

HBSC-Studienverbund Deutschland

Faktenblatt zur Studie

Health Behaviour in School-aged Children 2013/14



Hier gelangen Sie zum [Vorgänger aus der Studie 2009/10](#) und hier zur [Übersicht der Faktenblätter](#)

Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen

Hintergrund

Die Bewertung des eigenen Lebens ist ein Ausdruck des eigenen Wohlbefindens und wird von zahlreichen Faktoren geprägt. Die Lebenszufriedenheit beinhaltet die allgemeine Einschätzung des eigenen Lebens und ist ein zeitlich relativ stabiles Konstrukt (1). Im Jugendalter wird die Lebenszufriedenheit maßgeblich durch eigene (Lebens-) Erfahrungen sowie durch die familiären Beziehungen geprägt (2). Zudem weisen Studien darauf hin, dass eine geringe Lebenszufriedenheit mit psychischen Auffälligkeiten assoziiert ist (3). Weitere Studien sehen einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und psychosozialen Ressourcen in der Schule sowie der Schulfriedenheit (4). Auch Risiken, wie z.B. Mobbing sind mit der Lebenszufriedenheit verbunden (5). Studien weisen zudem darauf hin, dass Jugendliche mit höherem Bildungsniveau (u.a.an Gymnasien) über eine höhere Lebenszufriedenheit berichten im Vergleich zu Jugendliche die einen anderen Schultyp besuchen (6).

Wie wurde die Lebenszufriedenheit erfasst?

Die Bewertung der Lebenszufriedenheit erfolgte über die Darstellung einer Leiter mit elf Sprossen. Das obere Ende der Leiter wurde mit „das beste denkbare Leben“ (10 Punkte) und das untere Ende mit „das schlechteste denkbare Leben“ (0 Punkte) bezeichnet. Die Jugendlichen wurden danach gefragt, auf welcher Sprosse (=Punkte) sie ihr derzeitiges Leben verorten. Nach dem HBSC-Standard wird ein Wert von mindestens 6 als höhere Lebenszufriedenheit definiert. Die Tabellen 1 und 2 am Ende des Faktenblatts zeigen, wie groß der Anteil an Jungen und Mädchen ist, die sich den Punktwerten „0-5“, „6-10“ differenziert nach Altersstufe, Migrationsstatus und familiärem Wohlstand zuordnen lassen.

In Abbildung 1 wird der altersspezifische Anteil der Mädchen und Jungen dargestellt, die eher zufrieden mit ihrem Leben sind (6-10 Punkte).

Hauptergebnisse

- 86,4% der Jungen und 78,8% der Mädchen geben an mit ihrem Leben „eher zufrieden“ zu sein (6 oder mehr Punkte).
- Während die Einschätzung der Lebenszufriedenheit bei den Jungen über das Alter hinweg so gut wie keine Veränderungen zeigt, nimmt der Anteil der Mädchen, die eine hohe Lebenszufriedenheit angeben, mit höherem Alter ab.
- Mit zunehmendem familiärem Wohlstand steigt auch der Anteil an Jugendlichen mit höherer Lebenszufriedenheit.
- Es sind nur geringfügige Unterschiede nach Migrationsstatus festzustellen. Tendenziell zeigt sich, dass Jugendliche ohne Migrationshintergrund häufiger eine höhere Lebenszufriedenheit angeben (≥ 6 Punkte) und jene mit einseitigem oder beidseitigem Migrationsstatus häufiger angeben mit ihrem Leben unzufriedener zu sein (≤ 5 Punkte).
- Insgesamt zeigt sich, dass Mädchen im Vergleich zu Jungengenerell weniger zufrieden mit ihrem Leben sind.

