



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Auswirkungen Sozioökonomischer Parameter auf Gesundheitsbewusstsein und Nikotinkonsum“

verfasst von / submitted by

Mag. Denise Rosenauer-Trefny

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

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

A 190 445 299

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

Lehramtsstudium Unterrichtsfach Biologie & Umweltkunde und
Psychologie & Philosophie

Betreut von / Supervisor:

a.o.Univ.Prof.Dr. Sylvia Kirchengast

DANKSAGUNG

Großen Dank an meine Eltern und meinen Mann die es überhaupt möglich gemacht haben, auch mit Kind nochmals zu studieren. Vielen Dank auch an Frau a.o. Univ. Prof. Dr. Sylvia Kirchengast für die neuerliche, geduldige Betreuung meiner wissenschaftlichen Arbeit und ebenfalls lieben Dank an meine Freundin Frau Mag. Martina Gruber, die mit Argusaugen etwaigen Tippfehlern auf der Spur war.

Inhaltsverzeichnis

1) EINLEITUNG	8
1.2 SOZIOÖKONOMISCHE PARAMETER UND GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN	5
1.1.1 <i>Sozioökonomische Parameter und Nikotinkonsum</i>	8
1.2 POTENTIELL GESUNDHEITLICHE NEBENWIRKUNGEN DES NIKOTINKONSUMS.....	9
1.3 SPEZIELL AUF DEN WEIBLICHEN ORGANISMUS BEZOGENE NEBENWIRKUNGEN DES NIKOTINKONSUMS	10
1.4.1 <i>Gründe für den Rauchbeginn</i>	12
1.4.2 <i>Gründe für den Rauchstopp</i>	13
1.4.3 <i>Positive Auswirkungen des Rauchstopps</i>	14
1.5 ENTWICKLUNG DES NICHTRAUCHERSCHUTZES IN ÖSTERREICH.....	14
1.6 ZIGARETTEN IN DEN MEDIEN – EIN RÜCKBLICK.....	16
1.6.1 <i>Zigaretten in Film & Fernsehen</i>	16
1.6.2 <i>Zigaretten in der Werbung am Beispiel des „Malboro Man“</i>	18
2) FRAGESTELLUNG UND ZIELE DER DIPLOMARBEIT.....	20
2.1 ZIELE DER DIPLOMARBEIT	20
2.2 HYPOTHESEN ZUM THEMA RAUCHVERHALTEN & GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN	20
3) MATERIAL UND METHODEN	22
3.1 VORGANGSWEISE	22
3.2 STUDIENTEILNEHMER	22
3.3 DER FRAGEBOGEN.....	23
3.4 STATISTISCHE ANALYSE.....	24
4) ERGEBNISSE	25
4.1 ABSCHNITT I: SOZIODEMOGRAPHISCHER PARAMETER SCHULBILDUNG & ALLGEMEINES RAUCHVERHALTEN.....	25
4.1.1 <i>Höchster Schulabschluss der Teilnehmerinnen</i>	26
4.1.2 <i>Altersklassen der Teilnehmerinnen und Ausbildungsniveau in den Altersklassen</i>	26
4.1.3 <i>Durchschnittsalter & Kinderanzahl der befragten Raucherinnen</i>	27
4.1.4 <i>Ausbildungs-bezogene Häufigkeit des Zigarettenkonsums und Gründe für den Konsum in Bezug auf den Ausbildungsgrad</i>	28
4.1.5 <i>Durchschnittlicher Toxin-Gehalt der Zigaretten, Körpergewicht & Körpergröße, sowie Einstiegsalter in den verschiedenen Bildungsniveaus</i>	30
4.1.6 <i>Gewichtstatus in Bezug auf Bildungsgrad und Alter</i>	32
4.1.7 <i>Ursachen des Rauchverhaltens und Rauchunterbrechungen</i>	35
4.2 ABSCHNITT II: ERGEBNISSE FÜR RAUCHERINNEN IN ZUSAMMENHANG MIT EINSTIEGSALTER & SCHULAUSSCHULUNG	40
4.2.1 <i>Ausbildungsgrad und Eintrittsalter-Kategorie</i>	40
4.2.2 <i>Zigarettenanzahl und Körpermaße in Zusammenhang mit Erstkonsumalter</i>	42

4.2.3	<i>Rauchende Eltern, rauchendes Umfeld und Einstiegsalter</i>	43
4.2.4	<i>Gründe für den Rauchbeginn in den verschiedenen Einstiegsalter-Kategorien</i>	44
4.2.5	<i>Anlässe für Zigarettenkonsum in den verschiedenen Einstiegsalter-Kategorien</i>	46
5)	DISKUSSION	49
5.1	GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN UND BILDUNGSNIVEAU DER RAUCHERINNEN	49
5.1.1	<i>Gesundheitsbewusstsein und Unterschiede im Erstkonsumalter bzgl. Bildungsniveaus</i>	49
5.3.2	<i>Gesundheitsbewusstesein und Rauchverhalten</i>	50
5.2	ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ERSTKONSUMALTER & SOZIOÖKONOMISCHEN PARAMETERN	51
5.2.1	<i>Erstkonsumalter und Bildungsniveau</i>	49
5.2.2	<i>Präventionsmaßnahmen bei Kindern & Jugendlichen</i>	50
5.2.3	<i>Erstkonsumalter, tägliche Zigarettenendosis & Körpergewicht</i>	51
5.2.4	<i>Alter und Zigarettenkonsum</i>	53
5.3	UNTERSCHIEDE HINSICHTLICH DER GRÜNDE UND ANLÄSSE FÜR DEN ZIGARETTENKONSUM IN BEZUG AUF DAS ERSTKONSUMALTER	54
5.3.1	<i>Soziales Umfeld und Erstkonsumalter</i>	54
5.3.2	<i>Anlässe</i>	55
6)	ZUSAMMENFASSUNG	56
7)	ABSTRACT	57
8)	LITERATURVERZEICHNIS	58
9)	ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	63
10)	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	65
11)	ANHANG	66

1) EINLEITUNG

1.1 Sozioökonomische Parameter und Gesundheitsbewusstsein

Das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Studien haben gezeigt, dass eine hohe Gesundheitskompetenz nötig ist, um ein gutes Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln. Die Gesundheitskompetenz versteht sich als ein Begriff, der neben basalen Kompetenzen wie Lesen und Schreiben, vor allem Motivation und das Verstehen, sowie die Anwendung von verschiedenen Informationen bezüglich Gesundheit umfasst (Sorensen, 2012). Personen die eine hohe Gesundheitskompetenz aufweisen, haben demnach einen guten Zugang zu gesundheitlich wichtigen Informationen und können entsprechend danach handeln und achten stark auf ihre Gesundheit. Gesellschaftliche Unterschiede konnten festgestellt werden, nicht nur zwischen Männern und Frauen, sondern auch zwischen den verschiedenen Bildungsniveaus. Frauen mit niedrigerem Bildungsstand weisen laut einer deutschen Studie eher eine nicht ausreichende Gesundheitskompetenz auf (Jordan & Hoebel, 2015). Jene sozioökonomischen Parameter die besonders Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Menschen haben, sind zum Einen die Ausbildung und der Beruf, sowie das Einkommen (Lampert & Burger, 2005).

1.1.1 Sozioökonomische Parameter und Nikotinkonsum

Studien haben ergeben, dass vor allem in sozial schlechter gestellten Schichten vermehrt geraucht wird. In einer deutschen Studie aus den späten 1990er Jahren wurde festgestellt, dass über 40% der Männer mit niedrigem Nettoeinkommen starke Raucher waren, jedoch nur 23% der Männer mit hohem Haushaltsnettoeinkommen. Desweiteren war bei Frauen und Männern ab 30 Jahren mit steigendem Einkommen eher ein Konsumstopp an Tabakwaren zu vermerken (Helmert, 1999).

Der Umstand, dass in sozial schwächeren Bevölkerungsschichten mehr geraucht wird, war jedoch nicht immer so. Ursprünglich wurde Anfang des 20. Jahrhunderts vor allem in besseren Kreisen geraucht, der Anteil an Rauchern lag allerdings sehr niedrig. Langsam war ein Anstieg an männlichen Rauchern zu beobachten, bis in vielen Ländern über die Hälfte der Männer rauchten. Frauen hingegen konsumierten lange Zeit keine Zigaretten, da es für sie als gesellschaftlich

inakzeptabel galt. Erst mit der einsetzenden Emanzipation und als die Tabakindustrie gezielt auf Frauen als mögliche Kunden ihrer Produkte aufmerksam geworden sind, stieg auch der Anteil an Raucherinnen in der Bevölkerung. Erst zu dem Zeitpunkt als wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Risiken des Tabakkonsums immer bekannter wurden, konnte ein Rückgang des Konsums in gebildeteren Kreisen vermerkt werden (Schulze & Lampert 2006). In vielen mittel- und nordeuropäischen Ländern verhält es sich daher so, dass besser ausgebildete Frauen weniger rauchen. Allerdings ist die Korrelation von hohem Zigarettenkonsum und niedrigerem Erziehungsstand nicht in Südeuropa der Fall, denn dort greifen besser ausgebildete Frauen vermehrt zur Zigarette (Cavelaars et al, 2000).

In einer deutschen Studie wurden Berufsgruppen spezifische Unterschiede im Zigarettenkonsum untersucht, mit dem Ergebnis, dass fast die Hälfte der Männer mit handwerklichen Berufen Raucher waren. Bei den Frauen rauchten etwas ein Drittel der Kassiererinnen, Alten,- und Krankenpflegerinnen, sowie fast die Hälfte aller Gastwirtinnen. Den geringsten Anteil an Raucherinnen fand sich unter Landwirtinnen und Ärztinnen, bei beiden Berufen rauchte etwa nur ein Zehntel der Frauen, gefolgt von Lehrerinnen. In dieser Berufsgruppe zählten ebenfalls vergleichsweise wenige Frauen, 16%, zu den Raucherinnen (Helmert & Borgers, 1998)

1.2 Potentiell gesundheitliche Nebenwirkungen des Nikotinkonsums

Einer der zahlreichen Inhaltsstoffe des Tabaks ist Nikotin, dabei handelt es sich um eine pflanzliche, giftige Substanz die bereits in einer Dosis von 50mg bei Menschen zum Tode führen würde. *Nicotiana tabacum*, die Tabakpflanze, gehört zu den Nachtschattengewächsen und enthält das Alkaloid Nicotin, das eine entspannende Wirkung auf die Muskelfasern hat. Nikotin ist jener Stoff in den tabakhaltigen Produkten wie Zigaretten, Zigarillos, Pfeifentabak und Zigarren, der psychisch abhängig macht (Kappeler, 2001). Das Nikotin wird sehr rasch von den Lungenbläschen aufgenommen, da es in hydrophiler Form im Zigarettenrauch vorliegt, anschließend gelangt das Nikotin ins Gehirn und bindet dort an Acetylcholinrezeptoren. Daraufhin werden Neurotransmitter ausgeschüttet, die bei den rauchenden Personen zu angenehmen Empfindungen führen (Aigner et al, 2005).

Zu den gesundheitlichen Schäden die durch jahrelangen Nikotinkonsum entstehen können, gehören diverse Atemwegserkrankungen, unter anderem die chronisch obstruktive Lungenerkrankung

COPD. Dabei entstehen entzündliche Reaktionen in der Lunge die durch Gase oder schädliche Partikel verursacht wurden und in Folge die Atmungsfunktion der Betroffenen einschränkt. Etwa ein Fünftel aller Raucher und Raucherinnen entwickelt im Laufe ihres Lebens diese Erkrankung (Block et al, 2004). Desweiteren sind 90% aller Fälle von Lungenkrebskrankungen auf den Tabakkonsum zurückzuführen. Wie bereits erwähnt änderte sich das Rauchverhalten der Frauen in den letzten Jahrzehnten, der Anteil an Raucherinnen nahm deutlich zu, während jener der Männer abnahm. Dies machte sich in weiterer Folge bei den mit erhöhtem Tabakkonsum assoziierten Erkrankungen bemerkbar. So stieg die Mortalität hinsichtlich Lungenkrebses bei Frauen um 54% in einem Zeitraum von etwas mehr als 20 Jahren. Die Sterblichkeitsrate bei Männern hingegen ging im selben Zeitraum von 1980 bis 2002 um 11% zurück (Aigner et al, 2005).

Tab.1 Die häufigsten Fälle von Krebserkrankungen nach Alter (<http://www.krebs-rat-hilfe.de/lungenkrebs-lebenserwartung-statistik>)

Krebserkrankung	40 Jahre	50 Jahre	60 Jahre	70 Jahre
Darmkrebs	6	30	70	140
Lungenkrebs (Raucher)	40	180	590	1130
Lungenkrebs (Nichtraucher)	10	10	20	80
Prostatakrebs	<1	8	40	130
Hautkrebs	2	3	7	10

1.3 Speziell auf den weiblichen Organismus bezogene Nebenwirkungen des Nikotinkonsums

Starker und regelmäßiger Nikotinkonsum in Form von beispielsweise Zigaretten, kann besonders bei Frauen zu einer Vielzahl an gesundheitlichen Nebenwirkungen hinsichtlich z.B. der Fertilität führen. Bereits in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zeigte eine kanadische Studie, dass Frauen die täglich ein halbes Päckchen Zigaretten konsumierten im Vergleich zu Nichtraucherinnen eine um 12% verminderte Fruchtbarkeit aufwiesen (Curtis et al, 1997). Neben älteren Studien in denen bereits festgestellt wurde, dass Raucherinnen mehr als ein Jahr früher als Nichtraucherinnen in die Menopause kamen (Midgett & Baron, 1990), zeigte eine große schwedische Studie aus dem Jahr 2015, dass speziell Raucherinnen, die eine frühzeitige Menopause im Alter von 40 Jahren erfuhren, ein über 2,5 Jahre niedrigeres Sterbealter aufwiesen. Die Verfasser

der Studie schlossen darauf, dass der Tabakkonsum in Form von Zigaretten die Wirkung des Östrogenmangels verstärkte. Frauen die mit etwa 60 Jahren spät in die Menopause eintraten, waren zudem vermehrt Nichtraucherinnen (Bellavia et al, 2015).

Vor allem Frauen die regelmäßig rauchen und hormonell verhüten, müssen mit zusätzlichen gesundheitlichen Folgeschäden des Nikotinkonsums rechnen. Eine amerikanische Studie zeigte, dass bei Männern, 75% aller Todesfälle bei akuter Thrombose unter Rauchern erfolgten (Burke et al, 1997). Bei dem bekanntesten hormonellen Verhütungsmittel, der Antibaby-Pille, gibt es einige Produkte die Gestagene, wie Desogestrel oder Drospirenon enthalten, die nachgewiesenermaßen mit einem erhöhten Thromboserisiko einhergehen (Glaeske & Thürmann 2015). Nachdem Zigarettenkonsum und die Einnahme der Pille das Thromboserisiko um das bis zu 87-fache erhöhen, empfehlen deutsche Ärzte Frauen über 35 Jahren, die eine halbe Packung Zigaretten täglich konsumieren, das entspricht 10 Zigaretten, ein anderes Verhütungsmittel als die Antibabypille zu verwenden (Glaeske & Thürmann 2015).

1.4 Zigarettenkonsum der Österreicherinnen im Laufe der letzten vier Jahrzehnte

Bereits seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts führte Statistik Austria Befragungen zum Rauchverhalten der Bürger und Bürgerinnen Österreichs durch. In den 1970er Jahren waren weibliche Raucher deutlich weniger vertreten als männliche Raucher, nur 10% der Frauen rauchten, im Vergleich zu 39% der Männer. Im Jahr 2014 hatte sich das Verhältnis der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen stark verändert. Weniger Männer griffen täglich zur Zigarette, jedoch erhöhte sich der Anteil an Raucherinnen in der Bevölkerung, sodass sich das Geschlechterverhältnis stärker angeglichen hat. Nur noch 27% der Männer rauchten regelmäßig, der Raucherinnenanteil in der österreichischen Bevölkerung stieg allerdings im Laufe der letzten 4 Jahrzehnte auf 22%. Betrachtete man die unterschiedlichen Altersgruppen, so zeigte sich allerdings bei den jungen, täglich Zigaretten konsumierenden, Frauen zwischen 15 und 24 Jahren ein leichter Rückgang zwischen den Jahren 2007 und 2014. Nur 20% der Frauen dieser Alterskategorie rauchten täglich, allerdings stieg der Anteil der Raucherinnen auf 29% in der nächst höheren Altersklasse. Im Vergleich zur Befragung im Jahr 2007 erhöhte sich die Quote der regelmäßig, also täglich, rauchenden Frauen die über 25 Jahre alt waren

(www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen). Der zu beobachtende Rückgang in der Anzahl an täglich rauchenden sehr jungen Frauen, kann einerseits möglicherweise auf ein verändertes Sozialverhalten zurückgeführt werden, da mittlerweile die Bildung von Freundschaften verstärkt über die neuen Medien erfolgt und weniger über gemeinsames Ausprobieren risikobehafteter Produkte wie Zigaretten. Andererseits könnte auch die Einschränkung des öffentlichen Rauchens mit dem Rückgang an täglich rauchenden Mädchen in Zusammenhang stehen (Felder-Puig, 2014).

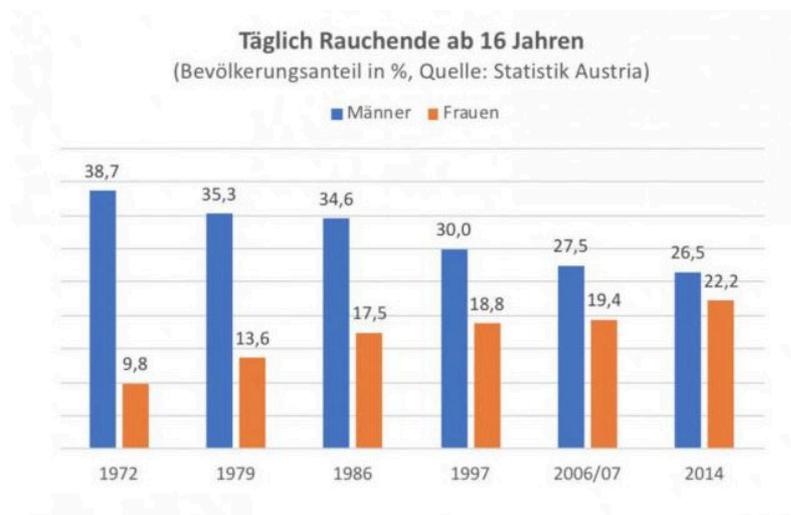


Abb. 1: Entwicklung des Anteils an täglichen RaucherInnen in der Bevölkerung (Statistik Austria, 2014)

1.4.1 Gründe für den Rauchbeginn

Eine Studie aus Hongkong an über 6000 Schülern und Schülerinnen zwischen 13 und 18 Jahren ergab, dass Kinder und Jugendliche besonders dann häufig zu rauchen anfangen, wenn entweder die Eltern Raucher waren oder aber der beste Freund oder die beste Freundin rauchten (Mak et al, 2012).

Bei einer österreichischen Befragung unter steirischen Jugendlichen gaben viele der Jugendlichen als Hauptgrund für den Rauchbeginn ebenfalls an, dass die Freunde rauchen, desweiteren sei es Teil der Freizeitkultur der Jugendlichen beim „Weggehen“ Zigaretten zu konsumieren. Für einen Teil der Jugendlichen lag der Hauptgrund, um mit dem Rauchen zu beginnen, in einem Gefühl des „Erwachsenseins“, den der Konsum von Zigaretten symbolisierte für dies befragten Burschen und Mädchen, einen Übergang vom „Kind sein“ zum Jugendlichen. Bei bereits beste-

hendem Konsum gaben die Jugendlichen beispielsweise an, dass sie rauchten um „cool“ zu sein, aber auch Langeweile wurde als einer der Gründe genannt (Fernandez & Posch 2011).

Rauchverhalten der steirischen SchülerInnen zwischen 11 und 15 Jahren, die jemals ein Tabakprodukt probiert haben

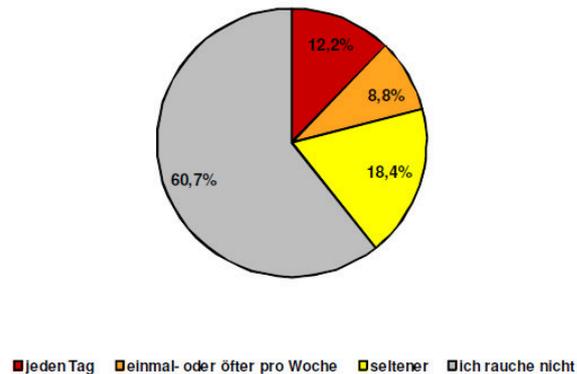


Abb. 2: Rauchverhalten von steirischen Jugendlichen (Fernandez & Posch, 2011)

1.4.2 Gründe für den Rauchstopp

In der österreichischen Bevölkerung machte im Jahr 2014 der Anteil an ehemaligen Raucher 29% und jener der ehemaligen Raucherinnen 21% (Statistik Austria). Eine Befragung der RaucherInnen aus dem Bundesland Steiermark ergab, dass die Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören, bei mehr als 50% der RaucherInnen zumindest gegeben ist. Als mögliche Gründe das Rauchen zu quittieren, nannten die befragten Personen mehrheitlich gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen, die durch die Rauchgewohnheiten verursachten Kosten des Tabakkonsums nannte jedoch nur etwa jede/r Siebente als potentiellen Grund (Fernandez & Posch, 2011).

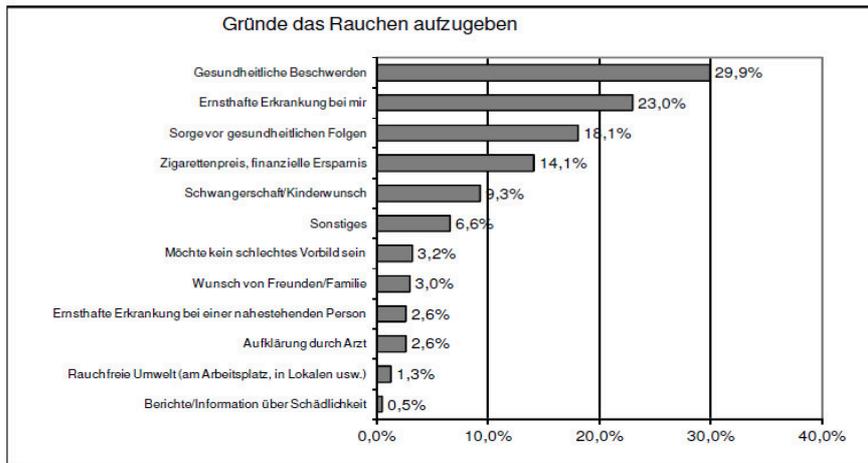


Abb.3: Mögliche Gründe des Rauchstopps (Fernandez & Posch, 2011)

Jedoch sinkt die Bereitschaft den Zigarettenkonsum zu beenden mit der Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten, Männer und Frauen die mehr als eine Packung pro Tag rauchen zeigen eine äußerst geringe Motivation etwas an ihrem Konsum zu verändern (Fernandez & Posch, 2011).

1.4.3 Positive Auswirkungen des Rauchstopps

Bereits relativ kurze Zeit nach dem letzten Konsum der Tabakwaren, können positive Auswirkungen auf die Gesundheit beobachtet werden. Der Geschmacks,- und Geruchssinn verbessert sich und die Nägel verfärben sich nicht mehr gelblich (American Cancer Society, 2018). Es verhält sich desweiteren so, dass sich innerhalb der nächsten zwei bis zwölf Wochen die Lungenfunktion verbessert (US Surgeon General's Report, 1990). Wer es schafft fünf Jahre nicht zu rauchen, hat sein Schlaganfallrisiko auf das eines Nichtraucher gesenkt und für weibliche Raucher besonders wichtig, das Eierstockkrebsrisiko um die Hälfte gesenkt (World Health Organization, 2007). Nach 10 rauchfreien Jahren hat sich das Risiko halbiert an Lungenkrebs zu sterben (US Surgeon General's Report, 2010).

1.5 Entwicklung des Nichtraucherschutzes in Österreich

Die Anfänge des rechtlichen Nichtraucherschutzes beginnen 1974, als in Österreich erstmals den Schülern und Schülerinnen das Rauchen im Schulgebäude gesetzlich untersagt wurde. Allerdings gab es für höher bildende Schulen die Möglichkeit den SchülerInnen das Rauchen auf speziell ausgewiesenem Gebiet der Schule zu erlauben (Verordnung des Bundesministers für Unterricht und Kunst vom 24. Juni 1974 betreffend die Schulordnung). Knapp 20 Jahre später, im Jahr 1993, wird es gesetzlich durch das, um einen Paragraphen erweiterte, Mutterschutzgesetz verpflichtend, werdende Mütter vor Tabakrauch an ihren Arbeitsplätzen zu schützen, sofern die schwangere Frau selbst Nichtraucherin ist (Mutterschutzgesetz, 1979).

Zwei Jahre später tritt das Nichtraucherschutzgesetz in Österreich in Kraft, ab diesem Zeitpunkt wurde das Rauchen in öffentlichen Räumen verboten und Zigarettenhersteller mussten ihre Produkte mit einer Inhaltsstoffliste versehen. Auf dieser Grundlage erfolgten in den letzten 23 Jahren diverse Novellierungen, beispielsweise wurden zulässige Höchstkonzentrationen für den Nikotin, Teer und Kohlenmonoxidgehalt in Zigaretten festgelegt. Seit dem Jahr 2004 dürfen Zigaretten in Österreich nicht mehr als 1mg Nikotin und 10mg Teer bzw. Kohlenmonoxid enthalten. Desweiteren müssen nun gesundheitliche Warnhinweise mehr als die Hälfte der Produktfläche ausmachen.

Die Werbung für Produkte die Tabak enthalten, wie Zigaretten, Zigarren, Pfeifentabak oder selbst zu drehenden Zigaretten ist seit 2005 in Österreich verboten, dieses Verbot wurde später auch auf ähnliche, verwandte Produkte wie zum Beispiel die E-Zigarette ausgeweitet. Außerdem trat 2009 das Rauchverbot in Gastronomiebetrieben in Kraft, allerdings handelt es sich hierbei nicht um ein vollständiges Rauchverbot. Einerseits kann bei entsprechender Größe des Gasthauses, ein separater Raum für RaucherInnen zur Verfügung gestellt werden, allerdings muss dabei gewährleistet werden, dass die nichtrauchenden Gäste dem Tabakrauch nicht ausgesetzt werden. Andererseits gilt das Rauchverbot nicht, wenn nur ein einziger Raum vorhanden ist, in dem Essen und Getränke konsumiert werden können und dieser nur 50m² oder weniger aufweist. Überdies ist es aktuell so, dass mit Jänner 2019 Tabakwaren nicht mehr an Jugendliche unter 18 Jahren verkauft werden dürfen. Mit diesem Schritt wird das Verkaufsalter von zuvor 16 Jahren auf Volljährigkeit geändert (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRSKG).

An Arbeitsplätzen werden die nichtrauchenden ArbeitnehmerInnen ebenfalls seit 1995 besser gegen Passivrauchbelastung geschützt. Zum Beispiel ist das Rauchen in den von Rauchern und Nichtrauchern gemeinsam genutzten Büroräumen verboten, sofern die nicht rauchenden Perso-

nen, nicht durch eine verstärkte Entlüftung vor dem Zigarettenrauch geschützt werden können (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz).

Vor allem Laufe der letzten 10 Jahren hat sich in Österreich demnach die Situation für Raucher und Raucherinnen stark verändert.

1.6 Zigaretten in den Medien – ein Rückblick

1.6.1 Zigaretten in Film & Fernsehen

Den Einfluss von Filmen und Fernsehen auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen wurde vor allem in den Staaten einschlägig untersucht. Mitte der 2000er Jahre wurden in Deutschland Studien unter Kindern und Jugendlichen durchgeführt, mit dem Ziel zu zeigen, wie die Medien die Einstellung zum Thema Rauchen und teilweise das Rauchverhalten der Kinder und Jugendlichen beeinflussen. Der Grund für die mögliche Beeinflussung liegt unter anderem darin, dass Kinder sich, der Lerntheorie von Albert Banduras zu Folge, an ihren Rollenvorbildern orientieren, seien es nun Eltern, Freunde oder andere Rollenmodelle die von den Kindern bewundert werden, wie beispielsweise Filmstars (Hanewinkel & Sargent, 2007).

Zwei dieser Studien aus Deutschland, an mehr als 5500 Schülerinnen und Schülern, beschäftigten sich gezielt damit, ob der Zigarettenkonsum in Filmen mit dem Start des Rauchens bei Jugendlichen in Verbindung steht. Dazu wurde die Exposition hinsichtlich „Rauchen in Filmen“ auf die TeilnehmerInnen gemessen und es zeigte sich, dass für jene Kinder und Jugendlichen die kaum Filme gesehen hatten in deren Handlungsverlauf geraucht wurden, die Wahrscheinlichkeit, dass sie Zigaretten probierten nur 10% betrug. Kinder und Jugendliche die sehr häufig Filme sahen in denen die Protagonisten zur Zigarette griffen, wiesen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit von 70% auf Zigaretten zu probieren (Hanewinkel & Sargent, 2007).

Eine amerikanische Studie aus dem Jahr 2004 zeigte, dass ein Zusammenhang zwischen der täglichen Dauer des Fernsehkonsums im Kindesalter und dem Raucherstatus im jungen Erwachsenenalter mit 26 Jahren besteht (Hancoy et al, 2004)

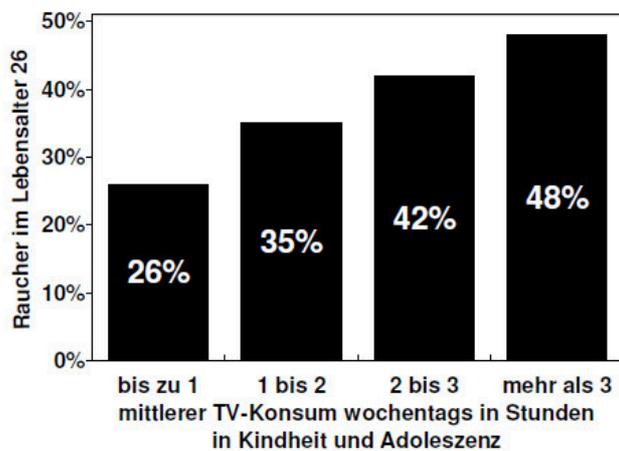


Abb. 4: Fernsehkonsum im Kindesalter und Rauchen im jungen Erwachsenenalter (Hanewinkel & Sargent, 2007 nach Hancox et al, 2004)

Desweiteren konnte bei dieser Studie gezeigt werden, dass ein hoher Fernsehkonsum im Kindesalter mit dem Risiko später an Übergewicht und generell schlechterer körperlicher Fitness zu leiden, in Zusammenhang steht (Hancox et al, 2004).

Eine der drei deutschen Untersuchungen war eine experimentalpsychologische Studie mit insgesamt 1400 teilnehmenden Personen im Jugend,- und jungen Erwachsenenalter. Hierbei konnte gezeigt werden, dass das Rauchen in Filmen Auswirkungen auf das Verhalten der Jugendlichen hat. So wurde dieselbe Protagonistin im selben Film rauchend von jenen TeilnehmerInnen mit Raucherfahrung als „schöner“ und „cooler“ eingestuft, als in einer ähnlichen Filmsequenz, die sich nur dadurch unterschied, dass die Protagonistin nicht raucht. Desweiteren zeigte sich, dass bei den Jugendlichen, die bereits erste Erfahrungen mit Zigaretten gemacht hatten, das Verlangen nach einer Zigarette ausgelöst wurde (Hanewinkel & Sargent, 2007).

Jedoch gibt eine weitere amerikanische Studie zu dem Thema zu bedenken, dass der Erziehungsstil der Eltern in Zusammenhang mit dem Fernsehkonsum der Kinder, ebenfalls großen Einfluss darauf haben kann auf die Probierfreudigkeit der Kinder hinsichtlich der Zigaretten. Die zugrunde liegende Hypothese war, dass jene Kinder besonders viel und häufig fernsehen durften und somit Filme sahen in denen geraucht wurde, deren Eltern einen nachlässigen Erziehungsstil verfolgten. Die Ergebnisse bestätigten die Hypothese (Sargent et al, 2001).

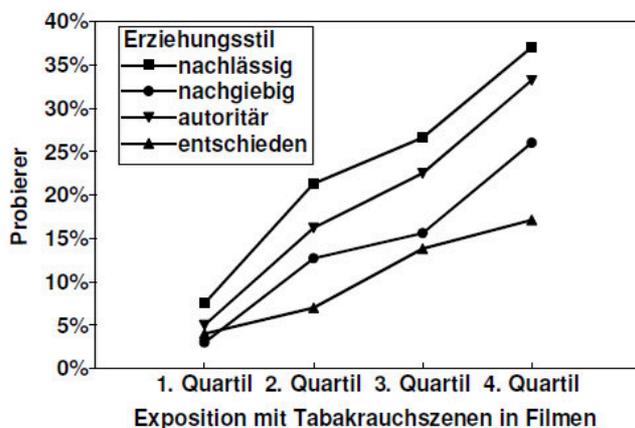


Abb. 5: Zusammenhang zwischen Erziehungsstil, Rauchszenen in Filmen und Probierverhalten der Kinder (Quelle: Hanewinkel & Sargent, 2007 nach Sargent et al, 2001)

Interessant ist zu beobachten, dass Kinder jener Eltern die einen autoritären Erziehungsstil pflegten, ebenfalls relativ probierfreudig hinsichtlich Zigarettenkonsums waren, ein Grund für dieses Verhalten könnte im Reiz des Verbotenen liegen.

1.6.2 Zigaretten in der Werbung am Beispiel des „Malboro Man“

Früher vermittelten Zigarettenwerbungen sehr positive Assoziationen mit dem beworbenen Produkt, Werbung für Tabakprodukte war nicht verboten und Warnhinweise mussten nicht explizit vermerkt werden. So entwickelten manche Marken zum Teil über Jahrzehnte hinweg bekannte Testimonials, wie zum Beispiel den „Malboro Man“ der Zigarettenmarke Malboro.

Ursprünglich war Malboro eine Zigarettenmarke für Frauen, doch der Tabakwarenhersteller Philip Morris wollte auch die männliche Klientel ansprechen, weshalb im Jahre 1955 eine mit besonders männlichen Attributen ausgestattete Werbefigur erschaffen wurde, der Malboro Man. Bewusst wählte Leo Burnett, ein bekannter Werbefachmann, den Cowboy als ultimatives Symbol für Männlichkeit, denn er wusste, dass dieser sowohl Männer ansprechen würde, aber Frauen keineswegs davon abhalten würde die Zigarettenmarke weiter zu kaufen. Das lag daran, dass Frauen damals gerne Produkte, die explizit als Produkte „für Männer“ beworben wurden kauften, da sie den damals höheren Status von Männern anstrebten (Copeland, 2013; www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=fggv0130).

2) FRAGESTELLUNG UND ZIELE DER DIPLOMARBEIT

Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, ob sozioökonomischer Parameter, ins Besondere die Schulbildung, sowie das Alter der Befragten, Einfluss auf das Gesundheitsbewusstsein der Raucherinnen nehmen.

2.1 Ziele der Diplomarbeit

Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen ist von mehreren individuellen Faktoren beeinflusst, es wäre allerdings spannend und vom pädagogischem Standpunkt gesehen interessant, zu untersuchen in wie weit die Ausbildung auf das Gesundheitsbewusstsein der Personen einwirken kann. Im Zuge dieser Diplomarbeit wurde das Gesundheitsbewusstsein anhand der Zigarettenanzahl und des Körpergewichts der Raucherinnen definiert. Als höherer Bildungsgrad wurde Matura und Hochschulabschluss festgelegt. Es könnte sein, dass besser ausgebildete Frauen, versuchen ihren Zigarettenkonsum zu kompensieren zum Beispiel durch bewusster Ernährung und daher ihr Gewicht in einem gesunden Bereich halten. Desweiteren wäre es denkbar, dass schlechter ausgebildete Frauen früher zu rauchen beginnen, da sie früher in einem Umfeld bewegen, in dem geraucht wird. Das Alter der befragten Frauen könnte ebenfalls ein ausschlaggebender Faktor sein, denn ältere Raucherinnen waren in ihrer Kindheit und Jugend noch regelmäßig Zigarettenwerbungen via Fernsehen, Radio und Plakaten ausgesetzt. Desweiteren gab es noch keine gesetzlichen Einschränkungen bezüglich des Rauchens an öffentlichen Plätzen. Es wäre außerdem möglich, dass ältere Frauen bereits stärker Nikotin abhängig sind. Zweck ist es, im Laufe dieser Diplomarbeit Indizien zu sammeln, die eben diese Vermutungen stützen.

2.2 Hypothesen zum Thema Rauchverhalten und Gesundheitsbewusstsein

Zu diesem Aspekt wurden folgende drei Hypothesen aufgestellt:

Hypothese Nr. 1: Frauen mit höherer Ausbildung bevorzugen leichter dosierte Zigaretten, da sie ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein aufweisen. Somit existieren Unterschiede bezüglich des

Nikotinkonsums zwischen Raucherinnen mit niedrigerem und Raucherinnen mit höherem Ausbildungsniveau.

Hypothese Nr. 2: Ältere Frauen rauchen stärker und/oder mehr Zigaretten als ihre jüngeren Geschlechtsgenossinnen, da sie ein weniger stark ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein aufweisen und bereits eine ausgeprägtere Abhängigkeit besteht.

Hypothese Nr. 3: Raucherinnen mit niedrigerem Bildungsgrad weisen ein früheres Einstiegsalter auf, da sie früher mit Zigarettenkonsum im Umfeld konfrontiert werden, als Personen die sich länger im gesetzlich rauchfreien Schulumfeld befinden. Daher ist der Anteil an Raucherinnen mit verhältnismäßig niedrigem Bildungsstand höher in der jüngsten Eintrittsalter-Kategorie.

Desweiteren wäre es interessant zu untersuchen, ob sich die verschiedenen Ausbildungsgruppen in ihrem Zigarettenkonsum bezüglich der Gründe für das Rauchen unterscheiden.

3) MATERIAL UND METHODEN

3.1 Vorgangsweise

Der in dieser Diplomarbeit analysierte Datensatz beruhen, wurde von der Verfasserin bereits vor fünf Jahren im Rahmen der Diplomarbeit „Nikotinkonsum und hormonelle Kontrazeption“ erhoben (Rosenauer-Trefny, 2013). Für die damalige Studie wurden Raucherinnen im reproduktiven Alter d.h. zwischen 16 und maximal 55 Jahren bezüglich ihrer Rauchgewohnheiten, anhand eines eigens erstellten strukturierten Fragebogens interviewt. Darüber hinaus wurden Daten zum allgemeinen Gesundheitsbewusstsein, Gewichtsstatus, sowie zur Soziodemographie erhoben. In der vorliegenden Diplomarbeit wurde erneut eine Differenzierung der Raucherinnen in drei Alterskategorien vorgenommen: das Alter der Frauen in der niedrigsten Alterskategorie umfasst 16 bis 29 Jahre, die mittlere Alterskategorie liegt bei 30 bis 39 Jahren und in der höchsten Alterskategorie befinden sich jene Damen deren Alter sich zwischen 40 und 55 Jahren beläuft. Die Teilnehmerinnen wurden zusätzlich in eine weitere Kategorie eingeteilt, abhängig von ihrem Ausbildungsgrad. Ein höherer Ausbildungsgrad umfasste einen Matura-Abschluss, entweder an einer berufsbildenden Schule oder an einer Allgemeinbildenden Schule bzw. eine Berufsreifeprüfung, sowie Hochschulabschlüsse. Zu diesem zählen Abschlüsse an einer Pädagogischen Akademie, Fachhochschulen oder an einer Universität. Die Kategorie mit niedrigem Schulabschluss enthielt jene Frauen, die über keinen Schulabschluss, einen Hauptschulabschluss, Lehrabschluss oder maximal einen mittleren Abschluss verfügten. Ein mittlerer Schulabschluss wäre beispielsweise ein Handelsschulabschluss oder ein Fachschulabschluss. Die Befragung im Zuge der Diplomarbeit „Nikotinkonsum und hormonelle Kontrazeption“ erfolgte damals freiwillig und anonym mittels eines kurzen Fragebogens, der von den teilnehmenden Frauen eigenständig ausgefüllt wurde. In Kapitel 8 ist dieser Fragebogen vollständig nachzulesen (Rosenauer-Trefny, 2013).

3.2 Studienteilnehmer

Für eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe sei auf die Arbeit von Rosenauer-Trefny (2013) verwiesen. Im Zuge der damaligen Studie wurden ausschließlich Raucherinnen rekrutiert, die regelmäßig Nikotin in Form von Zigaretten konsumieren. Das bedeutet, dass die Frauen zumin-

dest mehrmals wöchentlich Zigaretten konsumierten und keine Rauchpause eingelegt wurde. Die Anzahl der teilnehmenden Personen, deren Rauchverhalten anhand eines Fragebogens befragt wurde, belief sich auf 130 Frauen, das Mindestalter der Teilnehmerinnen betrug 16 Jahre, die älteste Teilnehmerin war 53 Jahre alt (Rosenauer-Trefny, 2013).

Um eine möglichst heterogenen Ausschnitt der weiblichen Raucherinnen in der Bevölkerung zu erhalten, erfolgte die Rekrutierung damals nicht an der Universität, sondern in einem Tabakfachgeschäft im Bezirk Hollabrunn, Niederösterreich, sowie im privaten Bekannten,- und Freundeskreis. Insgesamt 100 der 130 befragten Frauen wurden im Tabakfachgeschäft rekrutiert. Die Befragung erfolgte innerhalb eines dreimonatigen Zeitraums zwischen November 2012 und Jänner 2013 (Rosenauer-Trefny, 2013).

3.3 Der Fragebogen

Für diese Diplomarbeit wurden die Daten der beantworteten Fragebögen aus dem Jahr 2013 verwendet. Der damals eigens angefertigte Fragebogen bestand aus insgesamt 32 Punkten, mit Hilfe dessen die verschiedensten Begleitumstände des Zigarettenkonsums gesammelt wurden. Beispielsweise die Stärke der konsumierten Zigaretten, beurteilt hinsichtlich des Nikotin, Teer,- und Kohlenmonoxid Gehalts, aber auch die Anzahl der tägliche konsumierten Zigaretten oder die Anlässe die dem Griff zur Zigarette zugrunde lagen etc. (Rosenauer-Trefny, 2013).

Der tägliche Konsum der Teilnehmerinnen an Zigaretten wurde in vier Kategorien eingeteilt. Bei starkem Konsum wurden mehr als 20 Zigaretten pro Tag geraucht, das entspricht mehr als einer Packung (enthält 20 Stück). Eine Menge von 11 bis 20 Zigaretten täglich wurde als Mittelstarker Konsum definiert, moderater Konsum umfasste 6 bis 10 Zigaretten am Tag und leichter Konsum entsprach einer täglichen Menge von 1 bis 5 Zigaretten (Rosenauer-Trefny, 2013).

Folgende Aspekte wurden ebenfalls erfasst: das Alter der Teilnehmerinnen, sowie ihr Alter bei Erstkonsum einer Zigarette und der Raucher-Status der Eltern, das bedeutet ob zumindest ein Elter Raucher war. Der höchste abgeschlossene Bildungsstand, die persönlichen Gründe für den Rauchbeginn und ob es im Freundes,- und Bekanntenkreis Raucher bzw. Raucherinnen gab. Desweiteren die bevorzugten Zigarettenarten der Raucherinnen und deren Nikotin, Teer und

Kohlenmonoxidgehalt. Zusätzlich wurde abgefragt, ob es bereits Versuche gab mit dem Rauchen aufzuhören und wenn ja, welche Gründe die Befragten für die Konsumunterbrechung hatten (Rosenauer-Trefny, 2013).

3.4 Statistische Analyse

Die statistische Analyse erfolgte mit Hilfe des Statistik Programms SPSS (Version IBM SPSS Statistics 20). Die metrischen Daten wurden mit Hilfe eines Kolmogoroff-Smirnov-Tests auf Normalverteilung geprüft. Die Stichprobe wurde mit Hilfe deskriptiver Statistiken wie, absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, range beschrieben. Gruppenunterschiede wurden mit Hilfe von Chi-Quadrat Tests sowie ANOVA-Analysen auf ihre statistische Signifikanz geprüft. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0.05$ festgelegt.

4) ERGEBNISSE

Die Präsentation der Ergebnisse gliedert sich aus Gründen der Übersichtlichkeit in zwei Abschnitte.

In Abschnitt I werden die soziodemographischen Charakteristika und das allgemeine Rauchverhalten thematisiert. Zu diesen generellen Faktoren zählen beispielsweise die Häufigkeiten in Bezug auf die Ausbildung oder die Kinderanzahl der Probandinnen usw. Desweiteren wurden das Rauchverhalten der Teilnehmerinnen abhängig von Ausbildungsgrad und Alter untersucht. Es wurden drei Schulniveau-Kategorien erstellt, abhängig vom Schulabschluss der Teilnehmerinnen. All jene Frauen die eine Pflichtschule und maximal eine Lehre abgeschlossen hatten wurden der Pflichtschulkategorie zugewiesen, die Raucherinnen mit einem mittleren Schulabschluss zählten zur Mittelschulkategorie ohne Matura. In der höchsten Bildungskategorie befanden sich Raucherinnen, die eine Matura abgeschlossen hatten, oder über einen Hochschulabschluss verfügten.

Abschnitt II umfasst hingegen jene Resultate, die sich gezielt auf das Rauchverhalten der Teilnehmerinnen in Bezug auf das Erstkonsumalter der verschiedenen Altersgruppen und die Schulausbildung beziehen. Hierfür wurden die Teilnehmerinnen in drei Einstiegsalter Klassen kategorisiert, ein sehr junges Einstiegsalter mit unter 15 Jahren, ein mittleres Erstkonsumalter von 15 bis 17 Jahren und ein hohes Einstiegsalter beginnend bei über 17 Jahren. Hierbei werden die Ergebnisse verglichen z.B. hinsichtlich des Anteils der verschiedenen Bildungsgruppen in der jeweiligen Einstiegsalter-Kategorie.

4.1 Abschnitt I: soziodemographischer Parameter Schulbildung & allgemeines Rauchverhalten

Die folgenden Ergebnisse aus Abschnitt I beziehen sich auf die Antworten der 130 regelmäßig Zigaretten konsumierenden Frauen, die im Zuge der Studie aus dem Jahr 2013 befragt wurden. Zu den ausgewählten soziodemographischen Charakteristika zählen der höchste abgeschlossene Schulabschluss, die Altersverteilung und die drei Altersgruppen, sowie die Kinderanzahl der Teilnehmerinnen. Bei 69 Personen wurde desweiteren das Körpergewicht und die Körpergröße angegeben. Die allgemeinen Rauchgewohnheiten der befragten Frauen beziehen sich auf die täglich konsumierte Menge an Zigaretten, die „Stärke“ der konsumierten Zigaretten, also wie

viel mg Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid enthalten sind und das Einstiegsalter. Desweiteren die Gründe für den Konsum und zu welchem Zeitpunkt des Tages die erste Zigarette geraucht wird. Von den möglichen Motiven für Zigarettenkonsum wurden folgende Punkte abgefragt: „Rauchen zur Entspannung“, „Rauchen aus Langeweile“, „Rauchen in Gesellschaft“, „Rauchen als Genussmittel“, sowie „Rauchen um Hungergefühle zu überbrücken“, und „Rauchen aus anderen Gründen“. Die verschiedenen Punkte wurden hinsichtlich Unterschiede abhängig vom Ausbildungsgrad der Teilnehmerinnen untersucht.

4.1.1 Höchster Schulabschluss der Teilnehmerinnen

Tabelle 2 enthält eine Übersicht hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses der befragten Frauen. Fast jede 6. Teilnehmerin verfügte nur über einen Pflichtschulabschluss, über 34% der Teilnehmerinnen hatten zusätzlich eine Lehre abgeschlossen. Etwas weniger als ein Viertel der Frauen hatte die Matura absolviert und elf Teilnehmerinnen wiesen den höchsten Bildungsstand auf mit einem einen Hochschulabschluss, diese Gruppe machte 8,5% der befragten Raucherinnen aus (Rosenauer-Trefny, 2013).

Tabelle 2: Häufigkeitstabelle: Höchste abgeschlossene Schulbildung. Fünf Kategorien hinsichtlich der schulischen Ausbildung wurden unterschieden: Pflichtschule, Pflichtschule & Lehre, Mittelschule ohne Matura, Matura und Hochschulabschluss (Rosenauer-Trefny, 2013).

Ausbildung	Anzahl	Gültige Prozente
Pflichtschule (PS)	20	15,4
PS und Lehre	45	34,6
Mittelschule	23	17,7
Matura	31	23,8
Hochschule	11	8,5

4.1.2 Altersklassen der Teilnehmerinnen und Ausbildungsniveau in den Altersklassen

Am wenigsten vertreten, mit 36 Personen, war die altersmäßig jüngste Teilnehmergruppe der 16 bis 29 Jährigen. Die mittlere Alterskategorie von 30 bis 39 Jahren umfasste 46 Frauen und in der

zahlenmäßig stärksten Teilnehmergruppe, der 40 bis 53- Jährigen befanden sich 48 Personen (Rosenauer-Trefny, 2013).

Tabelle 3: Ausbildungsniveau in den verschiedenen Alterskategorien.

	< 30 J.	30-39 J.	> 39J.
Anzahl Pflichtschule	27	18	20
% der Altersgruppe	58,7	50,0	41,7
% innerhalb Ausbildungsgruppe	41,5	27,7	30,8
Anzahl Mittelschule	5	4	14
% der Altersgruppe	10,9	11,1	29,2
% innerhalb Ausbildungsgruppe	21,7	17,4	60,9
Anzahl Matura, Hochschule	14	14	14
% der Altersgruppe	30,4	38,9	29,2
% innerhalb Ausbildungsgruppe	33,3	33,3	33,3
Signifikanz (p= 0,039)	sig.	sig.	sig.

Bei den unter 30 Jährigen stellen Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss die Mehrheit dar mit über 58 Prozent. In der mittleren Alterskategorie stellen Pflichtschulabsolventinnen exakt die Hälfte. Innerhalb der Ausbildungsgruppe mit höchstem Schulabschluss sind jeweils ein Drittel der Raucherinnen der niedrigsten, mittleren oder höchsten Alterskategorie zuzurechnen. Am prozentmäßig stärksten vertreten, mit 38,9 Prozent, sind Raucherinnen mit hohem Bildungsabschluss in der mittleren Altersgruppe. Die Varianzanalyse mittels ANOVA ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Ausbildungsniveaus und dem Alter der Teilnehmerinnen.

4.1.3 Durchschnittsalter & Kinderanzahl der befragten Raucherinnen

Tabelle 4: Allgemeine Ergebnisse der Umfrage bezüglich Alter & Kinderanzahl der Teilnehmerinnen und auf Bildungsniveau bezogene Kinderanzahl – Daten auf 3. Kommastelle gerundet. Für jeden Punkt werden der Mittelwert, die Standardabweichung und der minimale sowie der maximale Wert angegeben. Via Kolmogorov-Smirnov wurden die Daten auf Normalverteilung getestet. Es handelte sich um Normalverteilungen bei den zu testenden Verteilungen (Rosenauer-Trefny, 2013).

	n	\bar{x}	SD	Min.	Max.
Alter	130	34,35	10,871	16	53

Kinderanzahl	130	0,94	0,994	0	4
Kinderanzahl Pflichtschule	65	0,92	0,989		
Kinderanzahl Mittelschule	23	1,13	1,058		
Kinderanzahl Matura/Hoch- schule	42	0,86	0,977		
Signifikanz	p=0,565				

Eine allgemeine Übersicht hinsichtlich des Alters der befragten Frauen ist in Tabelle 4 ersichtlich. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen belief sich auf 34,35 Jahre und die Frauen hatten zwischen 0 und höchstens 4 Kindern (Rosenauer-Trefny, 2013). Desweiteren ist abzulesen, dass Frauen mit mittlerem Bildungsniveau statistisch gesehen die meisten Kinder hatten und Frauen mit Hochschulabschluss die wenigsten. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Ausbildung und Kinderanzahl konnten ausgemacht werden.

4.1.4 Ausbildungs-bezogene Häufigkeit des Zigarettenkonsums und Gründe für den Konsum in Bezug auf den Ausbildungsgrad

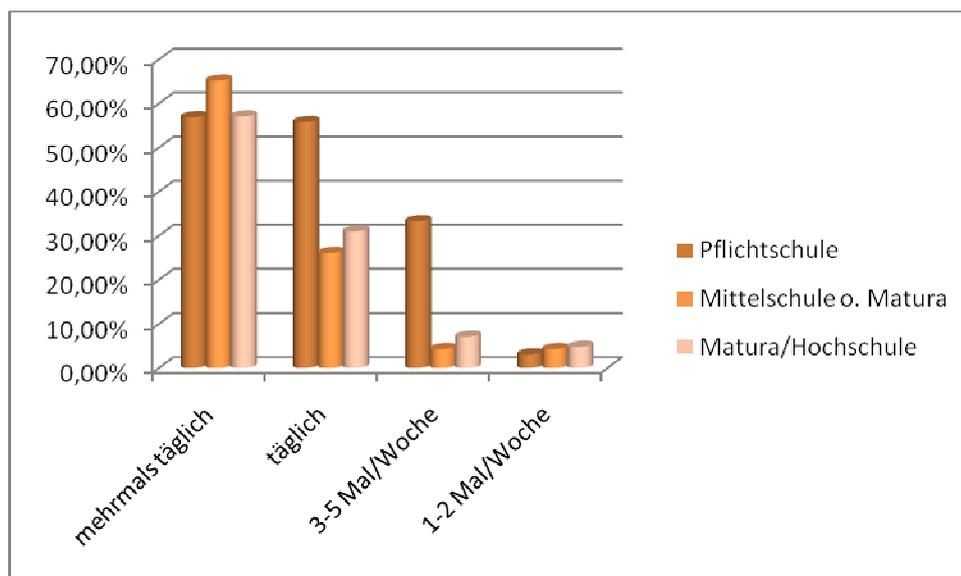


Abbildung 7: Ausbildungs-niveau und Frequenz des Zigarettenkonsums der Raucherinnen. Hinsichtlich des Konsums werden vier zeitliche Kategorien unterschieden. Die horizontale Achse beginnt mit der anzahlmäßig häufigsten Kategorie.

Deutlich erkennbar ist, dass in allen drei Ausbildungsniveaus die Raucherinnen prozentual dominieren, deren Konsumfrequenz bei mehrmals täglich liegt (s. Abb. 7). In allen drei Ausbildungsgruppen konsumierten nur unter 5% der Befragten ein bis zweimal pro Woche Zigaretten.

Tabelle 5: Zigarettenkonsum Häufigkeit bezogen auf den Ausbildungsgrad.

	Pflichtschule	Mittelschule o. Matura	Matura und Hochschule
mehrmals täglich	37	15	24
% innerhalb Ausbildung	56,9%	65,2%	57,1%
täglich	24	6	13
% innerhalb Ausbildung	36,9%	26,1%	31,0%
3-5 Tage/Woche	2	1	3
% innerhalb Ausbildung	3,1%	4,3%	7,1%
1-2Tage/Woche	2	1	2
% innerhalb Ausbildung	3,1%	4,3%	4,8%
Signifikanz	p=0,917	p=0,917	p=0,917

In Tabelle 5 ist abzulesen, dass Teilnehmerinnen mit einem mittleren Bildungsabschluss Großteils mehrmals täglich rauchten (über 65%), gefolgt von jenen Frauen mit Matura und/oder Hochschulabschluss. Etwas mehr als ein Drittel der Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss griff zumindest täglich zur Zigarette. Der Zusammenhang zwischen Ausbildungsniveau und Frequenz des Zigarettenkonsums wurden via Chi-Quadrat Test geprüft. Es konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Frequenz des Zigarettenkonsums zwischen den drei Ausbildungsniveaus entdeckt werden.

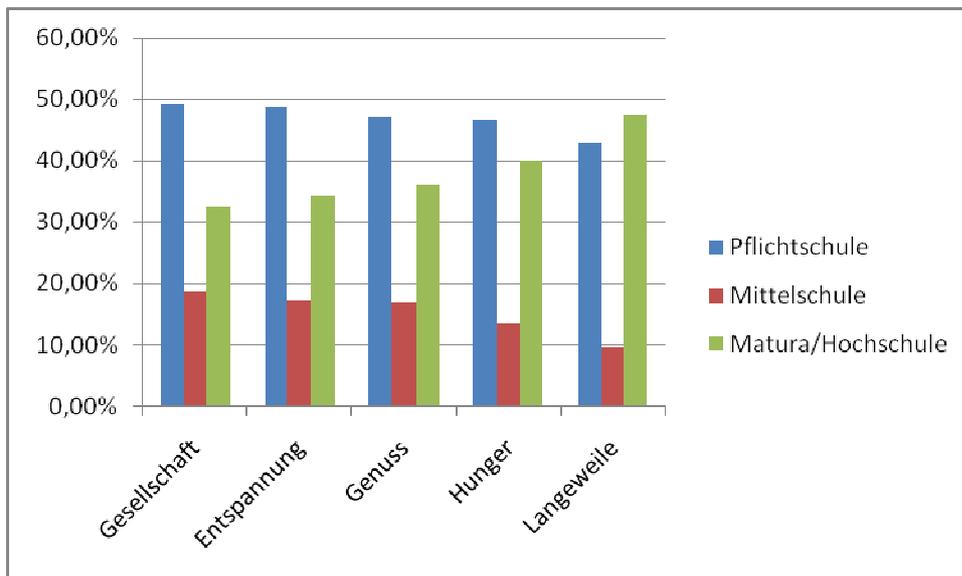


Abbildung 8: Situationsbedingt genannte Gründe für den Zigarettenkonsum abhängig vom Bildungsgrad der Teilnehmerinnen. Situationen und Motive für den Konsum sind auf der horizontalen Achse gelistet. Auf der vertikalen Achse sind die Angaben in Prozent gelistet, es konnten mehrere Angaben gleichzeitig gewählt werden.

Die drei häufigsten Motive beim Griff zur Zigarette waren unabhängig vom Bildungsniveau der Teilnehmerinnen an erster Stelle das „Rauchen in Gesellschaft“, gefolgt von „Rauchen zur Entspannung“ und von „Rauchen als Genuss“. Der Grund „Rauchen in Gesellschaft“ wurde von über 80% der Pflichtschul,- Mittelschul,- und Hochschulabsolventinnen genannt. Das Motiv „Rauchen zur Hungerüberbrückung“ war in allen drei Bildungsniveaus nur schwach vertreten, ähnlich wie der Grund „Rauchen aus Langeweile“. Hierbei gab es jedoch verhältnismäßig viele Raucherinnen mit hohem Bildungsgrad, fast 25%, die diesen Grund angaben. Die Unterschiede bezüglich der verschiedenen Anlässe bei Zigarettenkonsum zwischen den verschiedenen Ausbildungsniveaus waren nicht signifikant.

4.1.5 Durchschnittlicher Toxin-Gehalt der Zigaretten, Körpergewicht & Körpergröße, sowie Einstiegsalter in den verschiedenen Bildungsniveaus

Von den 130 Teilnehmerinnen wurden damals bei 69 Frauen auch das Körpergewicht und die Körpergröße erfragt und der BMI ausgerechnet.

Tabelle 6: Durchschnittlicher Toxin-Gehalt der konsumierten Zigaretten in den verschiedenen Bildungsniveaus, Körpergröße & Gewicht, sowie durchschnittliches Alter bei Erstkonsum. Daten auf 3. Kommastelle gerundet. Der Mittelwert, die Standardabweichung und der minimale sowie der maximale Wert werden für jeden Punkt angegeben. Via Kolmogorov-Smirnov wurden die Daten auf Normalverteilung getestet, es handelte sich um Normalverteilungen bei den zu testenden Verteilungen.

Pflichtschule		Nikotin(mg)	Teer (mg)	CO (mg)	Gewicht (kg)	Größe (cm)	BMI	Alter bei EK
	x ⁻	0,612	7,323	8,000	67,088	164,294	24,831	14,71
	SD	0,154	2,055	1,723	13,752	5,885	4,740	1,958
	N	65	65	65	34	34	34	65
Mittelschule								
	x ⁻	0,578	6,957	7,652	65,667	164,333	24,184	16,30
	SD	0,141	2,011	1,849	14,142	6,442	4,383	3,560
	N	23	23	23	9	9	9	23
Matura/HS								
	x ⁻	0,581	6,738	7,691	63,423	166,0	23,004	15,31
	SD	0,178	2,231	2,101	11,031	6,147	4,368	2,552
	N	42	42	42	26	26	26	42
Signifikanz		p=0,571	p=0,362	p=0,616	p=0,551	p=0,546	p=0,278	sig. p=0,032

Anhand von Tabelle 6 ist abzulesen, dass Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss unwesentlich stärkere Zigaretten konsumierten, als Raucherinnen der beiden anderen Bildungsniveaus. Die größte Körpergröße und das niedrigste Körpergewicht wiesen Teilnehmerinnen des höchsten Bildungsniveaus auf, sie hatten durchschnittlich betrachtet auch den niedrigsten BMI Wert. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des Alters bei Erstkonsum und dem Ausbildungsniveau der Raucherinnen. Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum einer Zigarette lag mit 14,71 Jahren am niedrigsten bei Teilnehmerinnen mit dem niedrigsten Bildungsniveau. Beim Erstkonsumalter zeigte sich desweiteren, dass Raucherinnen mit mittlerem Bildungsabschluss mit über 16 Jahren am spätesten begannen zu rauchen.

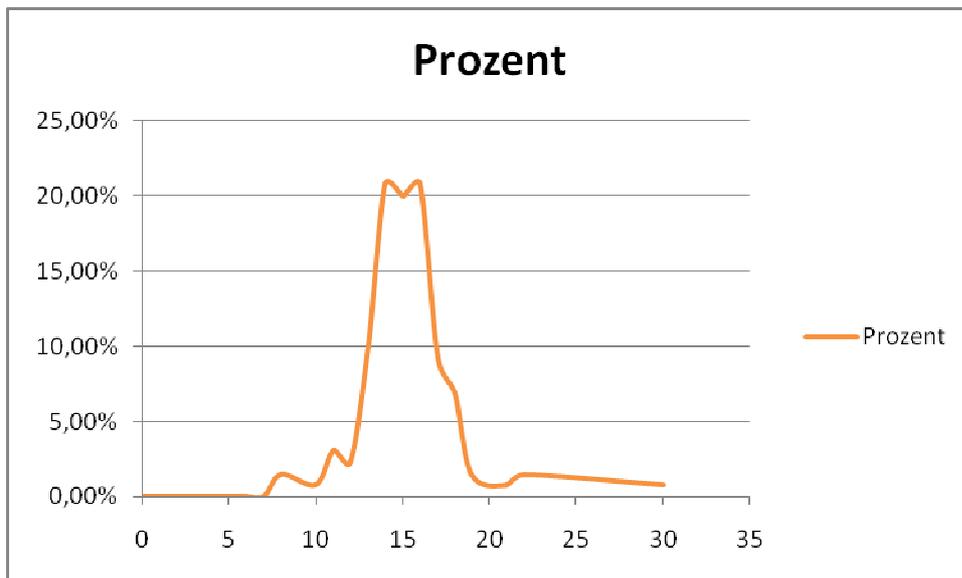


Abb. 9: Einstiegsalter für Zigarettenkonsum. Auf der horizontalen Achse

In Abbildung 9 ist zu entnehmen, dass ab einem Alter von 13 Jahren, die Anzahl der Erstkonsum-Angaben sprunghaft ansteigt. Jeweils ca. 20% der Teilnehmerinnen gaben an mit 14,15 oder 16 Jahren die erste Zigarette konsumiert zu haben. Ab einem Alter von 17 Jahren sanken die Angaben für den erstmaligen Konsum an Zigaretten stetig, ein Eintrittsalter bei Erstkonsum von über 20 Jahren war nur bei 4 Raucherinnen der Fall (Rosenauer-Trefny, 2013).

4.1.6 Gewichtsstatus in Bezug auf Bildungsgrad und Alter

Es wurde untersucht wie sich der Gewichtsstatus jener 69 Raucherinnen in den verschiedenen Ausbildungsniveaus unterscheidet.

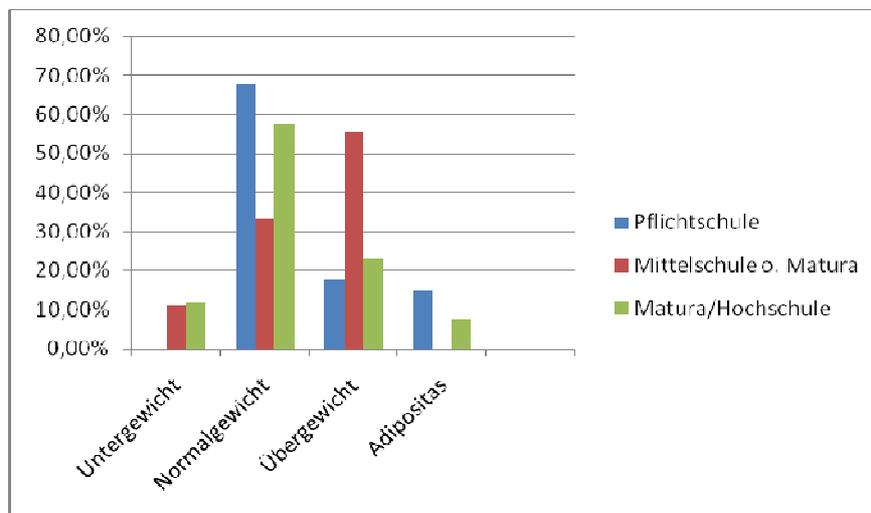


Abb.10: Gewichtsstatus in Zusammenhang mit Bildungsstand der Teilnehmerinnen.

Wie Abbildung 10 zu entnehmen ist, lag der Anteil an Raucherinnen mit zu niedrigem Körpergewicht bei Vertreterinnen mit Mittelschulabschluss und Matura bzw. Hochschulabschluss bei leicht über 10%. Keine Teilnehmerin mit Pflichtschulabschluss war untergewichtig, der mit Abstand größte Teil der Pflichtschulabsolventinnen, über 67%, verteilte sich auf den normalgewichtigen Bereich. Raucherinnen mit Mittelschulabschluss befanden sich prozentual besonders oft in der Übergewichtigen Kategorie mit etwas über 55%, gefolgt weit abgeschlagen von Raucherinnen mit höchstem Bildungsniveau. Keine der Mittelschulabsolventinnen, der 69 Teilnehmerinnen deren Gewichtsstatus ermittelt wurde, war adipös, jedoch fast 15% der Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss fielen in diese Kategorie. (Rosenauer-Trefny, 2013).

Die genauen Prozentangaben sind in Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Gewichtsstatus und Ausbildungsniveau.

Gewichtsstatus		PS.	MS	Matura/ HS
Untergewicht	N	0	1	3
	% innerhalb Altersgruppe	0,0%	11,1%	11,5%
Normalgewicht	N	23	3	15
	% innerhalb Altersgruppe	67,6%	33,3%	57,7%
Übergewicht	N	6	5	6
	% innerhalb Altersgruppe	17,6%	55,6%	23,1%
Adipositas	N	5	0	2
	% innerhalb Altersgruppe	14,7%	0,0%	7,7%
Signifikanz	p= 0,80			

Es wurde außerdem untersucht wie sich der Gewichtsstatus jener 69 Raucherinnen in den drei verschiedenen Altersgruppen, „unter 30 Jährige“, „30 bis 39 Jährige“ und „über 40 Jährige“ unterscheidet. Die genauen Prozentangaben sind in der untenstehenden Tabelle 9 ersichtlich. Der Zusammenhang von Ausbildungsgrad und Gewichtsstatus wurde mittels Chi-Quadrat Test geprüft. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden.

Tabelle 8: Gewichtsstatus und Altersklassen.

		<30 J.	30-39 J.	>40 J.
Untergewicht	N	0	2	2
	% innerhalb Altersgruppe	0,0%	9,5%	10,5%
Normalgewicht	N	19	13	9
	% innerhalb Altersgruppe	65,5%	61,9%	47,4%
Übergewicht	N	7	2	8
	% innerhalb Altersgruppe	24,1%	9,5%	42,1%
Adipositas	N	3	4	0
	% innerhalb Altersgruppe	10,3%	19,0%	0,0%
Signifikanz	p= 0,75			

Der Zusammenhang von Gewichtsstatus und Altersklasse wurde mittels Chi-Quadrat Test geprüft. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden.

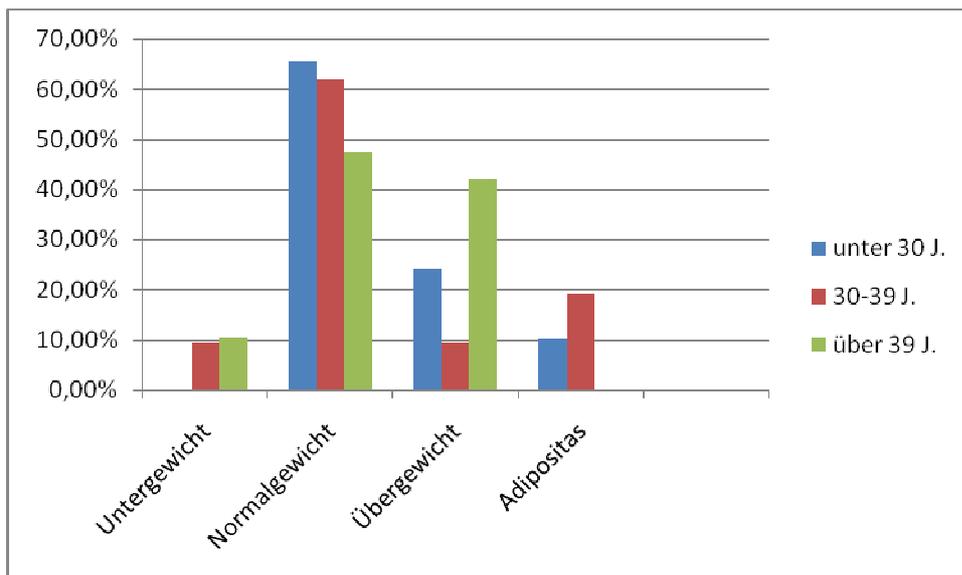


Abb.11: Gewichtsstatus in den verschiedenen Altersgruppen.

Wie Abbildung 11 zu entnehmen ist, beläuft sich der Anteil an untergewichtigen Raucherinnen in der jüngsten Altersgruppe auf 0%. Allerdings liegt der Anteil an übergewichtigen Raucherinnen

nen dieser Alterskategorie bei über 20%. und an adipösen Raucherinnen bei 10%. In der mittleren Alterskategorie waren knapp 10% untergewichtig und verhältnismäßig viele Frauen adipös, der Anteil belief sich auf fast 20%. Bei den Raucherinnen der ältesten Altersgruppe war keine Frau adipös, jedoch über 40% rangierten im übergewichtigen Gewichtsbereich und knapp über 10% im untergewichtigen Bereich.

4.1.7 Ursachen des Rauchverhaltens und Rauchunterbrechungen

Desweiteren wurde 2013 im Zuge der Befragung erhoben, weshalb die Frauen ursprünglich mit dem Rauchen begannen. Untersucht wurde, ob es im nahen Umfeld der Teilnehmerinnen Raucher und Raucherinnen gab und ob ein oder beide Elternteile ebenfalls Zigaretten konsumierten. Im Zuge dieser Diplomarbeit wurden diese Daten hinsichtlich des Bildungsstandes der Teilnehmerinnen auf Unterschiede untersucht.

Tabelle 9: Häufigkeitstabelle: Ursachen des Rauchbeginns. Die 2013 von allen Teilnehmerinnen am häufigsten genannten Motive für den erstmaligen Zigarettenkonsum sind in absteigender Reihenfolge gelistet (Rosenauer-Trefny, 2013).

