 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die eine Diät machen, um abzunehmen, nach Geschlecht und Gewichtskategorie, Wallis, 2014



Bemerkung(en):

1. Abmagerungskur oder andere Massnahme, um abzunehmen.
2. Übergewicht und Adipositas werden anhand des Body-Mass-Index (BMI (kg/m²) = Gewicht/Grösse²) definiert. Die Schwellenwerte von Übergewicht und Adipositas wurden anhand der Kriterien der International Obesity Task Force festgelegt.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

1.8 Konsum psychotroper Substanzen

Der Konsum psychotroper Substanzen wie Tabak, Alkohol oder Cannabis ist eine grosse Herausforderung für das Gesundheitswesen. Je früher Jugendliche mit dem Konsum solcher Substanzen beginnen, desto höher ist das Risiko einer kurz- oder mittelfristigen Schädigung der Gesundheit, die direkt oder indirekt mit diesem Konsum im Zusammenhang steht [6]. Der Konsum psychotroper Substanzen in der Jugend hat häufig damit zu tun, etwas auszuprobieren oder Grenzen auszuloten und zu überschreiten.

A. Tabak

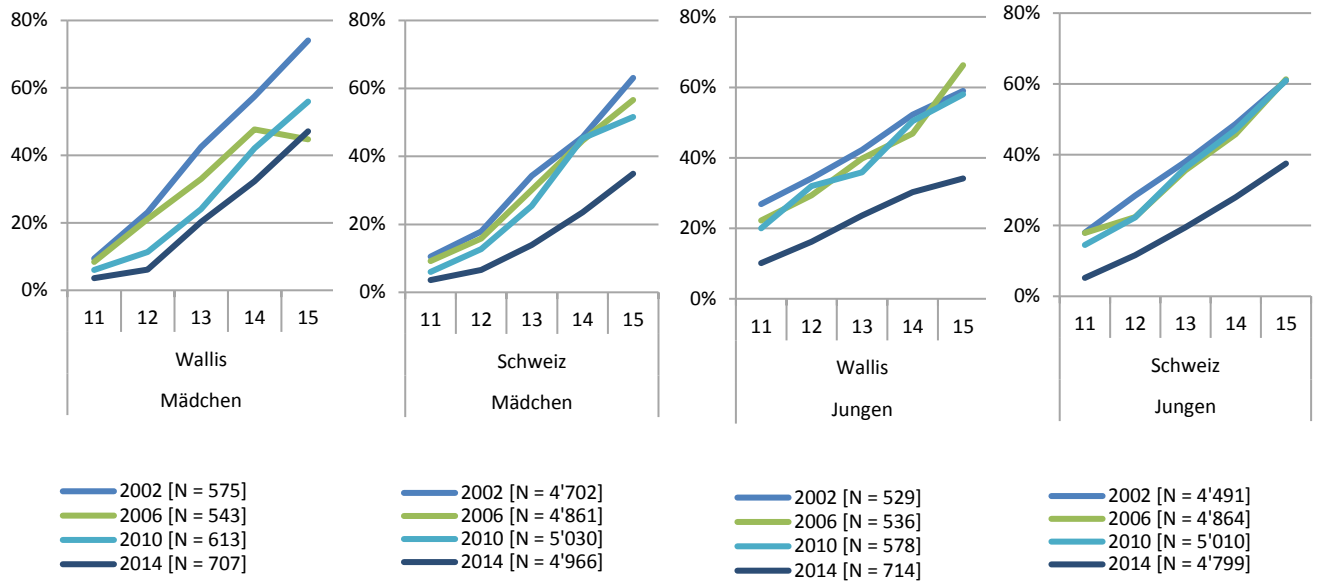
Tabakmissbrauch ist eine der häufigsten vermeidbaren Todesursachen in der Schweiz. Schätzungen des Bundesamtes für Statistik zufolge sind im Jahr 2012 rund 9'500 Personen an den direkten Folgen von Tabakkonsum gestorben, was rund 15 % der Todesfälle des besagten Jahres entspricht [32]. Rauchen kann schon in der Jugend zu einer Abhängigkeit, einer Verringerung der Lungenkapazität oder zu Asthma führen [33]. Langfristig ist es eine der Hauptursachen für Krebs (Hals, Lunge usw.) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das Risiko hängt von der Konsumdauer (Anzahl Jahre) und der Intensität ab. Je früher mit Rauchen begonnen wird, desto eher treten die dadurch verursachten Krankheiten auf [34] und desto länger wird die Abhängigkeit andauern. Daher ist es wichtig, jeglicher Tabakkonsumform schon im Kindes- und Jugendalter vorzubeugen.

Im Wallis wie auch in der Schweiz nimmt die Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums (mindestens einmal im Leben Tabak konsumiert haben) der 11- bis 15-Jährigen bei beiden Geschlechtern stark zu **[G15]**. Die allgemeine Entwicklung nimmt allerdings einen positiven Verlauf, da die Prävalenz unabhängig von Geschlecht und Alter seit 2002 gesunken ist. Zwischen 2002 und 2014 ist die Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums bei den 11-jährigen Mädchen von 9 % auf 4 % und bei den 15-jährigen Mädchen von 74 % auf 47 % gesunken. Bei den 11-jährigen Jungen haben diese Zahlen von 27 % im Jahr 2002 auf 10 % im Jahr 2014 abgenommen. Bei den 15-jährigen Jungen lässt sich eine ähnliche Entwicklung beobachten (2002: 59 %, 2014: 34 %).

Auch der regelmässige Tabakkonsum der 11- bis 15-Jährigen ist sowohl im Wallis als auch in der Schweiz rückläufig **[G16]**. 2002 hatten 14 % der Schüler/innen angegeben, mindestens einmal pro Woche zu rauchen. 2014 lag dieser Anteil bei 5 %. 2014 gaben neun von zehn Schülerinnen und Schülern (91 %) an, nicht zu rauchen (Schweiz: 92 %).

Zwischen dem sozioökonomischen Status und regelmässigem Rauchen besteht kein Zusammenhang.

G15 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal im Leben Tabak konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis-Schweiz, 2002-2014

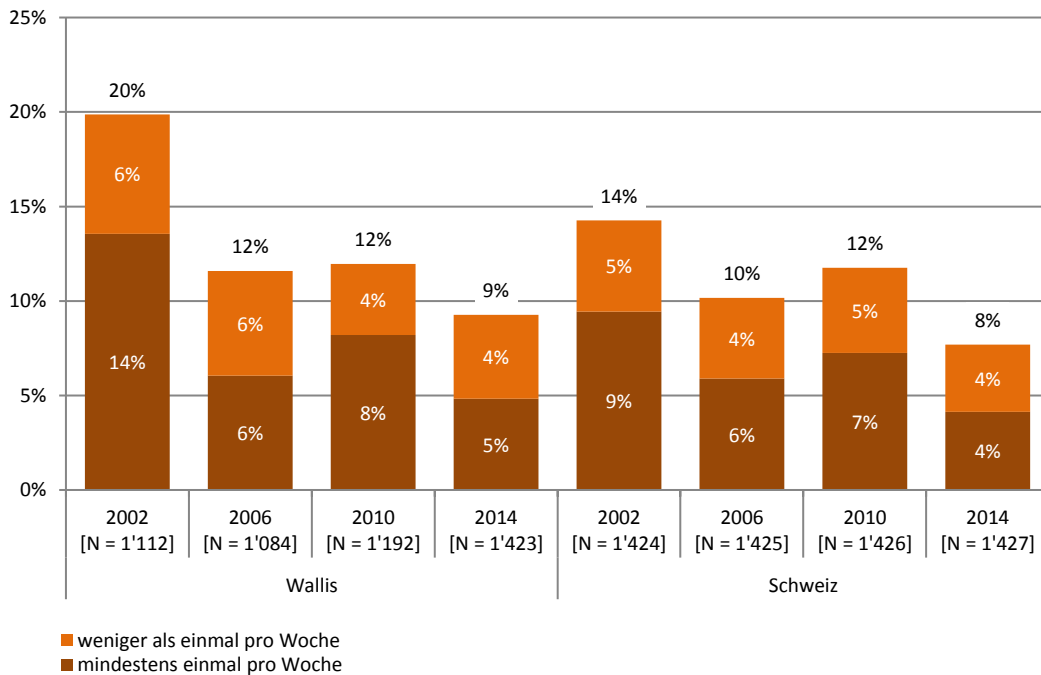


Bemerkung(en):

1. 2014 bezog sich die Frage einzig darauf, ob die Schüler/innen schon einmal in ihrem Leben Zigaretten geraucht haben. 2002, 2006 und 2010 hatte sich die Frage auf den Tabakkonsum (Zigarette, Zigarre oder Pfeife) im Laufe des Lebens bezogen.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G16 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die gegenwärtig Tabak konsumieren, nach Konsumhäufigkeit, Wallis-Schweiz, 2002-2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

B. Alkohol

Alkohol ist die in der Jugend am häufigsten konsumierte psychotrope Substanz. Alkohol wird aus verschiedenen Gründen getrunken: mehr Spass bei einer Feier haben, lockerer werden oder mit der Wirkung von Alkohol experimentieren [7].

Ein exzessiver Alkoholkonsum kann gesundheitsschädigende Folgen haben. Bei Jugendlichen kann Alkoholkonsum – schon in geringen Mengen – erhebliche Auswirkungen haben. Da Alkohol im Körper der Jugendlichen weniger schnell abgebaut wird, wirkt er bei ihnen schneller als bei Erwachsenen [6].

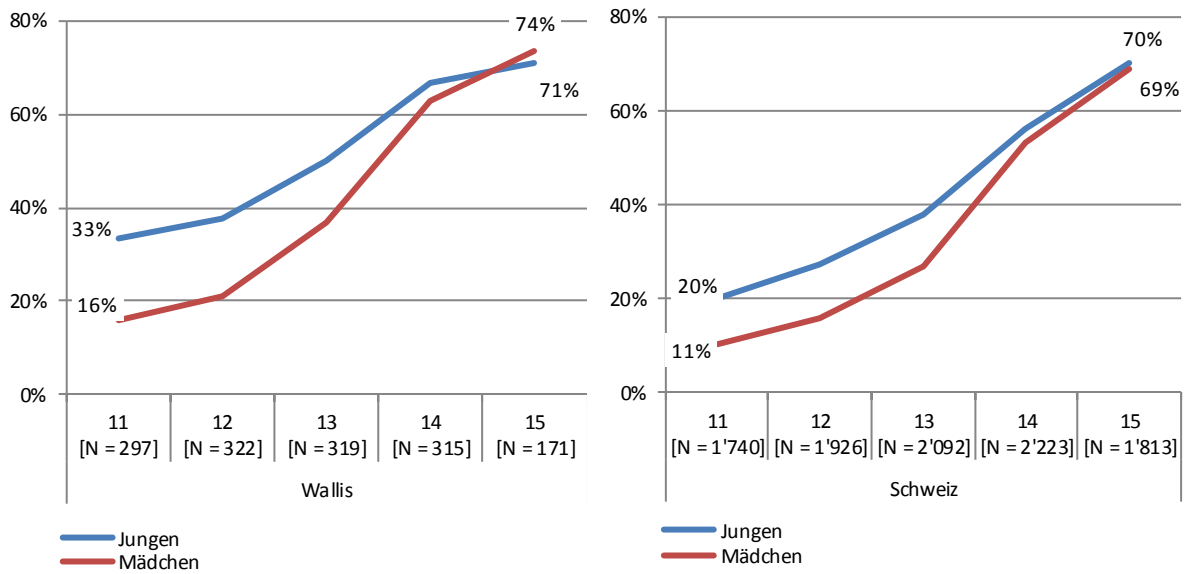
Langfristig fördert ein exzessiver und regelmässiger Alkoholkonsum die Entwicklung verschiedener Krankheiten wie Leberzirrhose und Krebs. Alkoholkonsum in der Jugend kann auch die Hirnentwicklung negativ beeinträchtigen [35]. Nebst den Auswirkungen eines regelmässigen exzessiven Alkoholkonsums sind auch episodisch risikoreiches Trinken oder Rauschtrinken (*binge drinking*) problematisch. Die Folge davon ist ein erhöhtes Unfallrisiko mit Verletzungen, Alkoholvergiftung und aggressives Verhalten.

Die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums nimmt mit dem Alter stark zu [G17]. Obschon der Alkohol-Erstkonsum bei den Mädchen etwas später zu erfolgen scheint, ist die Prävalenz im Alter von 15 Jahren bei beiden Geschlechtern jedoch ähnlich hoch. 2014 gaben 16 % der 11-jährigen Mädchen und 33 % der gleichaltrigen Jungen an, mindestens einmal im Leben Alkohol getrunken zu haben. Im Alter von 15 Jahren betragen diese Anteile bei den Mädchen 74 % und bei den Jungen 71 %. Im Vergleich zur Schweiz geben die Walliser Schüler/innen zumindest bis zum Alter von 14 Jahren häufiger an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben. Ab 15 Jahren werden diese Unterscheide gering.

Der aktuelle Alkoholkonsum unabhängig des Getränks (Bier, Wein, Alcopops, Spirituosen usw.) hat sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen zwischen 2002 und 2014 im Wallis wie auch in der Schweiz abgenommen. 2002 hatten 27 % der Mädchen und 31 % der Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren angegeben, mindestens einmal monatlich Alkohol zu trinken. 2014 sanken diese Anteile bei den Mädchen auf 11 % und bei den Jungen auf 15 %. Das am häufigsten konsumierte alkoholische Getränk in jedem Alter zwischen 11 und 15 Jahren und bei beiden Geschlechtern ist Bier [7].

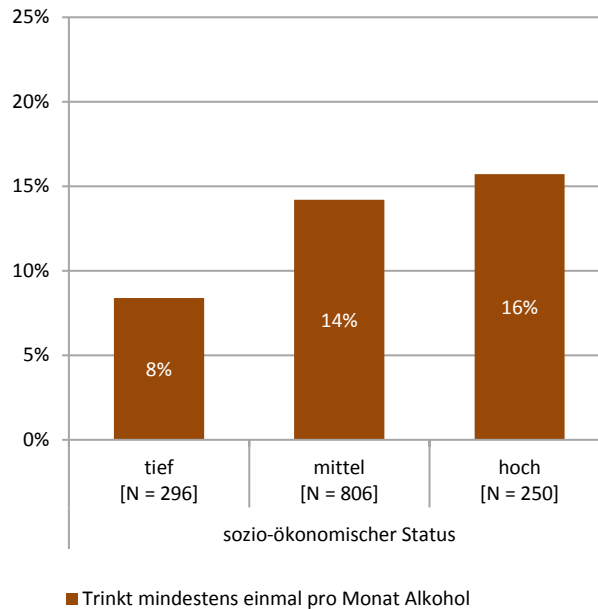
Je höher der sozioökonomische Status der Familie ist, desto höher ist der Anteil Schüler/innen, die mindestens einmal monatlich Alkohol trinken [G18].

G17 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal im Leben Alkohol konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis-Schweiz, 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G18 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal pro Monat Alkohol konsumieren, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014



Bemerkung(en):

1. Unabhängig der Art von Alkohol (Bier, Wein, Alcopops, Spirituosen usw.)

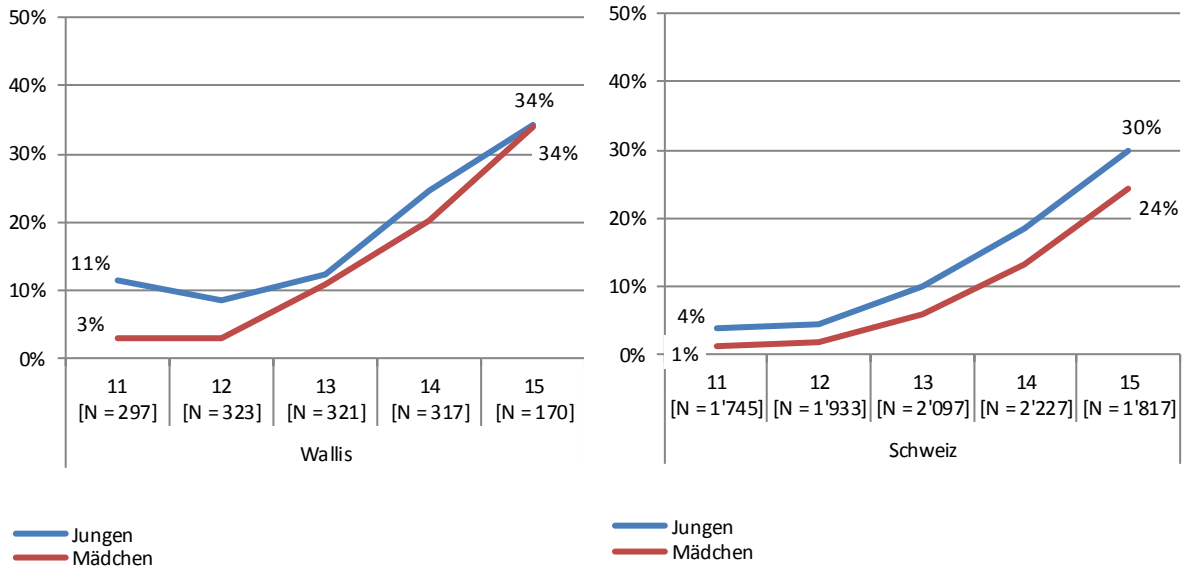
Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

Problematischer Alkoholkonsum bei Jugendlichen äussert sich insbesondere durch episodisch risikoreiches Trinken. Die Messung des episodisch risikoreichen Trinkens basiert auf der Frage: «*Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst?*» Es handelt sich hierbei also um den selbstwahrgenommenen Trunkenheitszustand, der davon abhängt, was der oder die Jugendliche unter «richtig betrunken» versteht.

Der Anteil Schüler/innen, die angeben, einmal oder öfter betrunken gewesen zu sein, nimmt zwischen dem Alter von 11 und 15 Jahren bei beiden Geschlechtern stark zu. Der Unterschied, der sich zwischen den 11- bis 12-jährigen Mädchen und Jungen feststellen lässt, gleicht sich später aus **[G19]**. Der Anteil Schüler/innen, die angeben, schon einmal oder öfter im Leben betrunken gewesen zu sein, ist im Wallis höher als in der Schweiz.

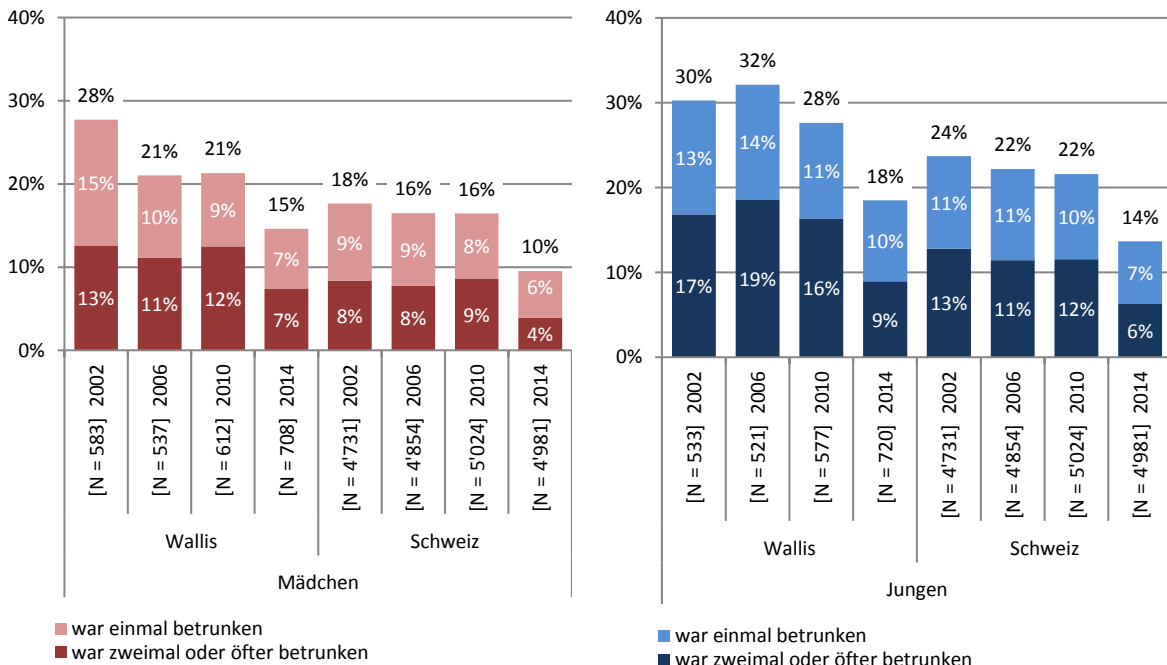
Zwischen 2002 und 2014 hat der Anteil Schüler/innen, die angeben, einmal oder öfter betrunken gewesen zu sein, im Wallis und in der Schweiz bei beiden Geschlechtern abgenommen **[G20]**. 2014 gaben im Wallis 15 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen (2002: 28 %) und 18 % der gleichaltrigen Jungen (2002: 30 %) an, einmal oder öfter betrunken gewesen zu sein. Der Anteil Schüler/innen, die angeben, schon zweimal oder öfter im Leben betrunken gewesen zu sein, bleibt im Wallis aber immer noch höher als in der Schweiz.

G19 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die schon einmal oder öfter betrunken waren, nach Geschlecht und Alter, Wallis-Schweiz, 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G20 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die schon einmal oder öfter betrunken waren, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002-2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

C. Cannabis

Cannabis ist eine psychotrope Substanz, deren regelmässiger Konsum vor allem bei Kindern und Jugendlichen das Auftreten körperlicher Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs), psychischer Störungen (Psychose, Depression, Suizidalität) oder kognitiver Beeinträchtigungen (Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrations-schwierigkeiten, Gedächtnisprobleme, psychomotorische Störungen) fördern kann [36].

2014 gaben im Wallis 18 % der 14- bis 15-Jährigen an, bereits mindestens einmal im Leben Cannabis (Joint, Shit, Gras, Marihuana, Haschisch) konsumiert zu haben. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums ist zwischen 2002 und 2014 sowohl im Wallis als auch in der Schweiz stark gesunken [G21]. 2002 hatten im Wallis 38 % der Mädchen angegeben, bereits einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. 2014 sank dieser Anteil auf 15 %. Bei den Jungen lässt sich eine ähnliche Entwicklung beobachten (2002: 37 %, 2014: 20 %).

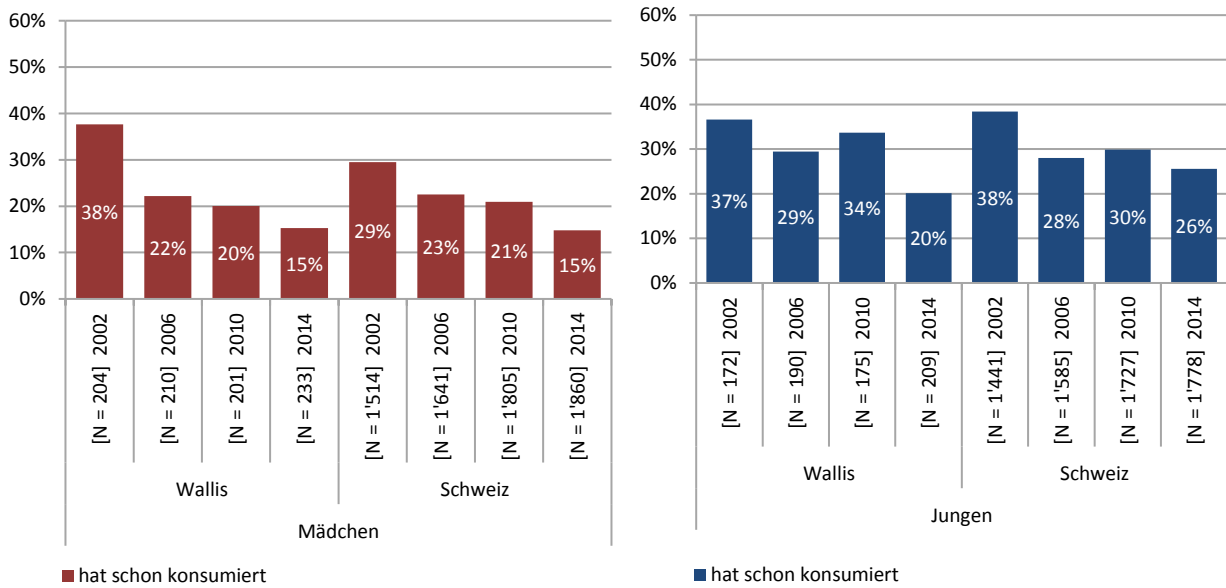
D. Polykonsum psychotroper Substanzen

Der Konsum mehrerer psychotroper Substanzen wie Tabak, Alkohol und Cannabis kann gesundheitsschädigende Wechselwirkungen haben und das Vergiftungsrisiko erhöhen [37].

Die Analyse des Polykonsums psychotroper Substanzen basiert auf den drei Fragen der HBSC-Studie 2014 zum Tabak-, Alkohol- oder Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen. Durch eine Überkreuzung der drei Fragen kann ein Bild des zeitnahen Konsums (in den letzten 30 Tagen) dieser drei Substanzen erstellt werden, was aber nicht unbedingt auf einen gleichzeitigen Konsum dieser Substanzen hinweist. Es werden nur die 14- bis 15-Jährigen, die alle drei Fragen beantwortet haben, berücksichtigt (2014: N = 421).

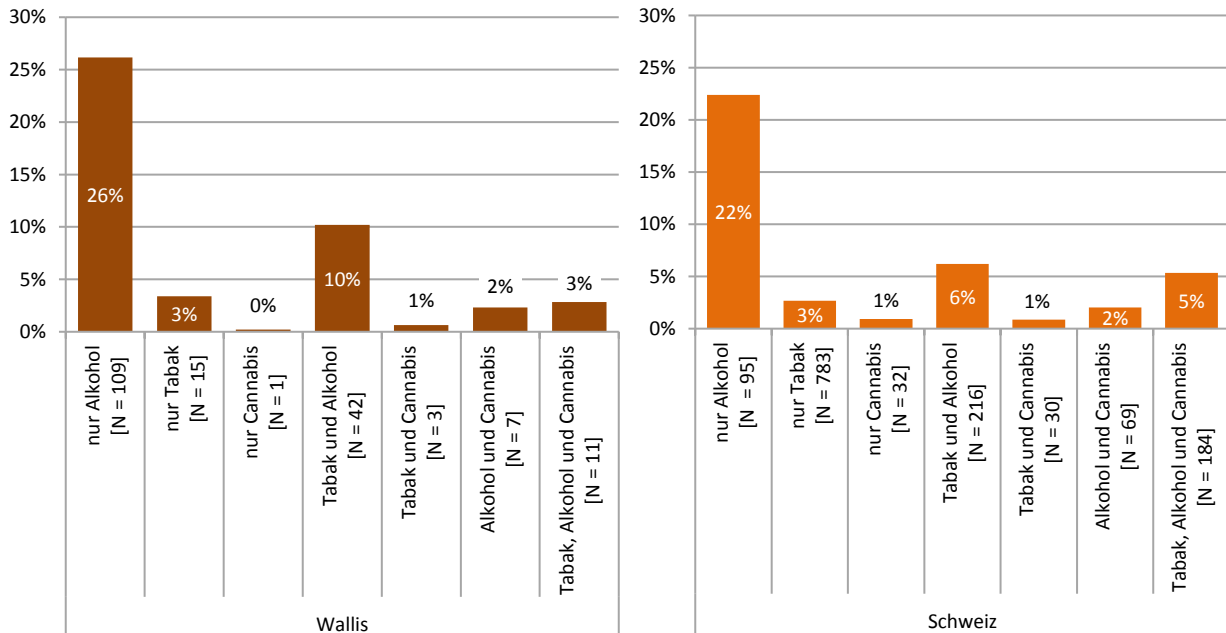
2014 gaben im Wallis 54 % der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen an, weder Tabak, noch Alkohol oder Cannabis konsumiert zu haben und 29 % gaben an, nur eine dieser drei Substanzen konsumiert zu haben (Alkohol: 26 %; Tabak: 3 %, Cannabis: 0 %) [G22]. Der häufigste Mischkonsum betrifft Tabak und Alkohol (10 %). In der Schweiz werden am häufigsten Tabak und Alkohol (6 %) sowie Tabak, Alkohol und Cannabis (5 %) kombiniert.

G21 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002-2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G22 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 30 Tage Tabak, Alkohol und/oder Cannabis konsumiert haben, Wallis-Schweiz, 2014



Bemerkung(en):

- Da die Frage zum Cannabiskonsum nur den 14- bis 15-Jährigen gestellt wurde, wird in der Analyse des Polykonsums psychotroper Substanzen einzig diese Altersklasse berücksichtigt. Ausserdem werden nur die Schüler/innen berücksichtigt, die alle drei Fragen zum Konsum in den letzten 30 Tagen beantwortet haben.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

2. Familiäre Beziehungen

2.1 Umfeld (Familie und Freunde)

Das familiäre Umfeld und der Freundeskreis beeinflussen in der Jugend zahlreiche Formen von Gesundheitsverhalten. Nebst der Familienstruktur hat auch die Kommunikation mit den Eltern einen Einfluss auf die Entwicklung der Jugendlichen. Eine gute Kommunikation mit den Eltern beispielsweise wird mit einem geringeren Konsum psychotroper Substanzen in Verbindung gebracht [38] [39]. Ganz allgemein haben die sozialen Ressourcen (soziale Unterstützung) einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenserwartung, das Krankheitsrisiko und das Genesungsverhalten [40].

2014 haben im Wallis 83 % der 11- bis 15-Jährigen geantwortet, leicht bis sehr leicht mit mindestens einer erwachsenen Person über Dinge sprechen zu können, die sie wirklich beschäftigen; z.B. mit dem Vater, Stiefvater, dem Partner oder der Partnerin der Mutter, mit der Mutter, Stiefmutter, der Partnerin oder dem Partner des Vaters oder mit einer anderen erwachsenen Person. Auf Schweizer Ebene betrug dieser Anteil 87 %.

Die Beziehungen der Jugendlichen zu Gleichaltrigen (Peers) sind für die Entwicklung riskanter oder aber gesundheitsfördernder Verhaltensweisen ebenfalls wichtig, vor allem weil in der Jugend immer mehr Zeit mit Freundinnen und Freunden verbracht wird [1] [41] [42].

Die Häufigkeit, in der sich die Schüler/innen nach der Schule (vor 20 Uhr) oder abends (nach 20 Uhr) mit ihren Freundinnen oder Freunden treffen, nimmt sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen mit dem Alter zu **[G23]**. 2014 gaben im Wallis 67 % der Mädchen und 79 % der Jungen im Alter von 15 Jahren an, sich mindestens einmal pro Woche mit Freundinnen oder Freunden zu treffen. Diese Anteile waren auf Schweizer Ebene ähnlich (Mädchen: 66 %; Jungen: 75 %).

Die Schüler/innen unterhalten auch Kontakte mit ihren Freundinnen und Freunden über Telefon, internet-basierte Apps wie FaceTime oder Skype, SMS, per Mail, Instant Messenger (z.B. WhatsApp oder Facebook-Chat) oder über andere soziale Medien (z.B. Facebook, Twitter oder Instagram). 2014 hatten 90 % der 14- bis 15-jährigen Mädchen und 80 % der gleichaltrigen Jungen über diese verschiedenen Kommunikationskanäle täglich Kontakt zu ihren Freundinnen und Freunden **[G24]**. Auf Schweizer Ebene sind diese Ergebnisse ähnlich (Mädchen: 91 %; Jungen: 85 %).

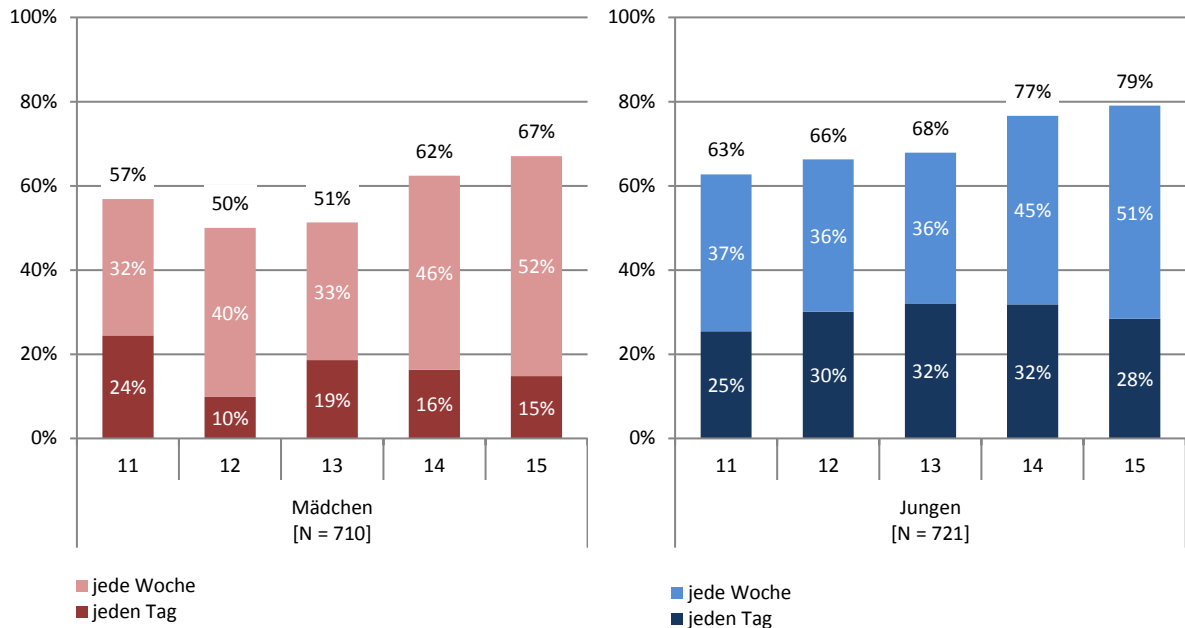
2.2 Nutzung von Bildschirmmedien

Als «Nutzung von Bildschirmmedien» gilt Fernsehen, das Anschauen von Videos (inkl. YouTube oder Ähnliches), DVDs oder eine andere Art von Unterhaltung auf Bildschirmen, des Weiteren Gamen am Computer, auf Konsole, Tablet, Smartphone oder einem anderen elektronischen Gerät (mit Ausnahme von Games, bei denen man sich viel bewegen muss) ebenso wie die freizeitmässige Nutzung elektronischer Geräte aus anderen Gründen (Hausaufgaben machen, Mailverkehr, Nutzung von Twitter oder Facebook, Surfen im Internet).

2014 gaben im Wallis 66 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen und 66 % der gleichaltrigen Jungen an, am Wochenende drei oder mehr Stunden vor einem Bildschirm zu verbringen. 32 % der Mädchen und 33 % der Jungen gaben an, während Schultagen drei oder mehr Stunden Bildschirmmedien zu nutzen.

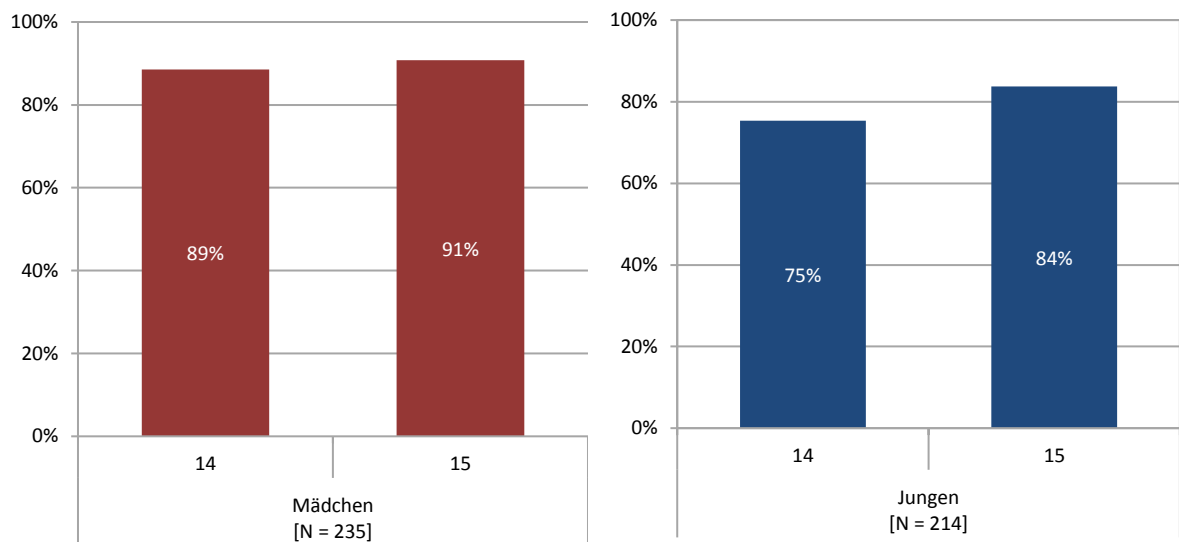
Diese Anteile sehen auf Schweizer Ebene ähnlich aus. 2014 gaben 61 % der Mädchen und 69 % der Jungen an, am Wochenende drei oder mehr Stunden vor einem Bildschirm zu verbringen. An Schultagen betrug dieser Anteil bei beiden Geschlechtern 35 %.

G23 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen nach Häufigkeit, in der sie sich am Abend (nach der Schule [vor 20 Uhr] oder abends [nach 20 Uhr]) mit ihren Freundinnen und Freunden treffen, nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G24 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die täglich mit ihren Freundinnen und Freunden telefonisch oder über Internet Kontakt haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

2.3 Gewalt in der Schule

Gewalt in der Schule kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Schüler/innen, insbesondere auf ihre psychische Gesundheit, haben – ob sie nun ausgeübt oder erlitten wird.

In der HBSC-Studie gibt es zwei Fragen zu Gewalt, die von den 14- bis 15-Jährigen in den letzten 12 Monaten an der Schule erlitten oder ausgeübt wurde. 2014 gaben im Wallis 17 % der Mädchen und 18 % der Jungen im Alter von 14 bis 15 Jahren an, dass in den letzten 12 Monaten ihre Sachen beschädigt wurden. 4 % der Mädchen und 10 % der Jungen gaben an, geschlagen worden zu sein. Auf Schweizer Ebene gaben 22 % der Mädchen und 29 % der Jungen an, dass ihre Sachen beschädigt wurden, während 6 % der Mädchen und 12 % der Jungen angaben, geschlagen worden zu sein.

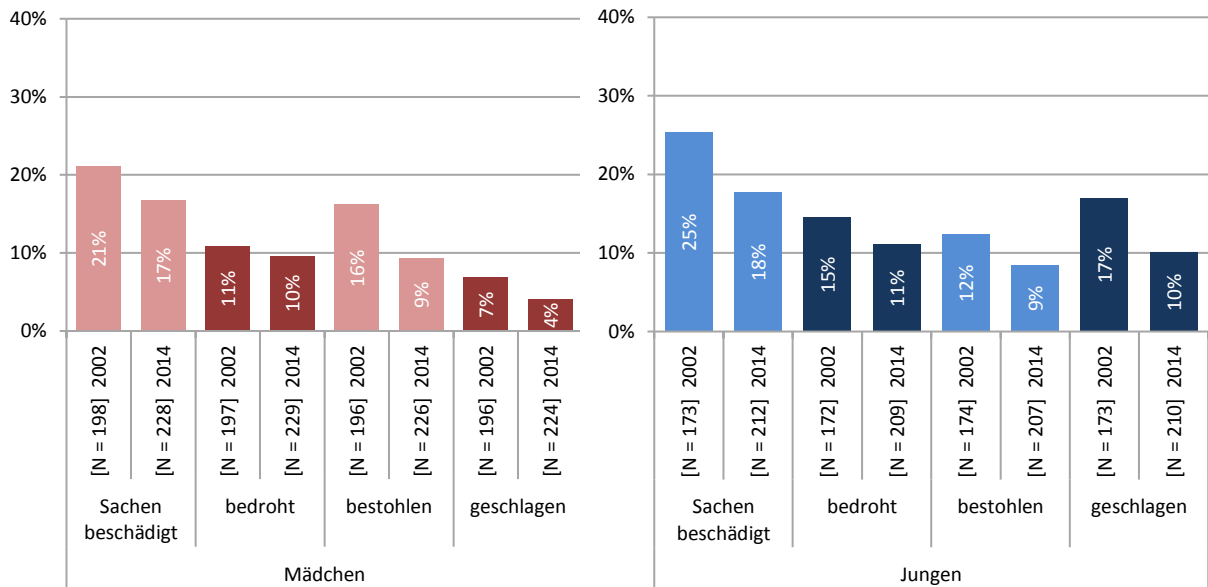
Zwischen 2002 und 2014 hat der Anteil der 14- bis 15-Jährigen im Wallis, deren Sachen beschädigt wurden, die Opfer von Drohungen oder Diebstahl wurden oder die Schlägen ausgesetzt waren, bei beiden Geschlechtern allgemein abgenommen **[G25]**. Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen haben sich bei allen Arten von Gewalt, die im Fragebogen berücksichtigt wurden, verringert, ausser bei den Schlägen.

Der deutlichste Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf ausgeübte Gewalt liegt beim Schlagen anderer. 7 % der 14- bis 15-jährigen Mädchen gaben an, mindestens einmal in den letzten 12 Monaten eine Mitschülerin oder einen Mitschüler geschlagen zu haben. Bei den Jungen beträgt dieser Anteil 21 %. Auf Schweizer Ebene betragen diese Anteile bei den Mädchen 6 % und bei den Jungen 24 %.

Der Anteil der 14- bis 15-Jährigen im Wallis, die angaben, gestohlen, Sachen beschädigt, jemanden geschlagen, jemanden bedroht oder eine Waffe mit in die Schule genommen zu haben, hat zwischen 2002 und 2014 bei beiden Geschlechtern allgemein abgenommen **[G26]**.

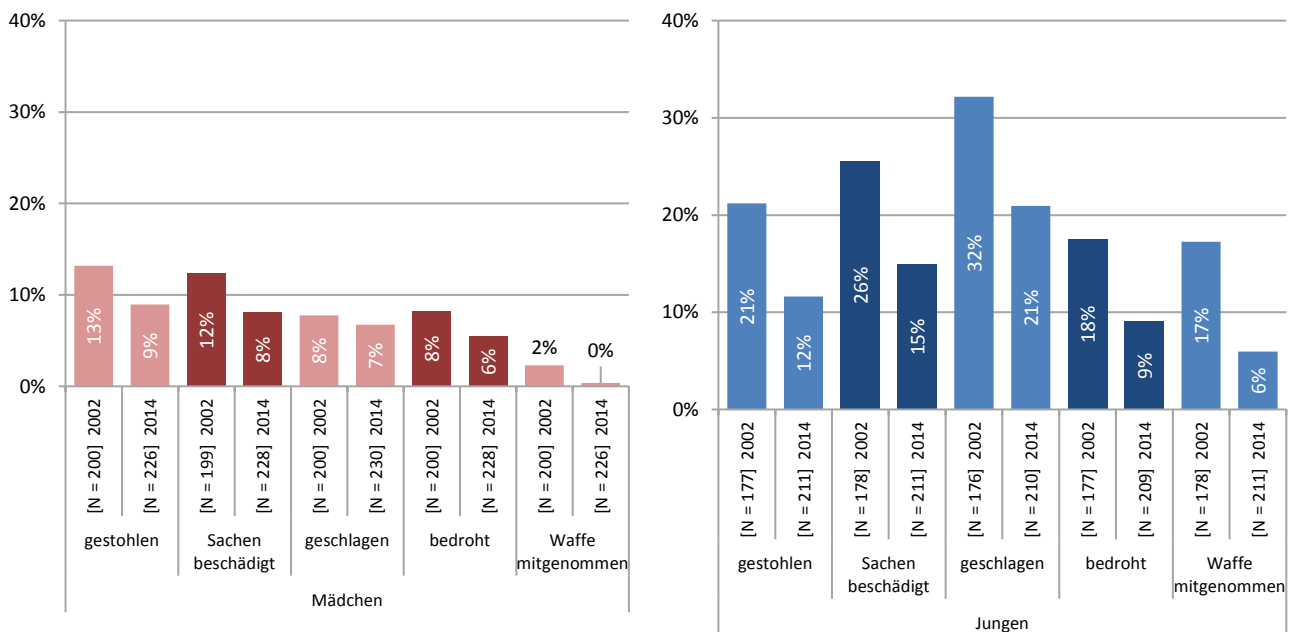
Der Anteil Schüler/innen, die Gewalt an der Schule ausgesetzt sind oder ausüben, ist bei allen drei Kategorien von sozioökonomischem Status ähnlich gross.

G25 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal in der Schule Gewalt erlitten haben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G26 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal in der Schule Gewalt ausgeübt haben, nach Geschlecht, Wallis, 2002 und 2014



Bemerkung(en):

1. Waffe: Messer, Knüppel usw.
2. Sachen beschädigen: Aus Wut oder aus Spass etwas einer anderen Person beschädigen, kaputt machen, zerstören.

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

2.4 Belästigung in der Schule

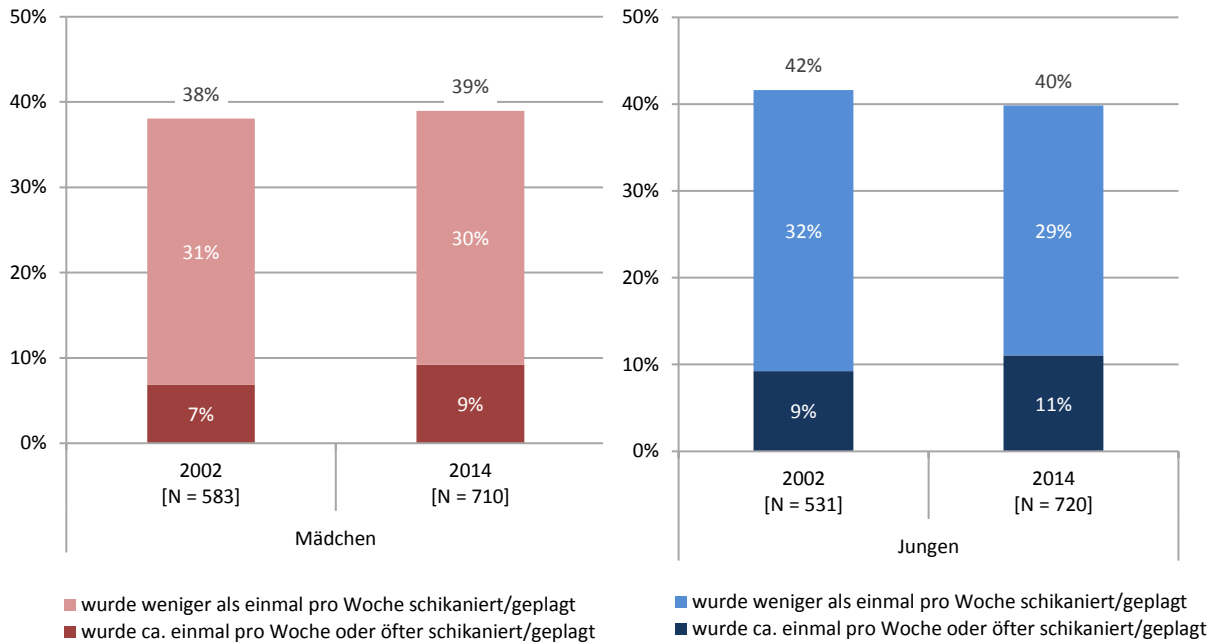
Schikaniert werden oder jemanden schikanieren kann kurz- und langfristig Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit haben [43] [44]. Die HBSC-Studie enthält zwei Fragen zur Häufigkeit, in der die 11- bis 15-Jährigen in den letzten paar Monaten in der Schule von Mitschülerinnen oder Mitschülern schikaniert oder belästigt wurden beziehungsweise selbst andere schikaniert oder belästigt haben. Einleitend zu diesen Fragen wird «Schikane» wie folgt definiert: *«Man sagt, jemand wird schikaniert, wenn ein Schüler, eine Schülerin oder eine Gruppe ihm/ihr gegenüber oft gemeine und widerwärtige Dinge sagt oder antut. Wenn jemand wiederholt geärgert oder mit Absicht ausgeschlossen wird, spricht man ebenfalls von schikaniert werden. Man wird nicht schikaniert, wenn zwei gleich starke Schüler oder Schülerinnen streiten, nur zum Spass miteinander kämpfen oder miteinander herumalbern».*

Der Anteil der 11- bis 15-Jährigen im Wallis, die in der Schule schikaniert oder geplagt wurden, ist zwischen 2002 und 2014 stabil geblieben **[G27]**. 2014 gaben 39 % der Mädchen und der Jungen (Schweiz: 33 %) an, mindestens ein- oder zweimal in den letzten paar Monaten schikaniert worden zu sein; rund 10 % (Schweiz: 7 %) gaben an, zirka einmal pro Woche oder öfter schikaniert zu werden.

Die Täter sind im Wallis wie auch auf Schweizer Ebene meist Jungen **[G28]**. Die Häufigkeit von Belästigung (Bullying) ist im Wallis zwischen 2002 und 2014 allerdings zurückgegangen. 2002 hatten 14 % der Jungen geantwortet, in den vergangenen Monaten zirka einmal pro Woche oder öfter eine Mitschülerin oder einen Mitschüler schikaniert oder geplagt zu haben (2014: 9 %).

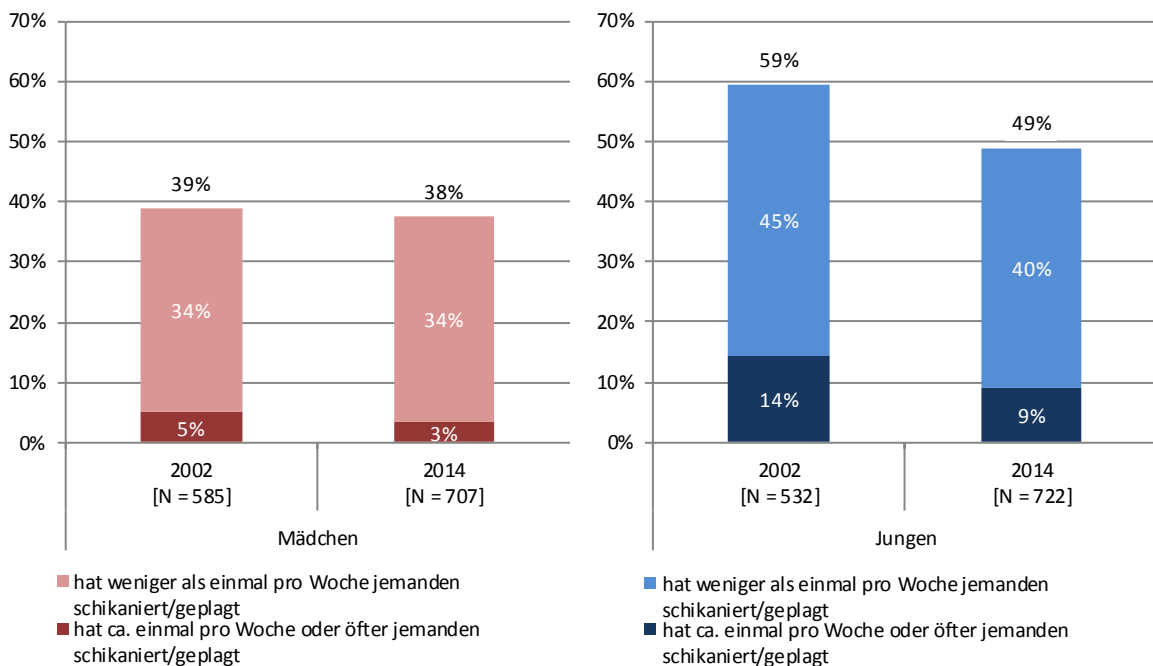
Der Anteil der Schüler/innen, die rund einmal pro Woche oder öfter jemanden schikanieren oder plagen, ist 2014 im Wallis (Mädchen: 3 %; Jungen: 9 %) ähnlich hoch wie auf Schweizer Ebene (Mädchen: 3 %; Jungen: 8 %).

G27 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die in den letzten paar Monaten mindestens einmal in der Schule schikaniert wurden, nach Geschlecht, Wallis, 2002 und 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

G28 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die in den letzten paar Monaten mindestens einmal jemanden in der Schule schikaniert haben, nach Geschlecht, Wallis, 2002 und 2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

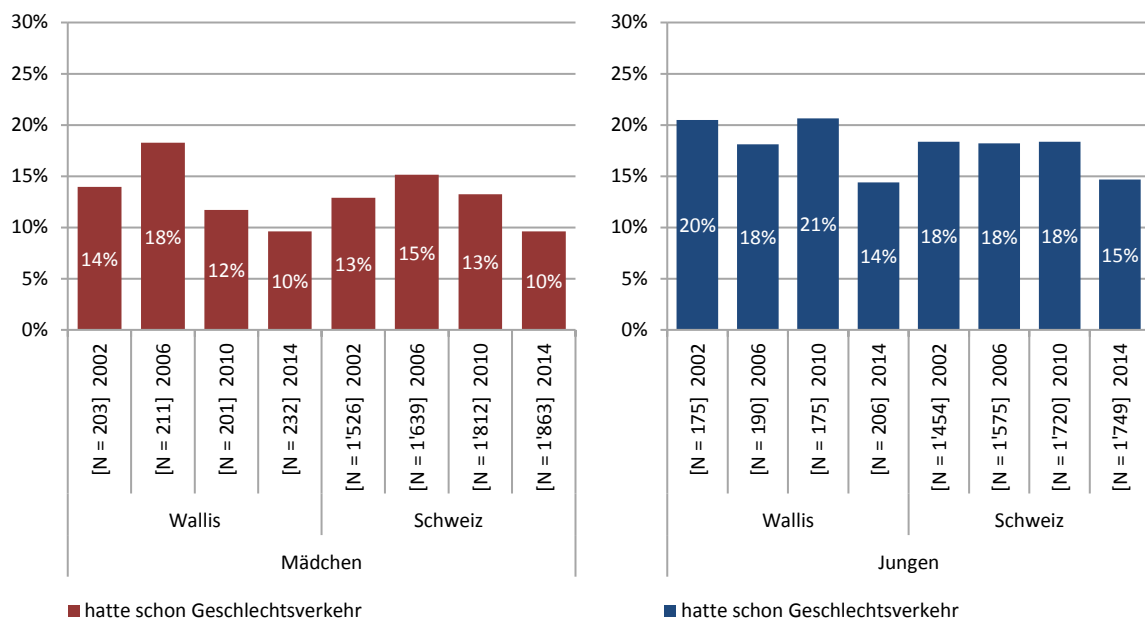
2.5 Sexualität

Sexuelle Gesundheit bedeutet nicht nur das Freisein von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen. Die Weltgesundheitsorganisation definiert sie wie folgt: Sexuelle Gesundheit «ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität [...]. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt.» [45]. Die Jugend ist eine Schlüsselperiode zur Entwicklung emotionaler Beziehungen, von Liebesbeziehungen oder sexuellen Beziehungen. Früh sexuell aktiv zu werden, kann mit gesundheitlichen Risiken einhergehen (ungewollte Schwangerschaft, sexuell übertragbare Infektionen), da die Jugendlichen ungenügend informiert und nicht geschützt sein können (Kondom, Pille usw.) [46] [47].

2014 gaben im Wallis anteilmässig mehr 14- bis 15-jährige Jungen (14 %) als Mädchen (10 %) an, bereits mit jemandem geschlafen zu haben **[G29]**. In Bezug auf die Frühzeitigkeit des ersten Geschlechtsverkehrs unterscheidet sich die Walliser Jugend nicht von den Jugendlichen auf gesamtschweizerischer Ebene.

Die Stichprobe der 14- bis 15-jährigen Walliser Schüler/innen, die bereits eine sexuelle Beziehung hatten, ist zu gering (2014: N = 46), um genauer auf die Daten zum Thema Verhütung eingehen zu können (Kondom, Pille, andere Verhütungsmethode). Die Schweizer Ergebnisse zeigen, dass 2014 mehr als vier von fünf sexuell aktiven 14- bis 15-Jährigen ein Kondom benutzt haben [48].

G29 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die schon einmal Geschlechtsverkehr hatten, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002-2014



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Ziel des vorliegenden Berichts war es, das Gesundheitsverhalten der 11- bis 15-jährigen Walliser Schülerinnen und Schüler im Jahr 2014 und dessen Entwicklung seit 2002 aufzuzeigen, diese Zahlen mit jenen der Gleichaltrigen auf gesamtschweizerischer Ebene zu vergleichen und den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Familie und bestimmten Verhaltensweisen zu eruieren.

Die Schule hat einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit – vor allem die psychische – der Schülerinnen und Schüler. Obschon Gewalt an der Schule (erlittene oder ausgeübte) im Wallis zwischen 2002 und 2014 generell abgenommen hat, kommt sie bei den Jungen dennoch weiterhin häufiger vor. Der Anteil Schülerinnen und Schüler, die zirka einmal pro Woche oder öfter Belästigungen (Bullying) ausgesetzt sind, hat hingegen leicht zugenommen. Aus diesem Grund müssen die Präventionsaktionen bei den Schülerinnen und Schülern sowie die Sensibilisierung der Lehrpersonen fortgeführt oder sogar verstärkt werden.

2014 betrug der Anteil der 14- bis 15-Jährigen, die schon sexuell aktiv waren, bei den Mädchen 10 % und bei den Jungen 14 %. Angesichts der Risiken im Zusammenhang mit einer frühen sexuellen Aktivität (ungewollte Schwangerschaft, Infektionen) und der Zunahme der Fälle von sexuell übertragbaren Infektionen in den letzten Jahren sowohl im Wallis als auch in der Schweiz müssen die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in Bezug auf die sexuelle Gesundheit bei den Jugendlichen unbedingt beibehalten werden.

Gesunde Lebensgewohnheiten, die man sich in der Jugend aneignet, haben mittel- und langfristig einen positiven Einfluss auf die Gesundheit. In Bezug auf körperliche Aktivität gibt ein Grossteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler an, mindestens einmal pro Woche ausserhalb der Schule Sport zu treiben. Je höher der sozioökonomische Status der Familie ist, desto häufiger treiben die Schülerinnen und Schüler Sport. In Bezug auf die Ernährung hat der regelmässige Verzehr von Obst und Gemüse zugenommen, während der Konsum von Süssgetränken abgenommen hat. Die Prävalenz von Übergewicht ist seit 2006 aber angestiegen, vor allem bei Schülerinnen und Schülern mit einem tieferen sozioökonomischen Status. Die Förderung einer gesunden Ernährung und regelmässiger körperlicher Aktivität bleibt also von grundlegender Bedeutung und sollte sich insbesondere auf die Jugendlichen mit einem tiefen sozioökonomischen Status konzentrieren. Speziell in Bezug auf die Übergewichtsproblematik ist es in präventiver Hinsicht wichtig zu berücksichtigen, dass die Jungen ihren Gewichtsstatus häufiger als die Mädchen unterbewerten.

Eine Verbesserung der Situation seit 2002 kann in Bezug auf den Konsum psychotroper Substanzen (Tabak, Alkohol und Cannabis) beobachtet werden. Die Lebenszeitprävalenz des Tabak- und Cannabiskonsums sowie der aktuelle Alkoholkonsum haben in der Tat abgenommen. Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktionen, namentlich in Form von strukturellen Massnahmen wie das Tabakwerbeverbot, bleiben aber weiterhin wichtig, da nicht sicher ist, dass diese Tendenz anhalten wird. Was Alkohol – die in der Jugend am häufigsten konsumierte psychotrope Substanz – anbelangt, bleibt die Lebenszeitprävalenz von Trunkenheit im Wallis ausserdem weiterhin höher als in der übrigen Schweiz. Zudem erfolgt der Erstkonsum von Alkohol im Wallis früher als auf gesamtschweizerischer Ebene. Das bedeutet, dass die Alkoholprävention bei den Jugendlichen im Wallis eine Priorität des Gesundheitswesens bleiben muss.

VI. Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, A., C. and Patton, G. C. «Adolescence: a foundation for future health». *The Lancet*, 2012: 1630-1640.
2. Patton, G. C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F. et al. «Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data». *The Lancet*, 2012: 1665-1675.
3. World Health Organization et al. «Action for adolescent health: Towards a common agenda». WHO, 1997.
4. Chabloz, J.-M., Clerc-Bérod, A., Luthi, J.-C. Die Gesundheit der Schüler und Jugendlichen im Kanton Wallis, 2002. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium, 2005.
5. Lüthi, J. C., Favre, F. Die Gesundheit der Schüler im Kanton Wallis (11- bis 15-Jährige) 1994 – 2006. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium, 2009.
6. Clerc Bérod, A. Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum der Walliser Schülerinnen und Schülern 2010. Sitten: Sucht Wallis, 2012.
7. Richard, T., Gloor, V., Clausen, F., Fornerod, L., Favre, F., Chiolero, A. Alkoholkonsum bei den Schülern im Wallis. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium, 2016.
8. Godeau, E., Navarro, F., Arnaud, C. dir. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis: Inpes, coll. Études santé, 2012.
9. Wolfe, B., Evans, W. N., Seeman, T. E. The Biological Consequences of Socioeconomic Inequalities. New York: Russell Sage Foundation, 2012.
10. Wahlen, R., Favre, F., Gloor, V., Clausen, F., Konzelmann, I., Fornerod, L., Chiolero, A., Die Gesundheit der Walliser Bevölkerung 2015; 5. Bericht. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium, 2015.
11. Kretschmann, A., Archimi, A., Windlin, B., Eichenberger, Y., Bacher, E., Delgrande Jordan, M. Enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 15 ans – Une statistique descriptive des données de 2014 du canton du Valais. Lausanne: Sucht Schweiz, 2015.
12. Gloor, V., Wahlen, R., Clausen, F., Favre, F., Chiolero, A. Gesundheitswahrnehmung und Gesundheitsverhalten im Wallis. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012, Wallis.. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium, 2014.
13. Ottová-Jordan, V., Smith, O. R., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T., Mazur, J., Välimaa, R., Cavallo, F., Jericek Klanscek, H., Vollebergh, W., Meilstrup, C., Richter, M., Moor, I., Ravens-Sieberer, U. «Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level». *The European Journal of Public Health*, 2015: 83–89.
14. Currie, C., Van der Sluijs, W., Whitehead, R., Currie, D., Rhodes, G., Neville, F., Inchley, J. HBSC 2014 Survey in Scotland National Report. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU). St Andrews: University of St Andrews, 2015.
15. Warburton, D. E., Nicol, C. W., Bredin, S. S. «Health benefits of physical activity: the evidence». *Canadian Medical Association Journal*, 2006: 801-809.
16. Janssen, I., Leblanc, A. G. «Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth». *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2010: 7-40.
17. Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., Wells, J. C. K. «Adolescent physical activity and health: A systematic review». *Sports Medicine*, 2006: 1019-1030.
18. Archimi, A., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Delgrande Jordan M. Habitudes alimentaires, activité physique, usage des écrans et statut pondéral chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse – Résultats de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2014 et évolution au fil du temps. Lausanne: Sucht Schweiz, 2016.
19. Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch). Aktivité physique et santé des enfants et des adolescents Recommandations pour la Suisse. Magglingen: Bundesamt für Sport, 2013.

20. Wang, X., Ouyang, Y., Liu, J., Zhu, M., Zhao, G., Bao, W., Hu, FB. «Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies». *British Medical Journal*, 2014.
21. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE). «Merkblatt Ernährung von Jugendlichen» Bern, 2011.
22. Harrington, S. «The role of sugar-sweetened beverage consumption in adolescent obesity: a review of the literature». *The Journal of School Nursing*, 2008: 3-12.
23. Malik, V. S., Pan, A., Willett, W. C., Hu, F. B. «Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013: 1084-1102.
24. Hasselkvist, A., Johansson, A., Johansson, A.-K. «Association between soft drink consumption, oral health and some lifestyle factors in Swedish adolescents». *Acta Odontologica Scandinavica*, 2014: 1039-1046.
25. Seifert, S. M., Schaechter, J. L., Hershorin, E. R., Lipshultz, S. E. «Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults». *Pediatrics*, 2011: 511-528.
26. Chiolero, A., Favre, F., Clerc-Bérod, A. Prävalenz und Prävention von Übergewicht und Adipositas bei den Schülerinnen und Schülern im Wallis. Sitten: Walliser Gesundheitsobservatorium, 2011.
27. Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., van Mechelen, W., Chinapaw, M. J. «Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature». *Obesity Reviews*, 2008: 474-488.
28. Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., Dietz, W. H. «Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey». *British Medical Journal*, 2000: 1240-1243.
29. Gloor, V., Clerc-Bérod, A., Chiolero, A. «Epidemiologisches Monitoring von Übergewicht bei den Walliser Schülerinnen und Schülern: Entwicklung der Prävalenz zwischen 2008 und 2010». Poster verfügbar unter: <http://www.ovs.ch/sante/etat-sante-population-681.html>, 2014 (Französisch).
30. Kuchler, F., Variyam, J. N. «Mistakes were made: misperception as a barrier to reducing overweight». *International Journal of Obesity*, 2003: 856-861.
31. Canadian Pediatric Society. «Dieting in adolescence.» *Paediatrics and Child Health*, 2004: 487-491.
32. Junker, C. Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz, 1995 bis 2012 (BFS Aktuell). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, 2015.
33. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2014.
34. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2012.
35. DeWit, D., Adlaf, E., Offord, D., Ogborne, A. «Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders». *American Journal of Psychiatry*, 2000: 157, 745-750.
36. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Genf: World Health Organization, 2016.
37. Marmet, S., Archimi, A., Windlin, B., Delgrande Jordan, M. Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986 – Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC). Lausanne: Sucht Schweiz, 2015.
38. Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., Plan, M. «Family Structure, Parents-child Relationships and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom.» *Alcohol & Alcoholism*, 2002: 52-60.
39. Luk, J. W., Farhat, T., Iannotti, R. J., Simons-Morton, B. G. «Parent-child communication and substance use among adolescents: do father and mother communication play a different role for sons and daughters?». *Addict Behaviors*, 2010: 426-431.

40. Bachmann, N. Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2014.
41. Gaughan, M. «The Gender Structure of Adolescent Peer Influence on Drinking». *Journal of Health and Social Behavior*, 2006: 47-61.
42. Gommans, R., Stevens, G. W. J. M., Finne, E., Cillessen, A. H. N., Boniel-Nissim, M., ter Bogt, T. F. M. «Frequent electronic media communication with friends is associated with higher substance use». *International Journal of Public Health*, 2015: 167-177.
43. Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P., et al. «Bullying and Symptoms Among Schoolaged Children: International Comparative Cross-sectional Study in 28 Countries». *European Journal of Public Health*, 2005: 128-132.
44. Jaffé, Ph.D., Moody, Z., Pigué, C., Zermatten, J. (Eds.). *Harcèlement entre pairs: Agir dans les tranchées de l'école. Actes du Colloque*. Sion: Institut universitaire Kurt Bösch, 2013.
45. World Health Organization. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Genf: World Health Organization, 2006.
46. Avery, L., Lazdane, G. «What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?». *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2010: 54-66.
47. Sandfort, T. G. M., Orr, M., Hirsch, J. S., Santelli, J. «Long-term health correlates of timing of sexual debut: Results from a national US study». *American Journal of Public Health*, 2008: 155-161.
48. Archimi, A., Windlin, B., Delgrande Jordan, M. *Les rapports sexuels et la contraception des adolescent-e-s en Suisse (feuille-info)*. Lausanne: Sucht Schweiz, 2016.

VII. Abbildungsverzeichnis

- A1 Concept-Map «Gesundheit der Jugendlichen»
- A2 Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit
- T1 Bildung der Stichprobe, nach Alter und Geschlecht, Wallis, HBSC-Studie 2014
- T2 Umfang der Stichproben der HBSC-Studien 2002-2014 (11- bis 15-Jährige), Wallis und Schweiz
- G1 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet beurteilen, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014
- G2 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet beurteilen, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014
- G3 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die angaben, im Laufe der letzten sechs Monate mindestens einmal pro Woche körperliche und psycho-emotionale Beschwerden gehabt zu haben, nach Geschlecht, Wallis, 2014
- G4 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten sechs Monate mehr als einmal pro Woche multiple Beschwerden gehabt haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2014
- G5 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 30 Tage mindestens einmal Medikamente gegen Schlafprobleme genommen haben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2006-2014
- G6 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 12 Monate verletzt wurden, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014
- G7 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal pro Woche ausserhalb der Schule Sport treiben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014
- G8 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens zweimal pro Woche ausserhalb der Schule Sport treiben, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014
- G9 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen, die mindestens einmal täglich folgende Produkte konsumieren: Obst, Gemüse, Süssigkeiten, Süssgetränke und Energydrinks, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014
- G10 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler, die mindestens einmal täglich folgende Produkte konsumieren: Obst, Gemüse, Süssigkeiten, Süssgetränke und Energydrinks, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014
- G11 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen mit Übergewicht oder Adipositas, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2006-2014
- G12 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen mit Übergewicht oder Adipositas, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014
- G13 Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts durch die 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht und Gewichtskategorie, Wallis, 2014
- G14 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die eine Diät machen, um abzunehmen, nach Geschlecht und Gewichtskategorie, Wallis, 2014
- G15 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal im Leben Tabak konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis-Schweiz, 2002-2014
- G16 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die gegenwärtig Tabak konsumieren, nach Konsumhäufigkeit, Wallis-Schweiz, 2002-2014
- G17 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal im Leben Alkohol konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis-Schweiz, 2014
- G18 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal pro Monat Alkohol konsumieren, nach sozioökonomischem Status ihrer Familie, Wallis, 2014
- G19 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die schon einmal oder öfter betrunken waren, nach Geschlecht und Alter, Wallis-Schweiz, 2014
- G20 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die schon einmal oder öfter betrunken waren, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002-2014

- G21 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002-2014
- G22 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 30 Tage Tabak, Alkohol und/oder Cannabis konsumiert haben, Wallis-Schweiz, 2014
- G23 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen nach Häufigkeit, in der sie sich am Abend (nach der Schule [vor 20 Uhr] oder abends [nach 20 Uhr]) mit ihren Freundinnen und Freunden treffen, nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2014
- G24 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die täglich mit ihren Freundinnen und Freunden telefonisch oder über Internet Kontakt haben, nach Geschlecht und Alter, Wallis, 2014
- G25 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal in der Schule Gewalt erlitten haben, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002 und 2014
- G26 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal in der Schule Gewalt ausgeübt haben, nach Geschlecht, Wallis, 2002 und 2014
- G27 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die in den letzten paar Monaten mindestens einmal in der Schule schikaniert wurden, nach Geschlecht, Wallis, 2002 und 2014
- G28 Anteil der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen, die in den letzten paar Monaten mindestens einmal jemanden in der Schule schikaniert haben, nach Geschlecht, Wallis, 2002 und 2014
- G29 Anteil der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen, die schon einmal Geschlechtsverkehr hatten, nach Geschlecht, Wallis-Schweiz, 2002-2014