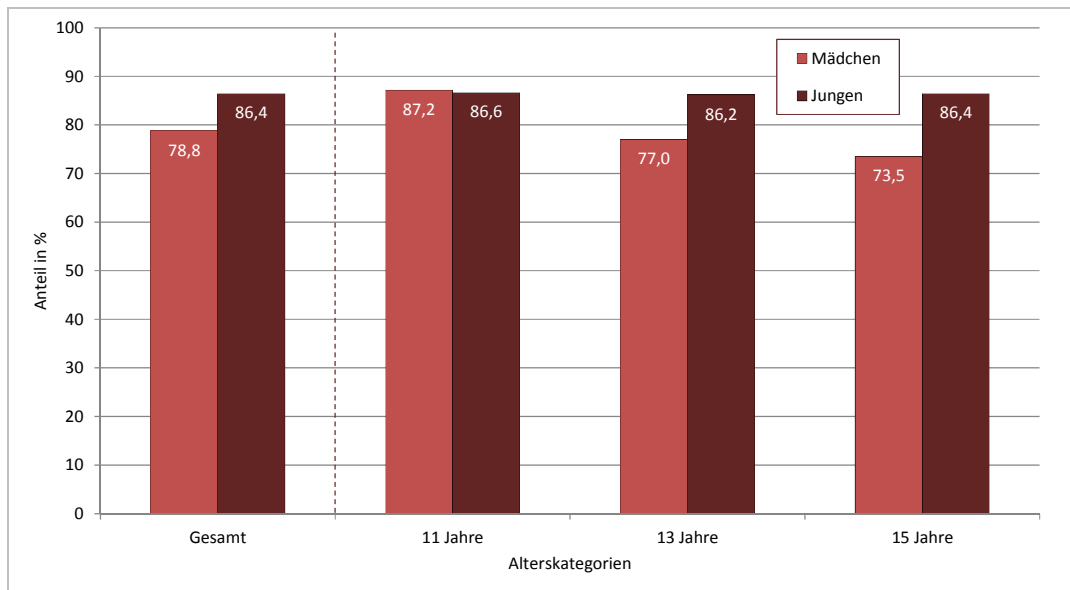


Abbildung 1: Hohe Lebenszufriedenheit (6 oder mehr Punkte)nach Alter und Geschlecht (in %)

Bewertung und Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse der HBSC-Studie 2013/14 zeigen, dass viele Mädchen und Jungen mit ihrem Leben zufrieden sind. Dabei sind Jungen allerdings über fast alle Altersgruppen hinweg zufriedener mit ihrem Leben als die Mädchen. Dieser Befund deckt sich mit wissenschaftlichen Ergebnissen und kann durch die unterschiedliche Entwicklung in der Adoleszenz begründet werden (7). Dazu gehört auch der schulische Kontext, denn der Leistungsdruck nimmt mit dem Alter zu. Gleichzeitig erfahren die Mädchen und Jungen körperliche Änderungen, die ihre allgemeine Zufriedenheit bzw. ihr Wohlbefinden beeinflussen können. Kinder und Jugendliche aus schlechter gestellten Familien berichten eine geringere Lebenszufriedenheit, was vermuten lässt, dass auch materielle Faktoren eine wichtige Rolle bei der Bewertung des eigenen Lebens spielen. Daraus lässt sich ableiten, dass Gesundheitsförderungsprogramme neben der Berücksichtigung der Lebensumstände und der kulturellen Lebenssituation prioritär die Ressourcen in benachteiligten Gruppen sowie bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund fokussieren sollten.

Literatur

1. Pavot, W.G. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
2. Rask, K., Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E. et al. (2003). Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 129-138.
3. Hawkins, W. E., Hawkins, M. J. & Seeley, J. (1992). Stress, health-related behavior and quality of life on depressive symptomatology in a sample of adolescents. *Psychological Reports*, 71(1), 183-186.
4. Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B. et al. (1998). Achieving health and educational goals through schools: A study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 13(3), 383-397.
5. Gobina, I., Zaborskis, A., Pudule, I. et al. (2008). Bullying and subjective health among adolescents at schools in Latvia and Lithuania. *International Journal of Public Health*, 53(5), 272-276.
6. Moor, I., Lampert, T., Rathmann, K. et al. (2014): Explaining educational inequalities in adolescent life satisfaction: Do health behaviour and gender matter?. *International Journal of Public Health: Volume 59(2)*, 309-317
7. Goldbeck, L., Schmitz, T.G., Besier, T. et al. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(6), 969-979.