Motive für Rauchbeginn	Neugierde	überredet von Freunden	Reiz des Verbotenen	um „in“ zu sein	Werbung	andere Gründe
Anzahl	78	47	36	22	0	5

Wie anhand von Tabelle 9 zu erkennen, wurde der Grund „Werbung“ als ursächliches Motiv für den Rauchbeginn nie genannt und daher in den folgenden Tabellen und Abbildungen nicht berücksichtigt (Rosenauer-Trefny, 2013).

Es wurde des Weiteren untersucht, ob sich in den drei Ausbildungsniveaus die vier Hauptmotive, „Neugierde“, „überredet von Freunden“, „Insein“ und „Reiz des Verbotenen“, für den Rauchbeginn unterscheiden.

Tabelle 10: Motive für den Rauchbeginn in den verschiedenen Ausbildungsniveaus.

Motive	Neugierde	Freunde	Insein	Reiz des Verbotenen
Pflichtschule				
	58,5%	43,1%	15,4%	24,6%

	JA/ Gesamt	38/65	28/65	10/65	16/65
Mittel- schule					
		52,5%	34,8%	21,7%	39,1%
	JA/ Gesamt	12/23	8/23	5/23	9/23
Matu- ra/HS					
		66,7%	26,2%	16,7%	26,2%
	JA/ Gesamt	28/42	11/42	7/42	11/42
Signi- fikanz		p=0,489	p=0,204	p=0,782	p=0,395

Die statistische Analyse via Chi-Quadrat Test ergab, dass keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Motive in den drei Ausbildungskategorien vorlagen.

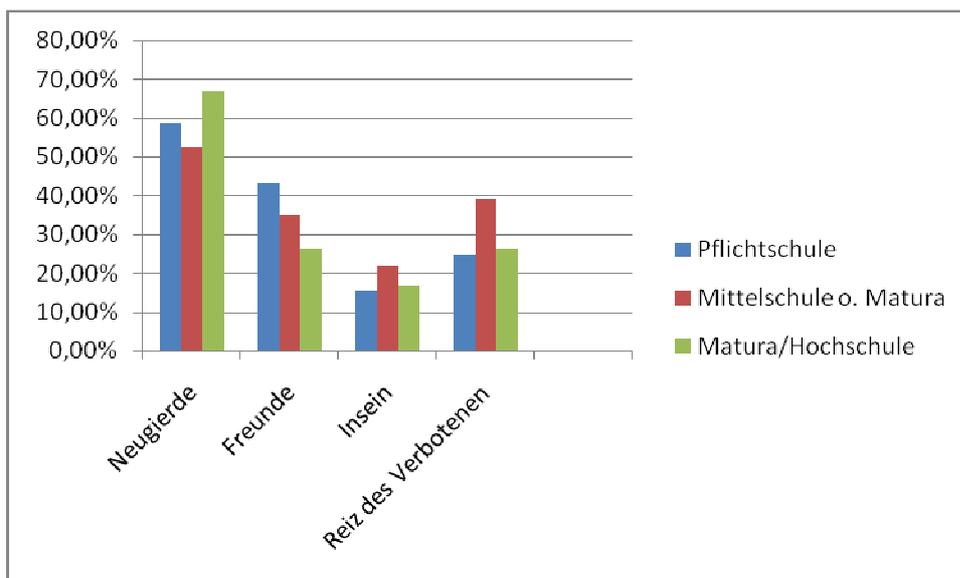


Abb. 12: Die vier am häufigsten genannten Gründe für den Rauchbeginn bezogen auf das Bildungsniveau. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ausbildungsniveau und den verschiedenen Gründen für den Rauchbeginn festgestellt.

Am häufigsten wurde in allen drei Ausbildungsniveau-Gruppen die Neugierde als Grund für den Erstkonsum an Zigaretten genannt. Besonders oft wurde dieses Motiv bei Raucherinnen des höchsten Bildungsniveaus genannt, über 66% gaben dies als Ursache an, gefolgt von Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss. Als zweiter Grund relativ häufig genannt wurde, sowohl bei Raucherinnen der untersten, als auch der höchsten Bildungskategorie „Freunde“ die zum Konsum überredeten. Nur bei jenen Teilnehmerinnen mit Mittelschulabschluss wurde als zweithäufigstes

Motiv „der Reiz des Verbotenen“ genannt, dies gaben fast 40% an. Der Wunsch „in zu sein“ rangierte bei allen Raucherinnen der verschiedenen Bildungsniveaus auf Platz 4.

Tabelle 11: Häufigkeitstabelle: Rauchende Eltern & RaucherInnen im Umfeld.

	JA/ NEIN	rauchende Eltern Ja	rauchende Eltern Nein	JA/ NEIN	Umfeld Rau- cherInnen Ja	Umfeld Rau- cherInnen Nein
Pflichtschule	55/10	84,6%	15,4%	65/0	100%	0%
Mittelschule	15/8	65,2%	34,8%	21/2	91,3%	8,7%
Matur/Hoch- schule	36/6	85,7%	14,3%	40/2	95,2%	4,8%
Signifikanz		p=0,84	p=0,84		p=0,86	p=0,86

Wie Tabelle 11 zu entnehmen ist, lag der Anteil an rauchenden Eltern bei Teilnehmerinnen mit mittlerem Bildungsabschluss verhältnismäßig niedrig bei nur 65%. Mit über 85% war der Anteil an Rauchern oder Raucherinnen im Elternhaus von Teilnehmerinnen mit hohem Bildungsniveau am Höchsten. Alle Teilnehmerinnen mit Pflichtschulabschluss gaben an, dass sie RaucherInnen in ihrem Umfeld hatten. Auch für Raucherinnen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau galt, dass der Anteil an RaucherInnen im Umfeld über 90% lag. Die Daten wurden mittels Chi-Quadrat Tests analysiert, das Ergebnis lautete nicht signifikant.

Von den damals insgesamt befragten 130 Raucherinnen gaben 83 Frauen an bereits zumindest einmal den Zigarettenkonsum unterbrochen zu haben. Die häufigsten Gründe für die Rauchunterbrechung waren der „Wunsch gesünder zu leben“, eine Schwangerschaft und die Fastenzeit (Rosenauer-Trefny, 2013). Bei der neuerlichen Auswertung wurden untersucht, ob sich die Gründe in ihrer Reihung zwischen den verschiedenen Bildungsniveaus unterscheiden.

Tabelle 12: Gründe für die Konsumunterbrechung bezogen auf den Ausbildungsgrad.

„Gesünder leben“		Pflichtschule	Mittelschule	Matura/Hochschule
	Anzahl	22	11	8
	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	46,8%	64,7%	42,1%
Signifikanz	p=0,257			

„Schwangerschaft“				
	Anzahl	15	8	13
	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	31,9%	47,1%	68,4%
Signifikanz	signifikant p=0,024			
„Fastenzeit“				
	Anzahl	1	0	1
	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	2,1%	0,0%	5,3%
Signifikanz	p=0,579			

In Tabelle 12 wird ersichtlich, dass der Wunsch „gesünder zu leben“ vor allem bei Raucherinnen des mittleren Bildungsniveau am stärksten vertreten ist, beinahe 65% gaben dieses Motiv an. Mittels Chi-Quadrat Test wurde der Zusammenhang zwischen Ausbildungsgrad und Gründe für die Konsumunterbrechung untersucht. Hinsichtlich des Unterbrechungsgrunds „Schwangerschaft“ zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Ausbildungsniveaus. Bei Frauen mit Matura und/oder Hochschulabschluss wurde eine Schwangerschaft als häufigster Grund für die Unterbrechung des Zigarettenkonsums von 68,4% angegeben. In allen drei Bildungsgruppen spielte der Grund „Fastenzeit“ eine sehr untergeordnete Rolle, nur zwischen ca. 2% (Pflichtschule) und 5% (Matura/Hochschule) der Raucherinnen gaben diesen Grund an.

Jene Frauen die bereits Kinder hatten, wurden zusätzlich gefragt, ob sie während der Schwangerschaft Zigaretten konsumiert hatten.

Tabelle 13: Rauchen während der Schwangerschaft bezogen auf den Ausbildungsgrad.

Rauchen während Schwangerschaft		Pflichtschule	Mittelschule	Matura/Hochschule
JA	Anzahl	4	0	1
	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	36,4%	0,0%	14,3%
NEIN	Anzahl	7	3	6

	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	63,6%	100,0%	85,7%
Signifikanz	p=0,326			

In der niederen und der hohen Ausbildungsgruppen gab es Frauen, die angaben während der Schwangerschaft geraucht zu haben. Prozentual gesehen lag der Anteil an Frauen, die schwanger Zigaretten konsumierten, mit einem guten Drittel bei den Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss am höchsten. Der Zusammenhang zwischen Ausbildungsgrad und Rauchen während der Schwangerschaft wurde mittels Chi-Quadrat Test geprüft, das Ergebnis lautete nicht signifikant.

4.1.8 Alter und Zigarettenkonsum

Bereits während der Diplomarbeit „Nikotinkonsum und hormonelle Kontrazeption“ 2013 wurde kurz der Zigarettenkonsum der verschiedenen Altersgruppen behandelt. Folgende Daten wurden erhoben:

Tabelle 1: Rauchverhalten in den drei Alterskategorien. Nikotin-, Teer- und CO-Konsum. Daten auf 3. Kommastelle gerundet (Rosenauer-Trefny, 2013).

Alterskategorie	< 30 Jahre	30 bis 39 Jahre	>40 Jahre	Signifikanz
n	46	36	48	
\bar{x} Nikotin (mg)	0,604	0,575	0,604	p=0,649
SD	0,156	0,186	0,143	
\bar{x} Teer (mg)	7,033	6,667	7,271	p=0,396
SD	2,358	2,230	1,976	
\bar{x} CO (mg)	7,891	7,472	8,063	p=0,350
SD	1,792	2,049	1,791	

In Tabelle 14 ist abzulesen, dass Raucherinnen der ältesten Kategorie etwas stärker dosierte Zigaretten konsumierten, gefolgt von Frauen der jüngsten Alterskategorie. Raucherinnen der mittleren Alterskategorie rauchten Zigaretten mit geringfügig weniger Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid-Gehalt. Die Unterschiede im Toxingehalt der konsumierten Zigaretten zwischen den drei Alterskategorien waren zu gering, um signifikant zu sein (Rosenauer-Trefny, 2013).

4.2 Abschnitt II: Ergebnisse für Raucherinnen in Zusammenhang mit Einstiegsalter & Schulausbildung

Es wurde unter anderem anhand der ermittelten Daten untersucht, ob sich die Schulausbildung auf das Alter bei Erstkonsum einer Zigarette auswirkt, ob ein junges Einstiegsalter mit höherem Konsum korreliert und ob der Umstand, dass Eltern rauchten Auswirkungen auf das Einstiegsalter hatte. Desweiteren wurde untersucht inwiefern sich die ursächlichen Motive für den Raubeginn mit den verschiedenen Einstiegsalter ändern und ob es Unterschiede im Rauchverhalten abhängig vom generellen Alter bzw. der Schulbildung der Teilnehmerinnen gibt.

4.2.1 Ausbildungsgrad und Eintrittsalter-Kategorie

Es wurde vorab angenommen, dass sich ein relativ niedriger Bildungsgrad auf das Einstiegsalter für Zigarettenkonsum auswirken wird, insofern dass besonders viele Teilnehmerinnen mit niedrigem Schulabschluss in der jüngsten Eintrittsalter Kategorie, von unter 14 Jahren, vertreten sind. Via Chi-Quadrat-Tests nach Pearson wurde untersucht, ob das Bildungsniveau mit der Anzahl an Raucherinnen in den drei verschiedenen Eintrittsalter-Kategorien zusammenhängt. Dieser Test wurde für beide Bildungsgrade und jede der drei Eintrittsalter-Kategorien durchgeführt und lieferte signifikante Ergebnisse.

Tabelle 15: Erstkonsumalter und Ausbildungsgrad.

Erstkonsumalter		Pflichtschule	Mittelschule	Matura/Hochschule
<15				
	Anzahl	33	5	12
	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	50,8%	21,7%	28,6%
Erstkonsumalter 15-17				
	Anzahl	28	12	25
	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	43,1%	52,2%	59,5%
Erstkonsumalter >17				

	Anzahl	4	6	5
	% innerhalb der Ausbildungsgruppe	6,2%	26,1%	11,9%
Signifikanz	signifikant (p=0,014)			

In Tabelle 15 wird ersichtlich, dass es signifikante Unterschiede hinsichtlich des Erstkonsumalters und dem Ausbildungsniveau der Raucherinnen gibt. Es zeigte sich nämlich, dass Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss tendenziell früh die erste Zigarette konsumierten, knapp über 50% begannen im Alter von 14 Jahren oder jünger zu rauchen. Relativ viele Frauen, über ein Viertel, mit mittlerem Bildungsabschluss begannen erst ab einem Alter von 18 Jahren zu rauchen. Der Zusammenhang zwischen Erstkonsumalter und Ausbildungsniveau wurde via Chi-Quadrat Test geprüft, das Ergebnis lautete signifikant.

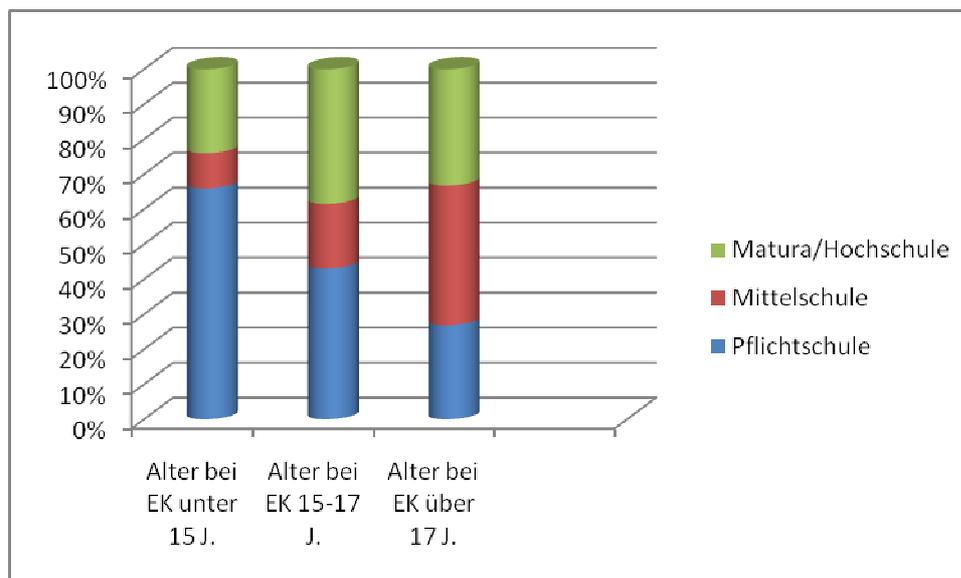


Abb. 13: Anteil der verschiedenen Bildungsniveaus in den drei Alterskategorien. Auf der horizontalen Achse sind die Alterskategorien, beginnend mit der jüngsten Altersgruppe gereiht.

Besonders gut sichtbar in Abbildung 13 wird, wie hoch der Anteil an Raucherinnen mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu den beiden anderen Bildungsniveaus in der jüngsten Altersgruppe ist.

4.2.2 Zigarettenanzahl und Körpermaße in Zusammenhang mit Erstkonsumalter

Die durchschnittlich täglich konsumierte Zahl der Zigaretten, sowie das durchschnittliche Körpergewicht und der BMI Wert der Raucherinnen wurde mit Hilfe der Varianzanalyse abhängig vom Einstiegsalter der Frauen untersucht. Mittels ANOVA wurde untersucht, ob ein früheres Einstiegsalter Einfluss auf den späteren, täglichen Zigarettenkonsum hat. Die Ergebnisse waren nicht signifikant.

Tabelle 16: Erstkonsumalter, tägliche Zigarettenanzahl & Körpermaße. Werte auf 3. Kommastelle gerundet.

Erstkonsumalter		Zigaretten/Tag	Gewicht (kg)	Körperhöhe (cm)	BMI
<15					
\bar{x}		2,70	65,087	164,739	23,956
Anzahl	50	23	23	23	23
SD		0,909	13,017	5,276	4,458
Minimum		1-5	52,00	155,00	19,38
Maximum		>20	110,00	174,00	39,44
Erstkonsumalter 15-17					
\bar{x}		2,62	64,738	165,00	23,779
Anzahl	65	42	42	42	42
SD		0,842	12,043	6,582	4,293
Minimum		1-5	42,00	149,00	17,04
Maximum		>20	89,00	175,00	32,87
Erstkonsumalter >17					
\bar{x}		2,78	76,250	165,500	27,578
Anzahl	15	4	4	4	4
SD		0,834	17,481	7,724	4,142
Minimum		1-5	58,00	155,00	24,14
Maximum		>20	100,00	173,00	33,41
Signifikanz		p=0,584	p=0,224	p=0,970	p=0,252

Wie Tabelle 16 zu entnehmen ist, konsumierten Frauen die erst im Alter von 18 Jahren und später begonnen haben zu rauchen, die höchste Zigaretten dosis pro Tag mit durchschnittlich 2,78 Zigaretten. Allerdings unterscheiden sich die drei Einstiegsalter-Kategorien nur unwesentlich hinsichtlich der täglich gerauchten Zigarettenmenge. Die kleinste Körpergröße wiesen Raucherinnen auf, die noch vor dem 15. Geburtstag mit dem Konsum begannen, die durchschnittlich größte Körperhöhe mit 165,5 cm hatten Raucherinnen die erst mit 18 Jahren und älter begannen Zigaretten zu konsumieren. Die Daten wurden via ANOVA auf ihre Signifikanz hin geprüft, es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Erstkonsumalter und täglicher Zigarettenanzahl, sowie den Körpermaßen gefunden werden.

4.2.3 *Rauchende Eltern, rauchendes Umfeld und Einstiegsalter*

Im Zuge der Diplomarbeit wurde unter anderem untersucht, ob ein rauchendes Elternhaus bzw. einem rauchendem Umfeld Einfluss auf das Erstkonsumalter der Teilnehmerinnen hatte.

Tab. 17: Anteil an rauchenden Eltern bzw. RaucherInnen im Umfeld innerhalb der drei Alterskategorien des Erstkonsums.

	JA/ NEIN	rauchende Eltern Ja	rauchende Eltern Nein	JA/ NEIN	Umfeld Rau- cherInnen Ja	Umfeld Rau- cherInnen Nein
Alter EK <15 J.	42/8	84,0%	16,0%	49/1	98,0%	2,0%
Alter EK 15-17 J.	56/9	86,2%	13,8%	63/2	96,9%	3,1%
Alter EK <17 J.	8/7	53,3%	46,7%	14/1	93,3%	6,7%
Signifikanz		signifikant p=0,011	signifikant p=0,011		p=0,656	p=0,656

Der Zusammenhang zwischen Erstkonsumalter und Rauchenden Eltern bzw. rauchendem Umfeld wurden via Chi-Quadrat Test geprüft, es bestand nur ein signifikanter Unterschied bezüglich der Variablen „Alter bei Erstkonsum“ und „rauchende Eltern“. Um das Ergebnis zu veranschaulichen, wurden die Daten in Abbildung 14 graphisch dargestellt.

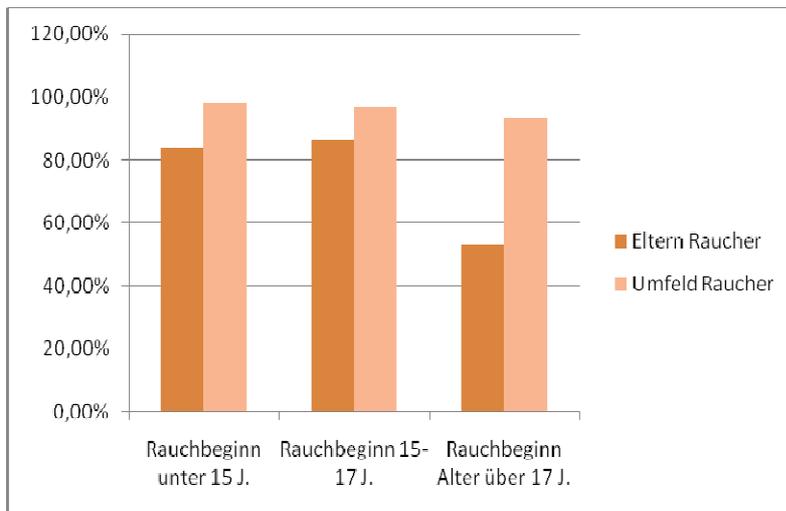


Abb. 14: Einfluss von rauchenden Eltern und rauchendem Umfeld auf das Erstkonsumalter. Auf der horizontalen Achse befinden sich die Erstkonsumalter-Kategorien, beginnend mit der jüngsten Altersklasse.

Wie in Abbildung 14 zu sehen ist, unterscheiden sich die Angaben hinsichtlich des Anteils an RaucherInnen im Umfeld in den drei Einstiegsalter-Kategorien nur marginal. Jedoch ist deutlich zu sehen, dass der Anteil an rauchenden Eltern in der ältesten Einstiegsalter-Kategorie mit etwas mehr als 50%, wesentlich geringer ist, als für die anderen beiden Erstkonsumgruppen.

4.2.4 Gründe für den Rauchbeginn in den verschiedenen Einstiegsalter-Kategorien

Die ursächlichen Gründe, die dazu führten, dass die Raucherinnen mit dem Konsum von Zigaretten begannen wurden hinsichtlich etwaiger Unterschiede zwischen den drei Einstiegsalter-Klassen via Chi-Quadrat Tests nach Pearson untersucht. Das Ergebnis lautete in allen vier Fällen „nicht signifikant“.

Tabelle 18: Ursächliche Gründe für den Rauchbeginn in den verschiedenen Erstkonsumaltersklassen.

		Erstkonsum- alter <15	Erstkonsum- alter 15-17	Erstkonsum- alter >17
„Neugierde“				
Anzahl JA/Gesamt		32/50	38/65	8/15

% innerhalb der EK. Altersgruppe		64%	58,5%	53,3%
Signifikanz	p=0,713			
„Freunde“				
Anzahl JA/Gesamt		21/50	22/65	4/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		42%	33,8%	26,7%
Signifikanz	p=0,478			
„In sein“				
Anzahl JA/Gesamt		11/50	10/65	1/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		22,0%	15,4%	6,7%
Signifikanz	p=0,342			
„Reiz des Verbotenen“				
Anzahl JA/Gesamt		15/50	17/65	4/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		30,0%	26,2%	26,7%
Signifikanz	p=0,89)			

In Tabelle 18 wird ersichtlich, dass die ursächlichen Gründe für den Rauchbeginn „Neugierde“, „Freunde“ und „In sein“ mit höherem Alter bei Erstkonsum abnehmen. Das ursächliche Motiv „Reiz des Verbotenen“ bleibt jedoch in allen Einstiegsalter-Kategorien relativ konstant zwischen ca. 26 und 30%. Für Raucherinnen die bereits unter 15 Jahren die erste Zigarette konsumierten, ist „Neugierde“ als Grund mit 64% besonders stark vertreten. Dieser Wert sinkt etwas mit steigendem Einstiegsalter und beträgt nur noch etwa 53% in der ältesten Erstkonsumalters-Klasse. Das Motiv „Freunde“ wurde ebenfalls relativ oft von Raucherinnen mit dem niedrigsten Erstkonsum Alter genannt und lag in dieser Kategorie bei 42%. Hingegen nur knapp 27% der Frauen aus der höchsten Erstkonsum-Alterskategorie gaben diesen Grund an. Das Motiv „In zu sein“ war bei Raucherinnen mit einem Erstkonsumalter von 18 Jahren und mehr, kaum noch von Be-

deutung, nur 6,7% nannten diesen Grund als Motiv. Dieser Prozentsatz stieg bei Raucherinnen mit einem niedrigen Einstiegsalter von unter 15 Jahren, auf 22%.

4.2.5 Anlässe für Zigarettenkonsum in den verschiedenen Einstiegsalter-Kategorien

Mittel Chi-Quadrat Test nach Pearson wurde untersucht, ob zwischen den Einstiegsalter-Kategorien Unterschiede hinsichtlich der Anlässe aus denen zur Zigarette gegriffen wird existieren. Zu den untersuchten Anlässen zählten „Rauchen in Gesellschaft“, „Rauchen zur Entspannung“, „Rauchen als Genussmittel“ und „Rauchen zur Hungerüberbrückung“, sowie aus „Langeweile“. Nur bei dem Punkt „Rauchen zur Entspannung“ zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Erstkonsumalter-Klassen.

Tabelle 19: Anlässe für Zigarettenkonsum und Erstkonsumalter.

		Erstkonsumalter <15	Erstkonsumalter 15-17	Erstkonsumalter >17
„Rauchen in Gesellschaft“				
Anzahl JA/Gesamt		41/50	56/65	11/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		82,0%	86,2%	73,3%
Signifikanz	p=0,474			
„Rauchen zur Entspannung“				
Anzahl JA/Gesamt		38/50	35/65	9/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		76,0%	53,8%	60,0%
Signifikanz	signifikant p=0,049			
„Rauchen als Genussmittel“				

Anzahl JA/Gesamt		31/50	43/65	9/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		62,0%	66,2%	60,0%
Signifikanz	p=0,852			
„Rauchen zur Hungerüber- brückung“				
Anzahl JA/Gesamt		7/50	8/65	0/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		14,0%	12,3%	0,0%
Signifikanz	p=0,318			
„Rauchen aus Langeweile“				
Anzahl JA/Gesamt		11/50	10/65	0/15
% innerhalb der EK. Altersgruppe		22,0%	15,4%	0,0%
Signifikanz	p=0,124			

Tabelle 19 ist zu entnehmen, dass der Grund „Rauchen in Gesellschaft“ in allen drei Erstkonsumalter-Kategorien am häufigsten angegeben wurde. Bei den Raucherinnen der jüngsten Erstkonsumalter-Kategorie war der zweithäufigste genannte Anlass, zur Entspannung Zigaretten zu konsumieren, über Dreiviertel der Raucherinnen gab dies an. In allen drei Erstkonsumalter-Klassen gaben über 60% der Befragten an, Zigaretten als Genussmittel zu rauchen. Jenen Teilnehmerinnen die erst spät, mit 18 Jahren und älter, mit dem Zigarettenkonsum begonnen hatten, rauchten nie aus Langeweile oder um Hungergefühle zu überbrücken. Von den Raucherinnen die bereits unter 15 Jahren zu rauchen begannen, gaben 22% an Zigaretten zu konsumieren, um Hungergefühle zu überbrücken. Die Prüfung der Daten mittels Chi-Quadrat Test ergab einen signifikanten Zusammenhang bezüglich der Variablen Erstkonsumalter und „Rauchen zur Entspannung“.

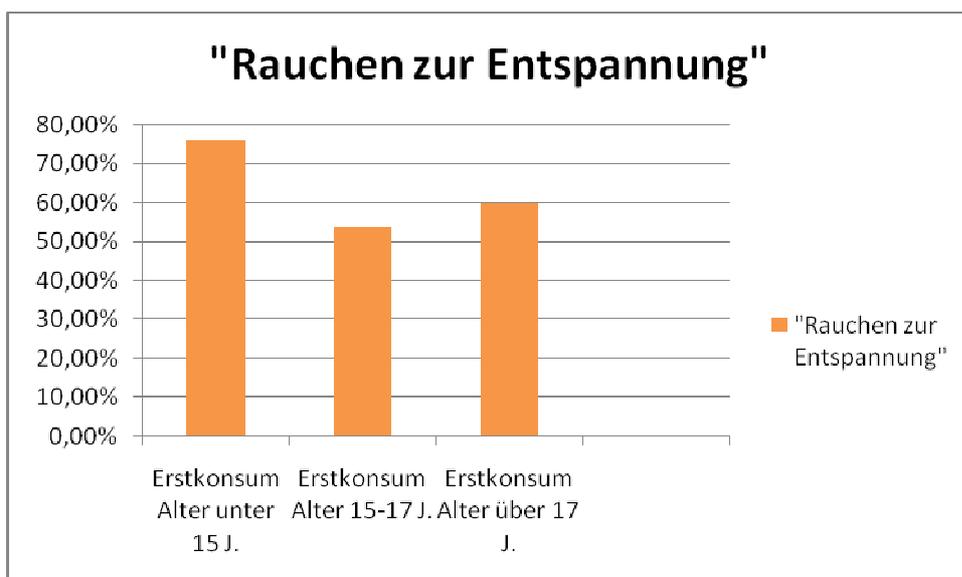


Abb. 15: Anteil der Raucherinnen in den verschiedenen Erstkonsumalter-Kategorien bezüglich des Motivs „Rauchen zur Entspannung“.

In Abbildung 15 wird verdeutlicht wie stark das Motiv „Rauchen zur Entspannung“ vor allem in der niedrigsten Erstkonsumalter-Kategorie vertreten war. Bei Raucherinnen mit einem mittleren Erstkonsumalter zwischen 15 und 17 Jahren gaben die wenigsten Konsumentinnen an zur Entspannung zu Rauchen, der Anteil lag bei nur etwas mehr als 50%. Exakt 60% der Teilnehmerinnen mit hohem Erstkonsumalter gaben an aus diesem Anlass zu rauchen.

5) DISKUSSION

5.1 Gesundheitsbewusstsein und Bildungsniveau der Raucherinnen

5.1.1 Gesundheitsbewusstsein und Unterschiede im Erstkonsumalter bezüglich des Bildungsniveaus

Raucherinnen mit niedrigem Bildungsniveau wiesen ein 1,5 Jahre früheres Erstkonsumalter auf, als Raucherinnen von mittlerem Bildungsniveau. Der Unterschied zu Raucherinnen mit höherem Bildungsniveau war geringer, aber entsprach immerhin noch etwas mehr als einem halben Jahr. Mögliche Ursachen für diesen Unterschied sind wahrscheinlich im sozialen Umfeld zu finden, außerdem haben Befragungen gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit mit dem Rauchen zu beginnen bei niedriger Schulzufriedenheit stark ansteigt (Haller, 2007). Desweiteren hatten Frauen aus der niedrigen Bildungsniveau Gruppe einen deutlich höheren BMI Wert (24,83), als ihre Geschlechtsgenossinnen des mittleren (24,18) bzw. hohen Bildungsniveaus (23,00). Eine deutsche Verzehrstudie zeigte, dass Frauen der höheren sozioökonomischen Schichten mehr Obst und Fisch täglich konsumieren (Nationale Verzehrs Studie II, 2008). Es wäre denkbar, dass Frauen mit höherem Bildungsniveau etwas stärker auf ihre Essgewohnheiten achten, möglicherweise auch um den gesundheitsschädlichen Nikotinkonsum zu kompensieren und daher tendenzielle einen niedrigeren BMI aufweisen. Die kleine Stichprobe von Raucherinnen mit adipösem Körpergewicht setzte sich aus Teilnehmerinnen mit niedrigem und hohem Bildungsniveaus zusammen, wobei die Frauen mit niedrigem Bildungsniveau etwas stärker vertreten waren. Eine deutsche Studie zeigte, dass vor allem unter Hauptschulabsolventinnen der Anteil an übergewichtigen Personen mit 70% besonders hoch war und generell Ernährungsrisiken oft falsch eingeschätzt wurden (<http://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/69776/verzehrstudie>).

Hinsichtlich des Toxingehalts der Zigaretten unterschieden sich die Raucherinnen der verschiedenen Bildungsniveaus jedoch nur geringfügig. Pflichtschulabsolventinnen rauchten unwesentlich stärker dosierte Zigaretten, als ihre Geschlechtsgenossinnen des mittleren und hohen Bildungsniveaus. Die Unterschiede bezüglich der Toxinwerte zwischen den Bildungsniveaus betrugen zwischen 0,3mg bis maximal 0,6mg. Das jüngere Einstiegsalter und der vergleichsweise hohe BMI Wert der Pflichtschulabsolventinnen könnte allerdings auf eine weniger stark ausgeprägte Gesundheitskompetenz hinweisen. Eine Studie aus Deutschland zeigte auf, dass vor allem Frauen mit niedrigeren Bildungsstand über eine geringere Gesundheitskompetenz verfügen als

Frauen mit hohem Bildungsniveau. Nachdem Gesundheitskompetenz nicht nur das Verständnis, sondern auch die Fähigkeit zur Anwendung von bestimmten gesundheitlich relevanten Informationen auf den eigenen Lebensstil umfasst, korreliert diese eng mit dem Gesundheitsbewusstsein (Jordan & Hoebel, 2015).

5.1.2 Gesundheitsbewusstsein und Rauchverhalten

Bei dem Punkt Rauchen in der Schwangerschaft“ gab über ein Drittel der Frauen mit Pflichtschulabschluss an Zigaretten in der Schwangerschaft konsumiert zu haben. Dies könnte als ein weiteres Indiz dafür gesehen werden, dass das Gesundheitsbewusstsein dieser Frauen schwächer ausgeprägt ist, denn Rauchen in der Schwangerschaft kann bewiesenermaßen zu diversen Gesundheitsproblemen beim Ungeborenen und der werdenden Mutter führen. Eine amerikanische Studie an über 3,3 Millionen Säuglingen fand beispielsweise einen signifikanten Zusammenhang zwischen maternalem Zigarettenkonsum und SIDS (Sudden Infant Death Syndrome), es wurde geschätzt, dass zwischen ca. 23 und 33% aller Fälle von plötzlichem Kindstod mit dem Rauchen während der Schwangerschaft in Zusammenhang stehen (Dietz et al, 2010). In Österreich konsumieren bis zu 30% der Schwangeren auch während der Schwangerschaft Zigaretten (Presse-Information, ÖGKJ 2012). Dies würde in etwa dem Prozentsatz in dieser Studie entsprechen, denn insgesamt gaben etwa 30% der Frauen der Stichprobe an auch während der Schwangerschaft geraucht zu haben. Ein ältere Studie aus Deutschland besagte, dass in Schichten mit niedrigerem sozioökonomischen Status ca. 40% der Frauen auch während der Schwangerschaft Zigaretten konsumierten, während in der Mittel,- und Oberschicht der Prozentsatz bei 17% respektive 24% lag (Helmert et al, 1998). Allerdings ist bei den Ergebnissen der Diplomarbeitstudie zu bedenken, dass es sich dabei um eine ausgesprochen kleine Stichprobe handelte und bei den generellen Gründen für eine Rauchunterbrechung, der Wunsch gesünder zu leben zwar bei Absolventinnen einer Mittelschule am höchsten ausgeprägt war, jedoch mit über 46% bei den Pflichtschulabsolventinnen ebenfalls stark vertreten war.

Insgesamt konnte die Hypothese, dass Frauen mit höherem Bildungsniveau leichter dosierte Zigaretten bevorzugen, aufgrund ihres stärkeren Gesundheitsbewusstseins nicht vollständig belegt werden. Es existieren gewisse Unterschiede im Rauchverhalten, die auf ein unterschiedlich ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein zwischen den beiden Bildungsniveaus hindeuten und kleine Unterschiede im Toxingehalt der konsumierten Zigaretten, allerdings sind diese nicht signifikant.

5.2 Zusammenhänge zwischen Erstkonsumalter & und sozioökonomischen Parametern

5.2.1 Erstkonsumalter und Bildungsniveau

In der jüngsten Erstkonsumalter-Kategorie befanden sich jene Teilnehmerinnen, die bereits vor dem vollendeten 15. Lebensjahr zu rauchen begannen. Während in dieser Kategorie etwas mehr als die Hälfte über einen Pflichtschulabschluss verfügte, sank dieser Anteil kontinuierlich ab und betrug in der Kategorie mit spätem Erstkonsum nur mehr 6,2%. Bezogen auf das Bildungsniveau zeigt z.B. eine Studie aus Deutschland, dass der Raucheranteil der 14 bis 17 Jährigen unter Hauptschülerinnen bei fast 47% liegt, unter Realschülerinnen auf ein Drittel sinkt und unter den Gymnasiastinnen rauchten weniger als ein Viertel der Schülerinnen. Diese Studie besagt, dass Rauchen nicht nur unter Erwachsenen mit niedrigerem sozialem Status weit verbreitet ist, sondern auch unter Jugendlichen (Lampert & Damm, 2007). Allerdings ist zu bedenken, dass das Einstiegsalter generell über die letzten Jahrzehnte deutlich gesunken ist. Im Jahr 1986 hatten erst knapp 10,5% der Raucherinnen bis 15 Jahre mit dem Rauchen begonnen. 1997 waren es bereits 15,2% und im Jahr 2014 belief sich die Zahl insgesamt auf fast 23% (Statistik Austria: Rauchbeginn der täglich Zigaretten Rauchenden, Entwicklung 1972 bis 1997; Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung 2014).

Interessant zu sehen war, dass Raucherinnen mit einem späten Einstiegsalter um etwas mehr als 0,8cm größer waren, als jene mit niedrigerem Einstiegsalter. Eine kanadische Studie aus dem Jahr 2008 untersuchte, ob Zigarettenkonsum Auswirkungen auf das Wachstum der jugendlichen Raucher und Raucherinnen im Alter von 12 bis 13 Jahren hat. Dabei zeigte sich zumindest bei männlichen Jugendlichen ein Größenunterschied von minus 0,7 cm zwischen rauchenden Jungen im Vergleich zu nicht rauchenden Jungen. Bei den Mädchen konnte allerdings kein Unterschied bezüglich des Wachstums gefunden werden (O'Loughlin et al, 2008). Wahrscheinlich erklärt sich somit der Größenunterschied der Raucherinnen in den verschiedenen Einstiegsalter-Kategorien durch genetische Faktoren wie z.B. die Größe der Eltern.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Ergebnisse Hypothese 3 stützen, denn es zeigte sich, dass tatsächlich besonders viele Raucherinnen mit niedrigem Bildungsabschluss in der jüngsten Erstkonsum-Kategorie vertreten waren.

5.2.2 Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

Um dem Zigarettenkonsum bei Jugendlichen entgegenzuwirken ist es sinnvoll in der Schule diverse Maßnahmen zur Suchtprävention zu setzen, denn Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Teil ihres alltäglichen Lebens in der Schule. „Die rauchfreie Schule“ befasst sich mit Präventionsmaßnahmen, die dem immer früheren Einstieg des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen entgegenwirken möchte. Nachdem die Schule jener Ort ist, an dem Jugendliche am Meisten Zigaretten konsumieren, ist eine völlig rauchfreie Schule ohne Ausnahmen, auch für Lehrpersonal oder Schulwarte, sinnvoll (Haller, Die rauchfreie Schule, 2007). Seit 1. Mai diesen Jahres ist es außerdem so, dass auch an sämtlichen der Schule zugehörigen Freiflächen wie Gärten, Pausenhöfe etc. das Rauchen untersagt ist (Pickl, Tabakprävention in der Schule, 2018). Desweiteren zielen diverse Projekte bereits in der Volksschule auf eine Sensibilisierung der Kinder bezüglich des Nikotinkonsums hin (Haller, Die rauchfreie Schule, 2007). Das erscheint sehr sinnvoll, da besonders Kinder sehr neugierig sind auf diverse Dinge die erst ab einem gewissen Alter erlaubt sind, wie zum Beispiel Zigarettenkonsum. Bei der jüngsten Erstkonsumalter-Kategorie war der Hauptgrund weshalb die Frauen rückblickend mit dem Rauchen begonnen hatten, die Neugierde.

Desweiteren werden Förderungen der Klassengemeinschaften in allen Altersstufen vorgenommen, da SchülerInnen die in der Schule zufrieden sind, eine wesentlich geringere Wahrscheinlichkeit aufweisen mit dem Rauchen zu beginnen (Haller, Die rauchfreie Schule, 2007). Bei den Raucherinnen dieser Diplomarbeitstudie waren es vor allem die Raucherinnen Generell ist das Ziel durch alle Altersstufen hinweg die Position der NichtraucherInnen unter den SchülerInnen zu stärken (Haller, Die rauchfreie Schule, 2007). Das ist ebenfalls von besonderer Wichtigkeit, da es oft Freunde sind, die zum Zigarettenkonsum verführen (Fernandez & Posch, 2011). Bei den Raucherinnen die vor dem 15 Geburtstag zu rauchen begannen, gaben zwar weniger Frauen diesen Grund an (42%), als in der Studie von Fernandez und Posch (79%), allerdings war dies der zweithäufigste genannte Grund für den Rauchbeginn. Dieser Prozentsatz sank jedoch mit steigendem Erstkonsumalter auf 26% in der spätesten Rauchbeginn-Gruppe.

5.2.3 Erstkonsumalter, tägliche Zigaretten dosis und Körpergewicht

Bezogen auf die täglich konsumierte Zigarettenanzahl und das Körpergewicht, war zu sehen, dass jene Raucherinnen die sich in der späten Erstkonsumalter-Kategorie befanden mit statistisch

gesehen 2,78 Zigaretten pro Tag, die meisten Zigaretten konsumierten. Außerdem wiesen sie mit einem durchschnittlichen BMI von über 27,5 den mit Abstand höchsten Body Mass Index auf und zählten somit statistisch gesehen als übergewichtig. Bei den Teilnehmerinnen, die erst mit 18 Jahren und später zu rauchen begonnen hatten verfügten über 66% über einen Mittelschul-, oder Pflichtschulabschluss und ein Drittel über einen hohen Bildungsabschluss. Tendenziell war es so, dass jene Raucherinnen die erst spät mit dem Zigarettenkonsum begonnen hatten, bereits etwas älter waren, als in den beiden anderen Gruppen. Denn es verhielt sich so, dass sich der Anteil an Raucherinnen mit Mittelschulabschluss zu knapp über 60% aus der Altersgruppe über 40 Jahren rekrutierte und der Anteil an Raucherinnen mit hohem Bildungsabschluss immerhin noch zu einem Drittel aus Frauen über 40 Jahren zusammensetzte. Viele Studien haben gezeigt, dass sich der BMI mit dem Alter verändert, dies zeigte beispielsweise eine amerikanische Studie aus dem Jahr 1996 an Frauen dass der BMI und der Körperfettanteil bei Frauen kontinuierlich ansteigt (Gallagher et al, 1996). Ein Länderweiter Vergleich der OECD Studie hat ergeben, dass besonders für Frauen ein starker Zusammenhang zwischen Bildungslevel und Übergewicht besteht. In Österreich sind 23,4% der Frauen mit niedrigem Bildungsniveau übergewichtig, aber nur etwas mehr als 7% der Akademikerinnen (OECD Studie, 2013). Eine Verzehrstudie aus Deutschland aus dem Jahr 2008 zeigte vor allem bei Frauen stärkere Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Schichten. So konsumierten Frauen aus unteren Schichten täglich zwischen 3 bis 4g mehr Fett und vor allem beim Verzehr von Süßwaren zeigen sich deutliche Unterschiede im Essverhalten, der Konsum sank von 56g Süßigkeiten in der unteren sozioökonomischen Schicht auf 44g in der höchsten Schicht (Nationale Verzehrs Studie II, 2008). Desweiteren ist es durchaus möglich, dass der eher hohe BMI Wert der Teilnehmerinnen der späten Eintrittsalter-Gruppe die Bewegungsgewohnheiten zurückzuführen ist. Vor allem Bewegungsmangel gilt als eine der Hauptursachen für Übergewicht in der heutigen Zeit (Hauner & Berg, 2000).

Die konsumierte tägliche Zigarettenmenge war etwas höher als in den anderen Einstiegsalter-Kategorien, möglicherweise hängt dies ebenfalls mit dem etwas höheren Alter einiger Raucherinnen dieser Gruppe zusammen, da bei ihnen die Abhängigkeit schon vergleichsweise lange besteht und sie höhere Nikotindosen benötigen (s. 5.2.4 Alter und Zigarettenstärke). Andere Gründe könnten im persönlichen Umfeld der Raucherinnen liegen, besonders unter Stress neigen vor allem Frauen dazu vermehrt zu rauchen (Ortner et al, 2001).

5.2.4 Alter und Zigarettenstärke

Die Frauen in der ältesten Kategorie, zwischen 40 und 53 Jahren, rauchten etwas stärker dosierte Zigaretten als Frauen der beiden jüngeren Kategorien (Rosenauer-Trefny, 2013). Eine Studie zeigte, dass von den RaucherInnen unter 20 Jahren nur 22% starke Abhängigkeit zeigten, bei Raucherinnen zwischen 40 und 59 Jahren belief sich der Anteil bereits auf 40% (Augustin et al, 2005). Zusammengefasst kann man sagen, dass es Indizien dafür gibt, dass ältere Frauen tatsächlich stärkere Zigaretten konsumieren, allerdings war der Unterschied in der Dosis der Toxine Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid relativ gering. Um aussagekräftigere Ergebnisse zu bekommen, wären weitere Untersuchungen an größeren Stichproben nötig.

5.3 Unterschiede hinsichtlich der Gründe und Anlässe für den Zigarettenkonsum in Bezug auf das Erstkonsumalter

5.3.1 Soziales Umfeld und Erstkonsumalter

Von den Raucherinnen mit dem höchsten Alter bei Erstkonsum, hatte nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen Zigaretten konsumierende Eltern, während der Prozentsatz in den beiden anderen Erstkonsumalter-Gruppen bei über 80% lag. Es zeigte sich desweiteren ein schwacher Gradient hinsichtlich des Prozentsatzes an RaucherInnen im Umfeld in den drei Erstkonsumalter-Kategorien. Frauen mit niedrigem Erstkonsumalter hatten mit 98% die meisten RaucherInnen im Umfeld, gefolgt von Raucherinnen mit mittlerem Erstkonsumalter und spätem Erstkonsumalter, die zu etwa 93% in ihrem Umfeld von RaucherInnen umgeben waren. Das Rauchen der Eltern wurde einer Studie aus dem Jahr 2011 ebenfalls als Motiv für den Konsumbeginn genannt (Fernandez & Posch, 2011). Eine amerikanische Langzeitstudie an ca. 3000 Kindern untersuchte die Auswirkungen von Nichtraucherhaushalten, Elternhäusern in denen ein Elternteil rauchte und jene in denen beide Elternteile rauchten, auf das spätere Rauchverhalten der Teenager. Es zeigte sich, dass bereits ein rauchender Elternteil unabhängig vom Geschlecht des Kindes, die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind später täglich Zigaretten konsumieren würde, stieg (Petersen Jr. et al, 2006).

In Amerika gab es ein relativ erfolgreiches Programm namens „Smoke-free kids“, das nicht in der Schule, sondern gezielt in den Elternhäusern ansetzte, da Eltern großen Einfluss auf die Sozialisation ihrer Kinder haben und diesen quasi das Rauchverhalten vorleben. Die Eltern wurden

angehalten mit den Kindern über den Zigarettenkonsum und die zu Grunde liegenden Motive zu sprechen, sowie eine Haltung gegen das Rauchen einzunehmen, um so die Kinder zu Abstinenz hinsichtlich des Zigarettenkonsums anzuhalten. Jene Kinder aus der Kontrollgruppe, die mit ihren Eltern nicht an dem Programm teilnahmen, hatten eine 85% höhere Wahrscheinlichkeit während der Adoleszenz selbst zum Raucher bzw. zur Raucherin zu werden (Jackson & Dickinson, 2003).

5.3.2 *Anlässe*

Bei den verschiedenen Anlässen zu denen die Frauen vermehrt zur Zigarette griffen, unterschieden sich die drei Erstkonsumalter-Kategorien in den meisten Punkten, bis auf einen, nicht wesentlich. Der Anlass „Rauchen zur Entspannung“ wurde von über 75% der Raucherinnen in der jüngsten Einstiegsalter-Gruppe angegeben, aber nur von etwas über 50% bzw. genau 60% in den beiden anderen Gruppen. Von vielen Jugendlichen wird der Konsum von Zigaretten positiv bewertet, da sie ihn mit bestimmten Situationen verknüpfen, beispielsweise „Fortgehen“ oder „FreundInnen treffen“ (www.gesundheit.gv.at/leben/kids-teens/suchtmittel/NIKOTIN). Nikotin wirkt außerdem auf die rauchende Person stimmungsaufhellend und entspannend. Über die Zigarettenmenge lässt sich außerdem die entspannende Wirkung verstärken, da der Nikotinspiegel über sechs bis acht Stunden ansteigt (Ortner et al, 2001).

Conclusio:

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sozioökonomische Parameter wie die Schulbildung tatsächlich Einfluss auf das Rauchverhalten der Teilnehmerinnen dieser Studie hatten. Frauen mit Pflichtschulabschluss begannen besonders häufig noch vor dem vollendeten 15. Lebensjahr mit dem Zigarettenkonsum und tendierten eher dazu auch während der Schwangerschaft zu rauchen. Die Ergebnisse lassen zum Weiteren darauf schließen, dass das enge soziale Umfeld Einfluss auf den Einstieg in den Zigarettenkonsum hat.

6) ZUSAMMENFASSUNG

Im Zuge dieser Diplomarbeit wurde untersucht, ob sozioökonomische Parameter Einfluss auf den Nikotinkonsum und in weiterer Folge auf das Gesundheitsbewusstsein der Raucherinnen haben. Die erste Hypothese besagte, dass Frauen mit höherer Schulbildung aufgrund ihres ausgeprägteren Gesundheitsbewusstseins leichter dosierte Zigaretten bevorzugen würden als Raucherinnen mit niedrigem Ausbildungsniveau. Desweiteren wurde davon ausgegangen, dass Frauen mit niedrigerem Ausbildungsstand früher zu rauchen beginnen, unter anderem da sie bereits zeitiger mit Rauchen im Umfeld konfrontiert werden und ältere Frauen generell stärkere Zigaretten rauchen, da u.a. bereits eine längere Abhängigkeit besteht. Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit beruhen auf den Daten der Befragung aus dem Jahr 2013, für die damals 130 Raucherinnen zwischen 16 und 53 zu ihren Rauchgewohnheiten interviewt wurden. Von den 130 Teilnehmerinnen waren von 69 Frauen das Gewicht und die Körpergröße bekannt. Das Gesundheitsbewusstsein der Raucherinnen wurde anhand der Menge und Stärke der täglich konsumierten Zigaretten und des BMI Wertes festgemacht. Im Zuge der aktuellen Untersuchung wurden die Teilnehmerinnen in drei Ausbildungskategorien eingeteilt: Pflichtschule, Mittelschule und Matura/Hochschulabschluss. Desweiteren erfolgte eine Einteilung in drei Erstkonsumalter-Kategorien: Erstkonsum unter 15 Jahren, EK. mit 15-17 Jahren und EK mit über 17 Jahren. Neben Unterschieden im Rauchverhalten und Erstkonsumalter abhängig vom Bildungsniveau der Raucherinnen, wurde desweiteren untersucht, ob sich die Raucherinnen in den drei unterschiedlichen Erstkonsumalter-Kategorien hinsichtlich ihrer Rauchgewohnheiten und körperlichen Maße unterscheiden. Tatsächlich zeigten sich Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den verschiedenen Bildungsniveaus. Zwar unterschieden sich die Raucherinnen wenig in der Stärke der konsumierten Zigaretten, allerdings wiesen Frauen mit niedrigem Bildungsstand ein früheres Erstkonsumalter auf und einen etwas höheren BMI Wert. Sie rauchten auch vermehrt während der Schwangerschaft, allerdings ist die sehr kleine Stichprobe hier zu bedenken. Unterschiede zeigten sich auch bezüglich des Erstkonsumalters, Raucherinnen mit spätem Erstkonsumalter hatten wesentlich seltener rauchende Eltern. Bei den Motiven für den Konsum war festzustellen, dass Frauen mit niedrigem Erstkonsumalter häufig zur Entspannung rauchten.

7) ABSTRACT

Throughout this diploma study investigations were performed on how socioeconomic parameters influence the nicotine intake of female smokers and furthermore the women's health consciousness. The first hypothesis stated that women with higher education levels would prefer more easily dosed cigarettes than female smokers with lower level education. Furthermore it was assumed that women with lower levels of education would start smoking at younger ages, since being earlier confronted with cigarette consume in their environment. Additionally it was assumed that older women would consume cigarettes with higher levels of nicotine etc., for being addicted to nicotine for a longer period of time already. The results of the recent diploma study are based on the data from the investigations in 2013, when 130 female smokers between the age of 16 and 53 were questioned about their smoking habits. The weight and body height was recorded from 69 individuals of the 130 women. The health consciousness was defined firstly through the daily cigarette intake and the toxin content of the cigarettes smoked by the women and secondly through the Body Mass Index of the female smokers. For this study the participants were categorized in three different educational groups depending on their level of education. Compulsory school, Secondary school and High school/University graduate. Moreover the female smokers were separated into three categories depending on their first use of cigarettes. First use before the age of 15, first use between 15 and 17 years and first use above the age of 17 years. The differences between the three different educational groups in smoking habits and age of initial use were investigated. Additionally it was examined whether or not differences in smoking habits and body measurements between the different age-categories of first use existed. Indeed minor differences in smoking habits between the different educational level categories existed. Though the toxin levels of the cigarettes consumed by the women in the different educational categories varied only slightly, women with lower education levels had a significant lower age of first use and scored higher on the BMI. A higher percentage of them tended to smoke during pregnancy, although there is to say that the sample was extremely small. Differences concerning the age of initial use were detected, it was less common for female smokers who were 18 years and above when they first tried cigarettes to have parents who were also smokers.

8) LITERATURVERZEICHNIS

Aigner K, Homeier I, Koessler W, Zwick H, Lichtenschopf A (2005) Standards der Raucherentwöhnung Konsensus der ÖGP. Wiener Klinische Wochenschrift 117

Bellavia A, Wolk A, Orsini N (2015) Differences in age at death according to smoking and age at menopause. Menopause. 2015 Jul 31.

Block LH, Burghuber OC, Hartl S, Zwick H (2004) Österreichische Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose: Konsensus zum Management der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD). Wiener Klinische Wochenschrift 116/7-8: 268-278

Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und den Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRSKG) StF: BGBl. Nr. 431/1995 (NR: GP XIX RV 163 AB 202 S. 39. BR: AB 5024 S. 601.)

[CELEX-Nr.: 389L0622, 390L0239, 392L0041]

Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG)

StF: BGBl. Nr. 450/1994 idF BGBl. Nr. 457/1995 (DFB) (NR: GP XVIII RV 1590 AB 1671 S. 166. BR: AB 4794 S. 587.)

[CELEX-Nr.: 378L0610, 380L1107, 388L0642, 391L0322, 382L0605, 383L0477, 391L0382, 386L0188, 388L0364, 389L0391, 389L0654, 389L0655, 389L0656, 390L0269, 390L0270, 390L0394, 390L0679, 391L0383, 392L0057, 392L0058 und 392L0104]

Burke AP, Farb A, Malcolm GT, Liang YH, Smialek J, Virmani R. Coronary risk factors and plaque morphology in men with coronary artery disease who died suddenly. *N Engl J Med.* 1997;336: 1276 –1282.

Cavelaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM, Crialesi R (2000) Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ.* 320(7242): 1102–1107

- Curtis KA, Savitz DA, Arbuckle TE (1997) Effects of cigarette smoking, caffeine consumption, and alcohol intake on fecundability. *American Journal of Epidemiology* 146 Nr. 1
- Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK, Tong VT, Farr SL, Callaghan WM (2010) Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *Am J Prev Med* 39:45-52
- Felder-Puig R (2014) Tabakkonsum österreichischer Jugendlicher – Daten aus der HBSC Studie. Bundesministerium für Gesundheit
- Fernandez K & Posch W (2011) VIVID Bevölkerungsbefragung 2009
- Haller B (2007) Die Rauchfreie Schule Informationen und Projektbeispiele. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung
- Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet* 2004; 364(9430):257-262.
- Hanewinkel R & Sargent J (2007) Rauchen in Film und Fernsehen Wirkungen auf Kinder und Jugendliche. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel. Department of Pediatrics, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire, USA
- Hauner H & Berg A (2000) *Deutsches Ärzteblatt* 97, Heft12
- Helmert U & Borgers D (1998) Rauchen und Beruf - eine Analyse von 100.00 Befragten des Mikrozensus 1995. *Bundesgesundheitsblatt* 41: 102-107
- Helmert U (1999) Einkommen und Rauchverhalten in der Bundesrepublik Deutschland – eine Sekundäranalyse der Daten des Mikrozensus 1995. *Das Gesundheitswesen* 61: 31-37
- Helmert U, Lang P, Cuelenaere B (1998) Rauchverhalten von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern. *Sozial- und Präventivmedizin* 43: 51-58

Jackson C & Dickinson D (2003) Can parents who smoke socialise their children against smoking? Results from the Smoke-free kids intervention trial. *Tobacco control* 12: 52-59

Kappeler M (2001) Die Kulturgeschichte des Tabaks. Technische Universität Berlin

Lampert T & Burger M (2005) Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 48:1231-1241

Lampert T & Thamm M (2007) „Tabak-, Alkohol-, und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS)“. *Bundesgesundheitsblatt* 50: 600-608

Mak, Kwok-Kei; Ho, Sai-Yin; Day, Jeffrey R.: Smoking of parents and best friend- independent an combined effects on adolescent smoking and intention to initiate and quit smoking. *Nicotine Tob Res.* Jg. 17, H. 2, 2012.

Mutterschutzgesetz 1979 - MSchG
StF: BGBl. Nr. 221/1979 (WV) idF BGBl. Nr. 577/1980 (DFB)

OECD Studie Education at a glance, OECD Indicators 2013

O'Loughlin J, Karp I, Henderson M, Gray-Donald K (2008) Does Cigarette Use Influence Adiposity or Height in Adolescence. *Annals of Epidemiology* Vol.18 Issue 5: 395-402

Ortner R, Schindler Sch, Kraigher D, Fischer G (2001) Nikotinabhängigkeit bei Frauen. *Suchtmedizin*, 3: 207-213

Petersen Jr. A, Leroux B, Bricker J, Kealey K, Marek P, Sarason I, Andersen M (2006) Nine-year prediction of adolescent smoking by number of smoking parents. *Addictive Behaviors* 31: 788-801

Pickl E (2018) Tabakprävention in der Schule. Zusammengefasste Fakten. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Presse-Information: "Kinderärzte warnen: Tabakkonsum in der Schwangerschaft schädigt nachhaltig Gesundheit des Ungeborenen und grenzt an Kindesmisshandlung" Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Mai 2012

Rosenauer-Trefny D (2013) Diplomarbeit: „Nikotinkonsum und hormonelle Kontrazeption“ Universität Wien.

Sargent JD, Beach ML, Dalton MA, Mott LA, Tickle JJ, Ahrens MB et al. Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *BMJ* 2001; 323(7326):1394-1397.

Schulze A & Lampert T (2006) Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Robert Koch-Institut

Statistik Austria: Rauchbeginn der täglich Zigaretten Rauchenden, Entwicklung 1972 bis 1997

Statistik Austria: Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung 2014

US Surgeon General's Report, 1990, pp. 193, 194, 196, 285, 323

US Surgeon General's Report, 2010, pp. 155, 165

Verordnung des Bundesministers für Unterricht und Kunst vom 24. Juni 1974 betreffend die Schulordnung StF: BGBl. Nr. 373/1974

World Health Organization. Tobacco Control: Reversal of Risk After Quitting Smoking. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, Vol. 11. 2007, p. 341.

Internetrecherche:

- Dyer J (2014) Dem Marlboro-Mann ging die Luft aus. *Neues Deutschland*. 30. Januar 2014

- Libby Copeland: Is Diet Soda Girly? In: Slate. 12. August 2013, ISSN 1091-2339
- www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen
- <http://www.krebs-rat-hilfe.de/lungenkrebs-lebenserwartung-statistik>
- www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=fggv0130
- <http://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/69776/verzehrstudie>
- www.gesundheit.gv.at/leben/kids-teens/suchtmittel/nikotin

9) ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: Entwicklung des Anteils an täglichen RaucherInnen in der Bevölkerung (Statistik Austria, 2014).....	12
ABBILDUNG 2: Rauchverhalten von steirischen Jugendlichen (Fernandez & Posch, 2011).....	13
ABBILDUNG 3: Mögliche Gründe des Rauchstopps (Fernandez & Posch, 2011).....	14
ABBILDUNG 4: Fernsehkonsum im Kindesalter & Rauchen im jungen Erwachsenenalter (Hanewinkel & Sargent, 2007 nach Hancox et al, 2004).....	17
ABBILDUNG 5: Zusammenhang zw. Erziehungsstil, Rauchszenen in Filmen & Probierverhalten der Kinder (Hanewinkel & Sargent, 2007 nach Sargent et al, 2001)	18
ABBILDUNG 6: Malboro Zigarettenwerbung mit dem „Malboro Man“ (www.pinterest.de/pin/382102349631925285).....	19
ABBILDUNG 7: Ausbildungsniveau & Frequenz des Zigarettenkonsums der Raucherinnen.....	28
ABBILDUNG 8: Situationsbedingt genannte Gründe des Zigarettenkonsums abh. vom Bildungsgrad der Teilnehmerinnen.....	30
ABBILDUNG 9: Einstiegsalter für Zigarettenkonsum.....	32
ABBILDUNG 10: Gewichtsstatus in Zusammenhang mit Bildungsstand der Teilnehmerinnen.....	33
ABBILDUNG 11: Gewichtsstatus in den verschiedenen Altersgruppen.....	30
ABBILDUNG 12: Die vier am häufigsten genannten Gründe für den Rauchbeginn bezogen auf das Bildungsniveau.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
ABBILDUNG 13: Anteil der verschiedenen Bildungsniveaus in den drei Alterskategorien.....	41
ABBILDUNG 14: Einfluss von rauchenden Eltern und rauchendem Umfeld auf das Erstkonsumalter.....	44
ABBILDUNG 15: Anteil der Raucherinnen in den verschiedenen Erstkonsumalter-Kategorien bezüglich des Motivs „Rauchen zur Entspannung“.	Fehler! Textmarke nicht definiert.
TABELLE 1: Die häufigsten Fälle von Krebserkrankungen nach Alter (http://www.krebs-rat-hilfe.de/lungenkrebs-lebenserwartung-statistik).	10

TABELLE 2: Häufigkeitstabelle: Höchste abgeschlossene Schulbildung (Rosenauer-Trefny, 2013).....	26
TABELLE 3: Ausbildungsniveau in den verschiedenen Alterskategorien.....	27
TABELLE 4: Allgemeine Ergebnisse bzgl. Alter & Kinderanzahl, sowie auf Bildungsniveau bezogene Kindernzahl ..	27
TABELLE 5: Zigarettenkonsum Häufigkeit bezogen auf den Ausbildungsgrad.	29
TABELLE 6: Durchschnittlicher Toxin-Gehalt der konsumierten Zigaretten in den verschiedenen Bildungsniveaus, Körpergröße & Gewicht, sowie durchschnittliches Alter bei Erstkonsum..	31
TABELLE 7: Gewichtsstatus und Ausbildungsniveau.....	33
TABELLE 8: Gewichtsstatus und Altersklassen.	34
TABELLE 9: Häufigkeitstabelle: Ursachen des Rauchbeginns.....	35
TABELLE 10: Motive für den Rauchbeginn in den verschiedenen Ausbildungsniveaus.	35
TABELLE 11: Häufigkeitstabelle: Rauchende Eltern & RaucherInnen im Umfeld. Fehler! Textmarke nicht definiert.	
TABELLE 12: Gründe für d. Konsumunterbrechung bezogen auf d. Ausbildungsgrad...37	
TABELLE 13: Rauchen während d. Schwangerschaft bezogen auf d. Ausbildungsgrad.	38
TABELLE 14: Rauchverhalten in den drei Alerskategorien	39
TABELLE 15: Erstkonsumalter und Ausbildungsgrad.....	40
TABELLE 16: Erstkonsumalter, tägliche Zigarettenanzahl & Körpermaße.	42
TABELLE 17: Anteil an rauchenden Eltern bzw. RaucherInnen im Umfeld innerhalb der drei Alterskategorien des Erstkonsums.	43
TABELLE 18: Ursächliche Gründe für den Rauchbeginn in den verschiedenen Erstkonsumaltersklassen.	44
TABELLE 19: Anlässe für Zigarettenkonsum und Erstkonsumalter.....	45

10) ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
BMI	Body-Mass-Index
bspw.	beispielsweise
CO	Kohlenmonoxid
cm	Centimeter
EK	Erstkonsum
HS	Hochschule
J.	Jahre
kg	Kilogramm
mg	milligramm
MS	Mittelschule
PS	Pflichtschule
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel
s. Tab.	siehe Tabelle
s. Abb.	siehe Abbildung

11) ANHANG

Fragebogen zu hormoneller Kontrazeption und Zigarettenkonsum. Die Daten die mit Hilfe dieses Fragebogens von den Teilnehmerinnen ermittelt wurden, stellten die Grundlage für die Ergebnisse der Diplomarbeit „Hormonelle Kontrazeption und Nikotinkonsum“ aus dem Jahr 2013 dar (Rosenauer-Trefny, 2013), als auch für die Diplomarbeit „Auswirkungen sozioökonomische Parameter auf das Gesundheitsbewusstsein und den Nikotinkonsum“.

Fragebogen:

Beeinflusst die Einnahme hormoneller Kontrazeptiva den Nikotinkonsum?

Ich bitte Sie ganz herzlich, an meiner wissenschaftlichen Studie zum Thema Nikotinkonsum und hormonelle Kontrazeptiva teilzunehmen. Die Ergebnisse dienen als Basis für meine Diplomarbeit an der Universität Wien (Institut für Humanbiologie). Die Befragung erfolgt anonym und Ihre Daten werden von mir streng vertraulich behandelt. Bitte lesen Sie sich den Fragebogen in Ruhe durch und beachten Sie, dass **bei einigen Fragen Mehrfachantworten möglich** sind. Beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge, außer es wird im Fragebogen ausdrücklich darauf hingewiesen mit einer anderen Frage fortzufahren (Bsp. Bitte fortfahren mit Frage 21). Sollten Sie unsicher bei der Beantwortung einer Frage sein, nennen Sie jene Antwort die Ihrer Meinung nach am Besten zutrifft.

Dieser Fragebogen ist in zwei Teile gegliedert. Für Raucherinnen, die **nicht hormonell** verhüten, ist nur **Teil 1** des Fragebogens zu beantworten. Damen die rauchen und hormonell verhüten, bitte ich beide Teile des Fragebogens zu beantworten. Die Dauer dieser schriftlichen Befragung liegt bei maximal 10 Minuten, sollten Sie Fragen haben können Sie sich gerne persönlich an mich wenden oder schriftlich per e-mail unter _____.

Lieben Dank bereits im Vorhinein für Ihre Teilnahme an dieser Studie!

1. Teil des Fragebogens:

Fragen zur Ihrer Person:

1) Wie alt sind Sie? _____ Jahre

2) Haben Sie Kinder?

- Ja (wie viele?) _____
- Nein

3) Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? (bitte nur eine Antwort auswählen)

- Pflichtschule
- Pflichtschule und Lehre
- Mittelschule (ohne Matura)
- Matura
- Hochschulabschluss (Uni, FH, PH)

Fragen zu Ihrem Rauchverhalten:

4) Rauchen Sie:

- sehr häufig (mehrmals täglich)
- häufig(täglich)
- gelegentlich(an 3 bis 5 Tagen pro Woche)
- selten(an 1-2 Tagen pro Woche)
- fast nie

5) Wie viele Stück Zigaretten konsumieren Sie durchschnittlich pro Tag wenn Sie rauchen?

- 1-5
- 6-10
- 11-20
- >20

6) Wann konsumieren Sie die erste Zigarette des Tages?

- nach dem Aufstehen (vor dem Frühstück)
- nach dem Frühstück
- mittags oder nachmittags
- abends oder nachts
- zu verschiedenen Zeiten des Tages

7) In welchen Situationen rauchen Sie(Mehrfachantwort möglich):

- in Gesellschaft (Plausch mit Kollegen, beim Fortgehen etc.)
- zur Entspannung in stressigen Situationen
- als Genussmittel (Bsp. zum Kaffee, nach dem Essen)
- um Hungergefühle zu überbrücken
- aus Langeweile
- andere Gründe

8) In welchem Alter haben Sie die erste Zigarette konsumiert? (bitte möglichst genau angeben)

_____ Jahre

9) Gründe für Rauchbeginn (Mehrfachantwort möglich)

- Neugierde
- überredet von Freunden
- um „in“ zu sein
- Reiz des Verbotenen
- animiert durch Werbung
- andere Gründe (Welche?)

10) Waren ihre Eltern Raucher? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)

- Ja, zumindest ein Elternteil
- Nein
- Weiß nicht

11) Wird in Ihrem Umfeld (Familie, Freundes- und Kollegenkreis) geraucht?

- Ja
- Nein

12) Welche Zigarettenmarke bevorzugen Sie selbst? _____

13) Weshalb bevorzugen Sie diese Marke? (Mehrfachantwort möglich)

- Geschmack
 - Preis-Leistungsverhältnis
 - Gewohnheit
 - andere Gründe (Welche?)
- _____

14) Wie viel mg Nikotin enthält Ihre bevorzugte Zigarettenmarke? (Angabe steht seitlich auf der Packung im Kleingedruckten)

15) Wie viel mg Teer enthält Ihre bevorzugte Zigarettenmarke? (Angabe steht seitlich auf der Packung im Kleingedruckten)

16) Wie viel mg Kohlenmonoxid enthält Ihre bevorzugte Zigarettenmarke? (Angabe steht seitlich auf der Packung im Kleingedruckten)

17) Haben Sie bereits versucht mit dem Rauchen aufzuhören?

- Ja
- Nein (bitte fortfahren mit **Frage 20**)

18) Wenn Frage 17 mit „Ja“ beantwortet wurde:
Wie lange haben Sie Ihren Zigarettenkonsum unterbrochen?

19) Aus welchen Gründen wollten Sie mit dem Rauchen aufhören?

- um gesünder zu leben
 - Schwangerschaft
 - Fastenzeit
 - andere Gründe (Welche?)
- _____

20) Verhüten Sie hormonell?

- Ja (bitte fortfahren mit **Frage 21**)
- Nein

2. Teil des Fragebogens:

Fragen zur hormonellen Verhütung:

21) Seit wann verhüten Sie hormonell?

22) Welche Art von Verhütungsmittel verwenden Sie?

- Pille: Einphasenpräparat (enthält in allen Dragees die gleiche Konzentration an Östrogenen und Gestagenen)

- Pille: Mehrphasenpräparat (enthält in den ersten sieben Dragees nur Östrogene und in den restlichen 14 Dragees zusätzlich auch Gestage)
- Minipille (enthält nur Gestagene)
- Hormonspirale
- Drei-Monatsspritze
- Stäbchen
- Hormonpflaster
- Nuva Ring
- andere (Welche?) _____

23) Hat sich Ihr Rauchverhalten geändert seitdem Sie hormonell verhüten?

- Ja
- Nein (bitte fortfahren mit **Frage 25**)

24) Was hat sich an Ihrem Rauchverhalten geändert? (Mehrfachantwort möglich)

- Lust auf Zigaretten gesunken
- Lust auf Zigaretten gestiegen
- Geschmacksveränderung
- geringerer Zigarettenkonsum

25) Haben Sie jemals bewusst Ihre hormonelle Verhütung unterbrochen?

- Ja
- Nein (bitte fortfahren mit **Frage 30**)

26) Aus welchen Gründen haben Sie die hormonelle Verhütung unterbrochen?

- Schwangerschaft
- Wechsel zu anderen Verhütungsmethoden (bitte fortfahren mit **Frage 29**)
- andere Gründe (Welche? Bitte fortfahren mit **Frage 29**)

27) Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?

- Ja
- Nein

28) Hat Ihnen die Zigarette genauso gut geschmeckt wie vor der Schwangerschaft?

- Ja
- Nein

29) Haben Sie während der Unterbrechung der hormonellen Verhütung Änderungen Ihres Rauchverhaltens festgestellt?

- Ja (Inwiefern?)

- Nein

30) Haben Sie vor Beginn der Einnahme hormoneller Kontrazeptiva eine andere Zigarettenmarke geraucht?

- Ja (Welche?)

- Nein

31) Wie viel wiegen Sie derzeit? _____ kg

32) Wie groß sind Sie? _____ cm