Tabelle 1: Einschätzung der Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 bis 10 von **Mädchen** nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %)¹

| | 0 (das schlechteste denkbare Leben) | 1-5 | 6-9 | 10 (das beste denkbare Leben) |
|--|-------------------------------------|------|------|-------------------------------|
| | % | % | % | % |
| Mädchen gesamt (n=2.884) | 0,6 | 20,6 | 67,9 | 10,9 |
| Alterskategorien | | | | |
| 11 Jahre (n=852) | 0,2 | 12,5 | 67,7 | 19,5 |
| 13 Jahre (n=994) | 0,8 | 22,2 | 68,2 | 8,8 |
| 15 Jahre (n=1.038) | 0,8 | 25,6 | 67,9 | 5,7 |
| Familiärer Wohlstand (n=2.755) | | | | |
| Niedrig (n=439) | 1,1 | 28,3 | 59,0 | 11,5 |
| Mittel (n=1.712) | 0,4 | 20,2 | 69,2 | 10,1 |
| Hoch (n=604) | 0,7 | 14,3 | 72,8 | 12,3 |
| Migrationshintergrund (n=2.881) | | | | |
| Kein (n=2.028) | 0,3 | 18,7 | 70,1 | 10,8 |
| Einseitig (n=319) | 0,9 | 23,3 | 63,8 | 11,9 |
| Beidseitig (n=534) | 1,5 | 25,9 | 61,9 | 10,6 |
| Gesamt | | | | |
| Jungen und Mädchen (n=5.863) | 0,6 | 16,7 | 69,7 | 13,0 |

Tabelle 2: Einschätzung der Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 bis 10 von **Jungen** nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %)¹

| | 0 (das schlechteste denkbare Leben) | 1-5 | 6-9 | 10 (das beste denkbare Leben) |
|--|-------------------------------------|------|------|-------------------------------|
| | % | % | % | % |
| Jungen gesamt (n=2.979) | 0,5 | 13,0 | 71,5 | 15,0 |
| Alterskategorien | | | | |
| 11 Jahre (n=864) | 0,7 | 12,7 | 61,9 | 24,7 |
| 13 Jahre (n=1.062) | 0,5 | 13,3 | 74,2 | 12,0 |
| 15 Jahre (n=1.053) | 0,5 | 13,1 | 76,5 | 9,9 |
| Familiärer Wohlstand (n=2.837) | | | | |
| Niedrig (n=588) | 1,2 | 15,5 | 65,1 | 18,2 |
| Mittel (n=1.738) | 0,3 | 13,0 | 74,2 | 12,5 |
| Hoch (n=511) | 0,6 | 8,4 | 72,2 | 18,8 |
| Migrationshintergrund (n=2.976) | | | | |
| Kein (n=2.217) | 0,4 | 11,9 | 73,4 | 14,2 |
| Einseitig (n=284) | 0,0 | 15,2 | 69,3 | 15,5 |
| Beidseitig (n=475) | 1,5 | 17,0 | 63,7 | 17,8 |
| Gesamt | | | | |
| Jungen und Mädchen (n=5.863) | 0,6 | 16,7 | 69,7 | 13,0 |

¹Angaben in n beziehen sich auf die Grundgesamtheit aller befragten SchülerInnen

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:

HBSC-Studienverbund Deutschland* (2015). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen“.

Kontakt

Prof. Dr. Matthias Richter
Institut für Medizinische Soziologie (IMS)
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel +49 (0) 345 | 557 1166
Fax +49 (0) 345 | 557 1165

E-Mail: hbsc-germany@medizin.uni-halle.de



*Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Prof. Dr. Matthias Richter, Leitung), Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip); Technische Universität Dresden (Prof. Dr. Wolfgang Melzer); Frankfurt University of Applied Sciences (Prof. Dr. Andreas Klocke); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravensieberer), Hochschule Magdeburg-Stendal (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck)