Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2008-2009)

Heft: 103

Artikel: Gesundheitsempfinden in der Schweiz 1991-2006 : UNIVOX Forschungsbericht Gesundheit 2006/07

Autor: Wettstein, Rolf / Bucher, Sabine / Abel, T.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789781

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Gesundheitsempfinden in der Schweiz 1991-2006

UNIVOX Forschungsbericht Gesundheit 2006/07
Rolf Wettstein, Sabine Bucher,
Prof. Dr. T. Abel, (Verantwortlicher)

Forschungsprogramm UNIVOX
UNIVOX ist eine umfassende Langzeitbeobachtung unserer Gesellschaft, die gfs-zürich in Zusammenarbeit mit rund 20 spezialisierten, zumeist universitären Instituten von 1986 bis 1999 jährlich, ab 2000 zwei-jährlich realisiert. Gesamtverantwortung und Koordination:

gfs-zürich, Markt- & Sozialforschung
Ursula Raymann (Projektleiterin UNIVOX)
Dr. Peter-Spichiger-Carlsson (Geschäftsleiter)
E-Mail: Ursula.Raymann@gfs-zh.ch

Modul Gesundheit
Verantwortung: Prof. Dr. Thomas Abel
Universität Bern, Abteilung Gesundheitsforschung des ISPM
Niesenweg 6, 3012 Bern, E-Mail: abel@ispm.unibe.ch

Methodischer Steckbrief
Die Grundlage für die vorliegende Analyse bildet eine durch gfs-zürich zusammen mit fünf weiteren Kooperationspartnern im September 2006 durchgeführte Befragung.

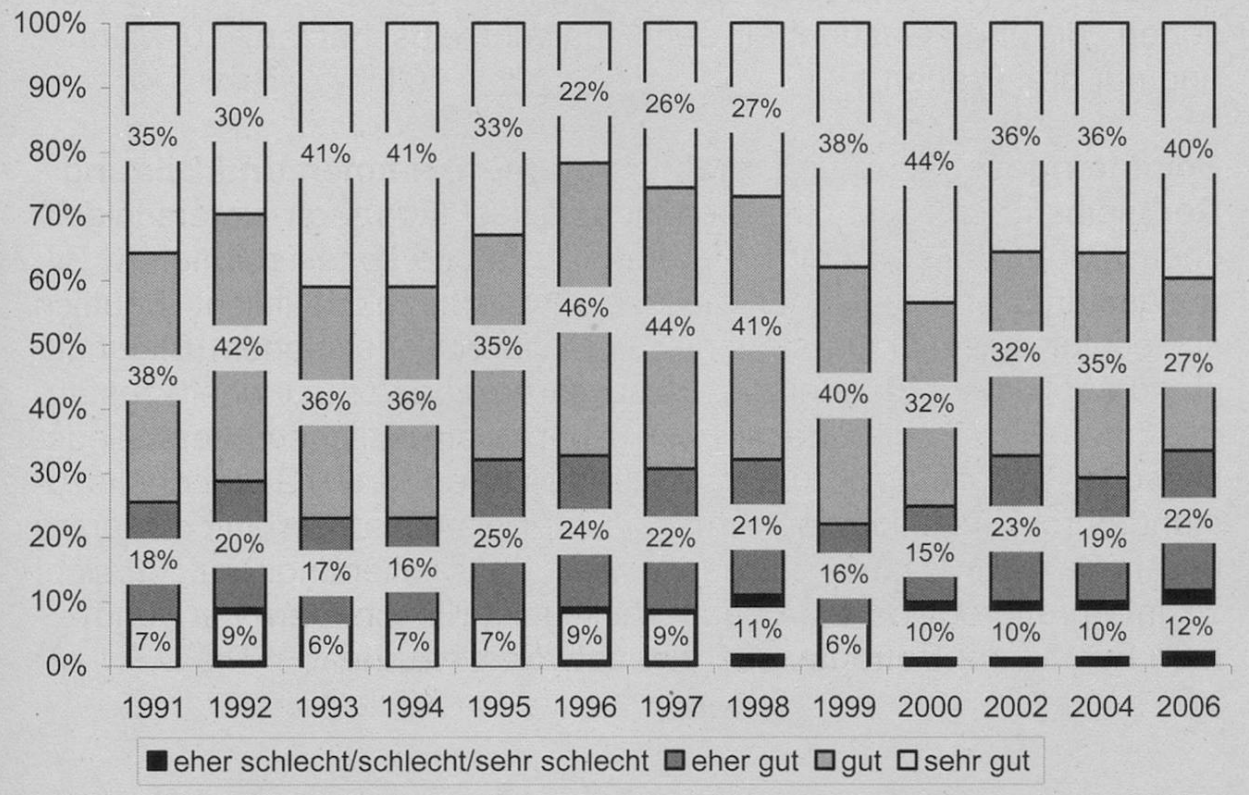
Die Befragung wurde nach der bei UNIVOX üblichen Befragungsanlage realisiert. Ein Interview dauerte im Schnitt 45 Minuten (zusammen mit anderen befragten Themenbereichen). Befragt wurden Stimmberechtigte, die mit Hilfe eines kombinierten Random-/Quotaverfahrens ausgewählt wurden: Aufgrund der effektiven Verteilung wurden in einem ersten Schritt Deutsch- und Westschweiz sowie agglomerierte und ländliche Gegenden ausgeschieden. Innerhalb dieser Gebiete erfolgte die Ortsauswahl nach einem gewichteten Zufallsverfahren. Dabei wurden ca. 70 Gemeinden (sampling points) ausgewählt. In einem zweiten Schritt wurden innerhalb dieser Gemeinden die Zielpersonen für die Interviews nach dem Quotenverfahren bestimmt. Die Personenauswahl nahmen die BefragerInnen selbst vor. Sie hatten sich dabei bei jeweils 10 Interviews an Quoten für das Geschlecht, das Alter und den Beruf zu halten. Die so realisierte Stichprobe ergibt 705 Befragte, davon 75 % aus der Deutschschweiz und 25 % aus der Romandie.

Die Grösse der Stichprobe ergibt bei einer Verteilung der %werte von 50:50 ein Vertrauensintervall von +/- 3.8 %. Das heisst, ein Tabellenwert von 50 % liegt für die Gesamtstichprobe mit 95%iger Wahrscheinlichkeit zwischen 46.2 und 53.8 %. Je näher die %werte an der 50 %-Marke liegen und je weniger Fälle die untersuchte Einheit aufweist, desto grösser ist das Vertrauensintervall.

Hauptergebnisse

Im UNIVOX-Modul Gesundheit 2006/2007 wird das Monitoring der selbsteingeschätzten Gesundheit der Schweizer Bevölkerung fortgesetzt. Als neuer Schwerpunkt interessiert das Thema Gesundheitskompetenz: Wie viele und welche Schweizer und Schweizerinnen verfügen über das Wissen und die Fähigkeiten ihr Leben in gesundheitlicher Hinsicht zu beeinflussen? Deckt sich ihre Selbsteinschätzung mit der Einschätzung aufgrund der Wissensfragen im vorliegenden UNIVOX-Modul?

Abb. 1: Selbsteingeschätzte Gesundheit der Befragten 1991—2006



Aus Abbildung 1 lässt sich der Verlauf der selbsteingeschätzten Gesundheit über die vergangenen 15 Jahre entnehmen. Die Anzahl der Personen, welche ihre eigene Gesundheit als sehr gut einschätzen, ist im Vergleich mit dem Jahr 2004 um 4% auf 40% gestiegen. Im Gegenzug schätzt jede achte Person (12%) ihre Gesundheit als schlecht ein, was einen Höchstwert der letzten 15 Jahre darstellt. Dieser Anstieg der Extreme geht einher mit einer Abnahme der Personen, welche ihre Gesundheit als "gut" einschätzen (27%).

Selbst eingeschätzte Gesundheit in den soziodemografischen Gruppen

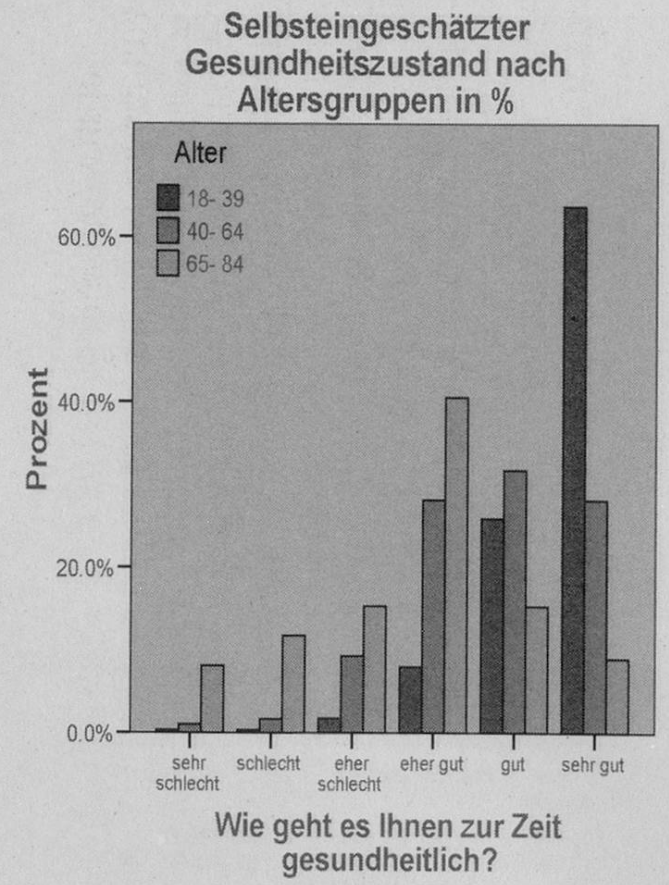
Selbst eingeschätzte Gesundheit nach Alter und Geschlecht

Abbildung 2, S. 5, zeigt eindrücklich, dass die Gruppe der 65-84-Jährigen ihre Gesundheit schlechter einschätzt als die andern Altersgruppen. Über alle Altersgruppen bezeichnen Frauen ihren Gesundheitszustand tendenziell besser als die Männer. So sind von 13 Personen, die ihre Gesundheit sehr schlecht einschätzen, 10 Männer und nur drei Frauen.

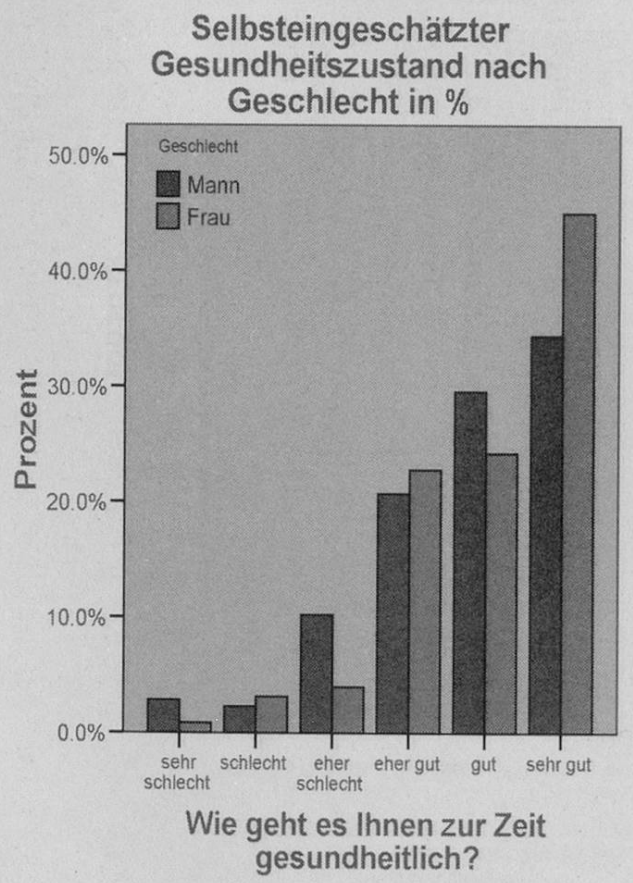
Selbsteingeschätzte Gesundheit nach Einkommen und Bildung

Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand nach unterschiedlichem Bildungsstand betrachtet zeigt, dass Personen mit tiefem Bildungsstand ihren Gesundheitszustand durchschnittlich deutlich schlechter einschätzen als jene mit mittlerem oder hohem Bildungsstand (Abb. 3, S. 6). Bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes nach Einkommen zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede. Personen mit tiefem Einkommen bezeichnen ihren Gesundheitszustand durchschnittlich deutlich schlechter als diejenigen mit mittlerem und hohem Einkommen. Diese Verteilung ist allerdings mit Vorsicht zu interpretieren, da die Frage nach dem Einkommen von rund einem Fünftel der Befragten nicht beantwortet wurde.

Abbildung 2: Selbst eingeschätzte Gesundheit nach Alter und Geschlecht

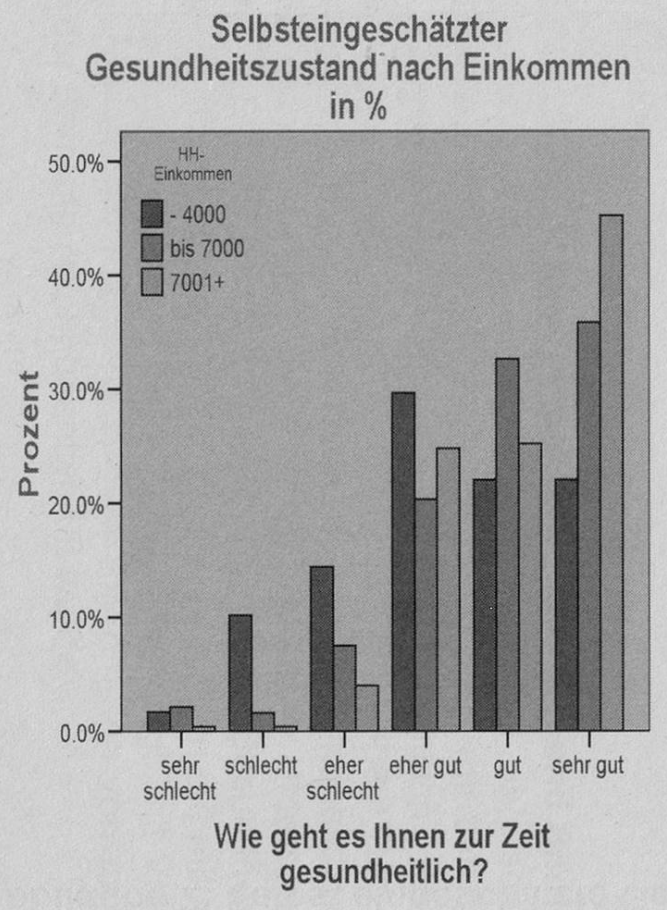


Grafik 1

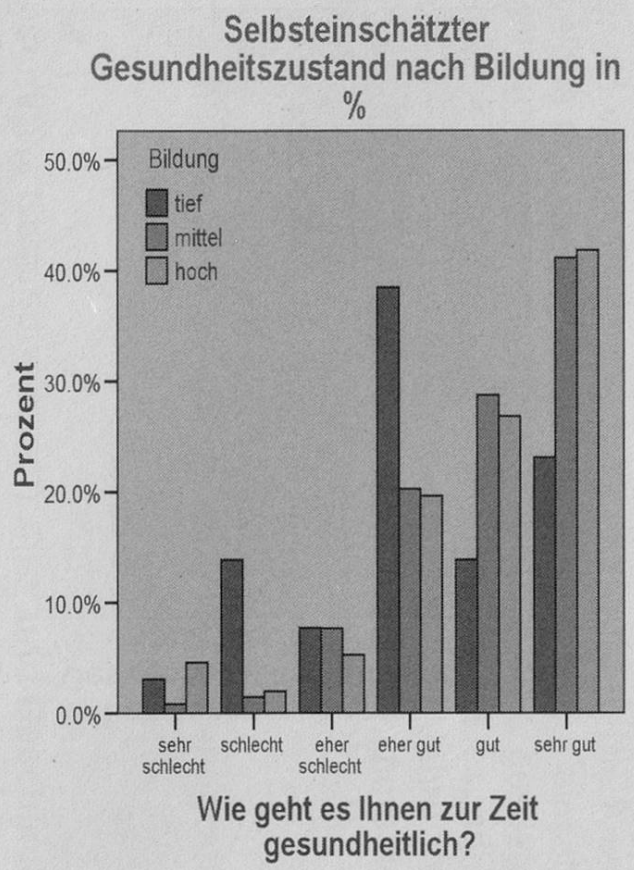


Grafik 2

Abbildung 3: Selbst eingeschätzte Gesundheit nach Einkommen und Bildung

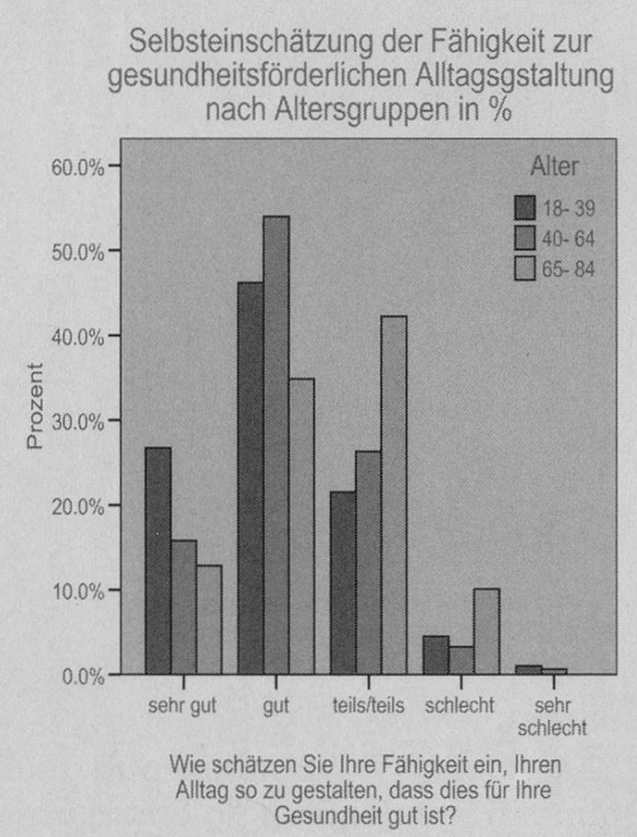


Grafik 4

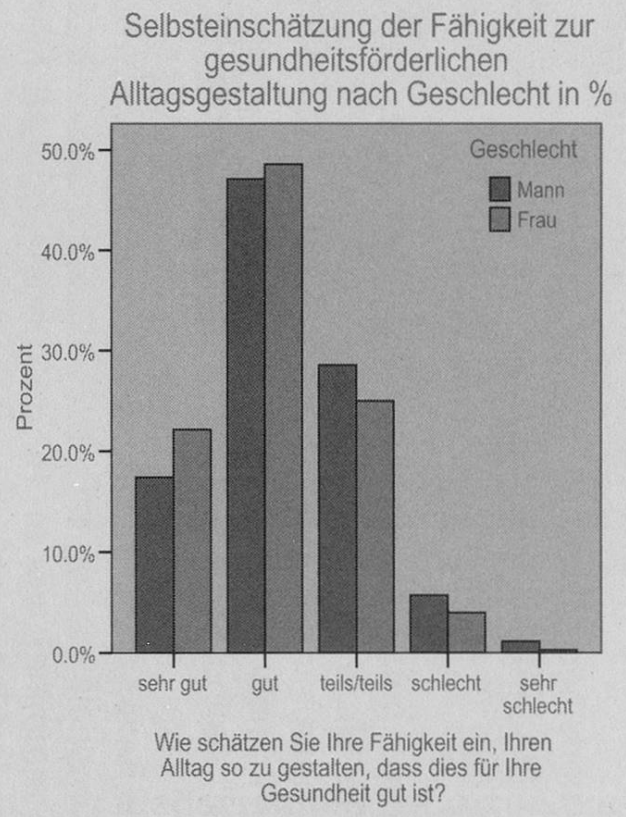


Grafik 3

Abbildung 4 Fähigkeit zur gesundheitsförderlichen Alltagsgestaltung nach Alter und Geschlecht

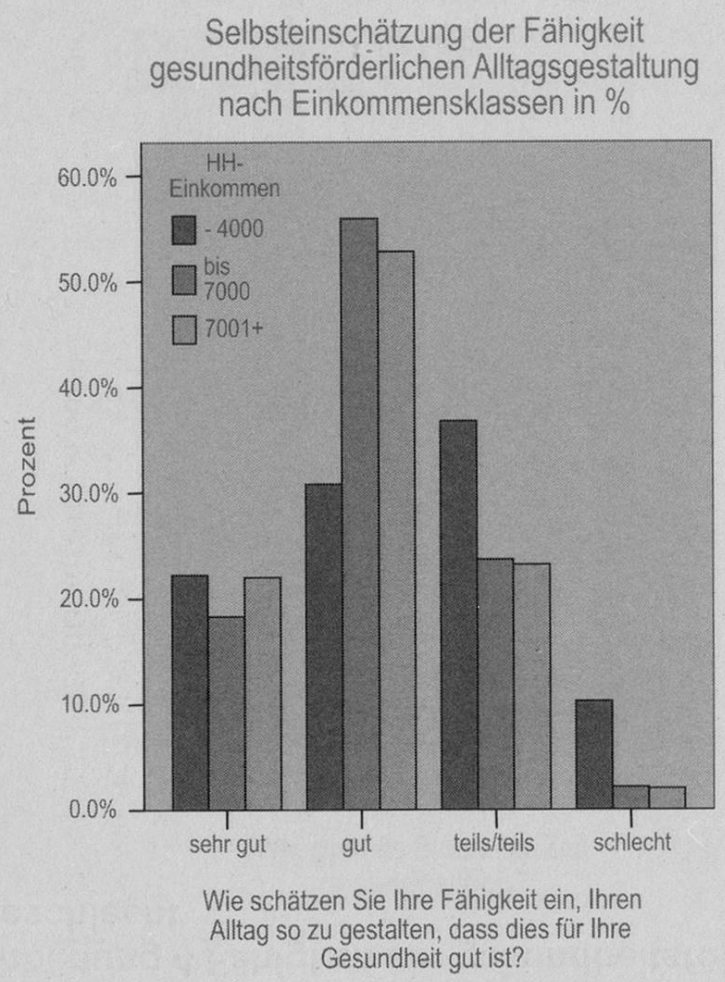


Grafik 5

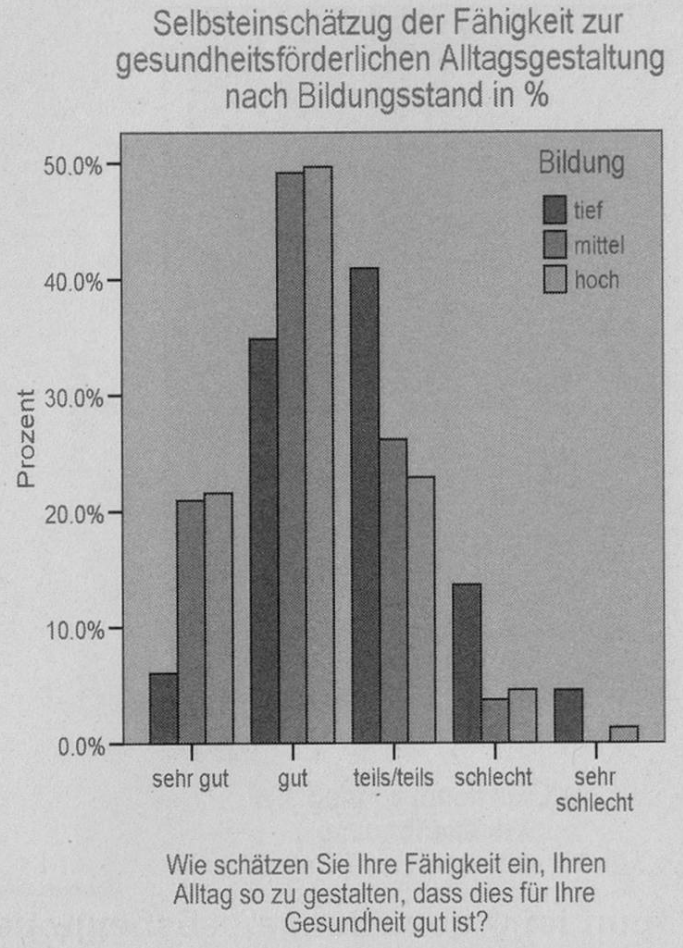


Grafik 6

Abbildung 5 Fähigkeit zur gesundheitsförderlichen Alltagsgestaltung nach Einkommen und Bildung



Grafik 8



Grafik 7

Fähigkeit zur gesundheitsförderlichen Alltagsgestaltung nach soziodemografischen Merkmalen

Wird die Einschätzung der Fähigkeit zur gesundheitsförderlichen Alltagsgestaltung nach den Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen betrachtet, unterscheiden sich die Gruppen in den Einschätzungen deutlich (Abb. 4).

Die Fähigkeit zur gesundheitsförderlichen Alltagsgestaltung wird offensichtlich vor allem von der Altersgruppe 65-84 Jahre als wenig ausgeprägt eingeschätzt. Männer schätzen ihre Fähigkeiten im Schnitt deutlich schlechter ein als Frauen: in den Rubri ken "sehr gut" und "gut" sind sie unter-, und in den Rubriken "teils/ teils" "schlecht" und "sehr schlecht" sind sie übervertreten.

Menschen mit tiefem Bildungsstand schätzen ihre Fähigkeiten, den Alltag gesundheitsförderlich zu gestalten weniger gut ein als jene mit mittlerem oder hohem Bildungsstand (Abb. 4). In den Einkommensklassen zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede (die Ergebnisse sind aufgrund der tiefen Antwortrate mit Vorbehalt zu betrachten).

Verstehen von Gesundheitsinformationen

Für gesundheitsförderliches Verhalten sind Informationen in gesundheitlichen Belangen von grosser Bedeutung. Einerseits ist der Zugang zu den Informationsquellen wichtig, aber auch, wie die Informationen aufgenommen und umgesetzt werden können. Die Befragung fokussiert auf die Selbsteinschätzung des Verständnisses von Informationen aus unterschiedlichen Quellen. Hier zeichnet sich ab, dass vor allem bei der Alterskategorie 65-84 Jahre und Personen mit tiefer Bildung und tiefem Einkommen, sowie bei den Männern der Anteil jener, die ihre Fähigkeit als schlecht oder sehr schlecht einschätzten, höher ist als in den andern Gruppen. Mündliche Informationen scheinen insgesamt, aber auch bei den oben genannten Gruppen besser verstanden zu werden.

Abb. 6 zeigt, wie sich die Schweizerinnen und Schweizer bei der Aufgabe einschätzen, Informationen aus den Medien hinsichtlich ihres Nutzens zu selektionieren. 61% sind der Meinung, diese Aufgabe

gut oder sehr gut bewältigen zu können, nur 10% schätzen ihre diesbezügliche Fähigkeit als schlecht oder sehr schlecht ein. Unterschieden nach soziodemographischen Variablen fallen die negativeren Einschätzungen von älteren Menschen und jenen mit tiefer Bildung auf – sie sehen sich in dieser Frage als massiv weniger kompetent als der Rest der Befragten. Hier muss aber bedacht werden, dass Alter und Bildung korreliert sind, und die absolute Anzahl von wenig Gebildeten in der UNIVOX-Stichprobe relativ klein ist.

Abb. 6: "Wie gut können Sie im Allgemeinen unterscheiden, welche Informationen in den Medien Sie gebrauchen können und welchen nicht?"

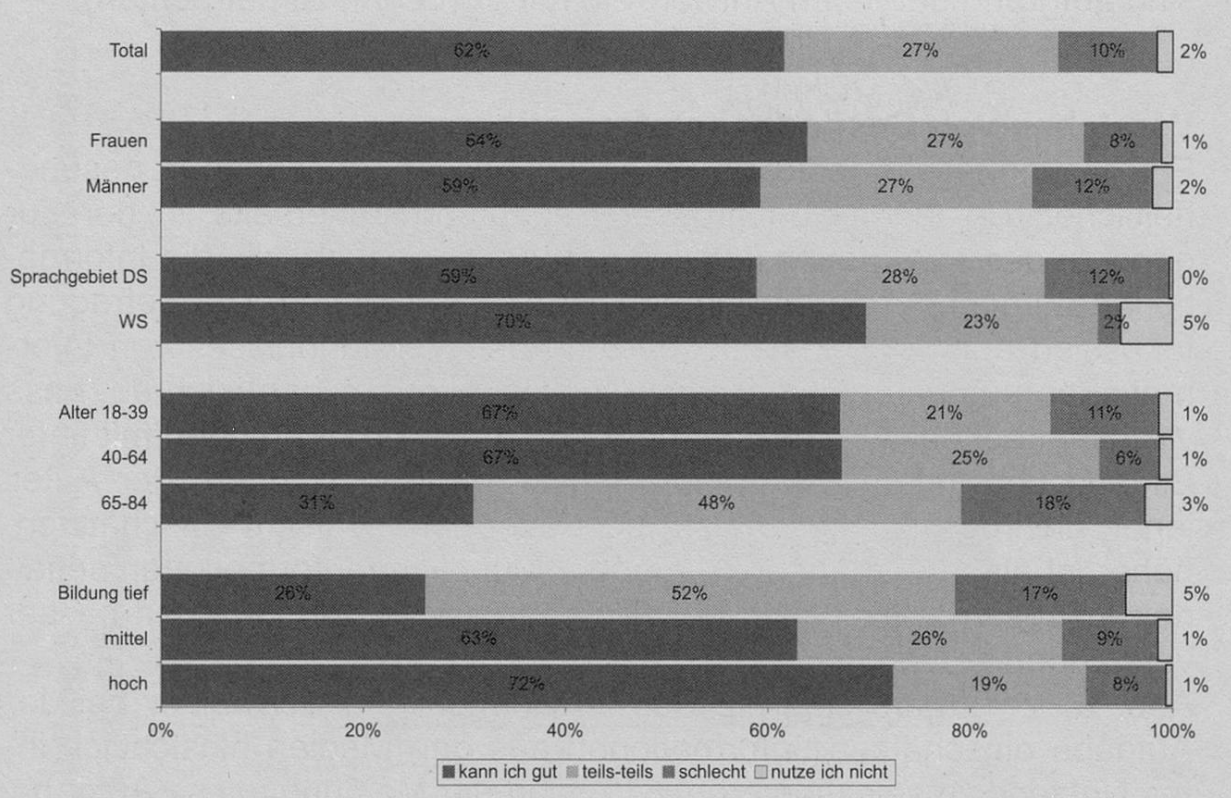
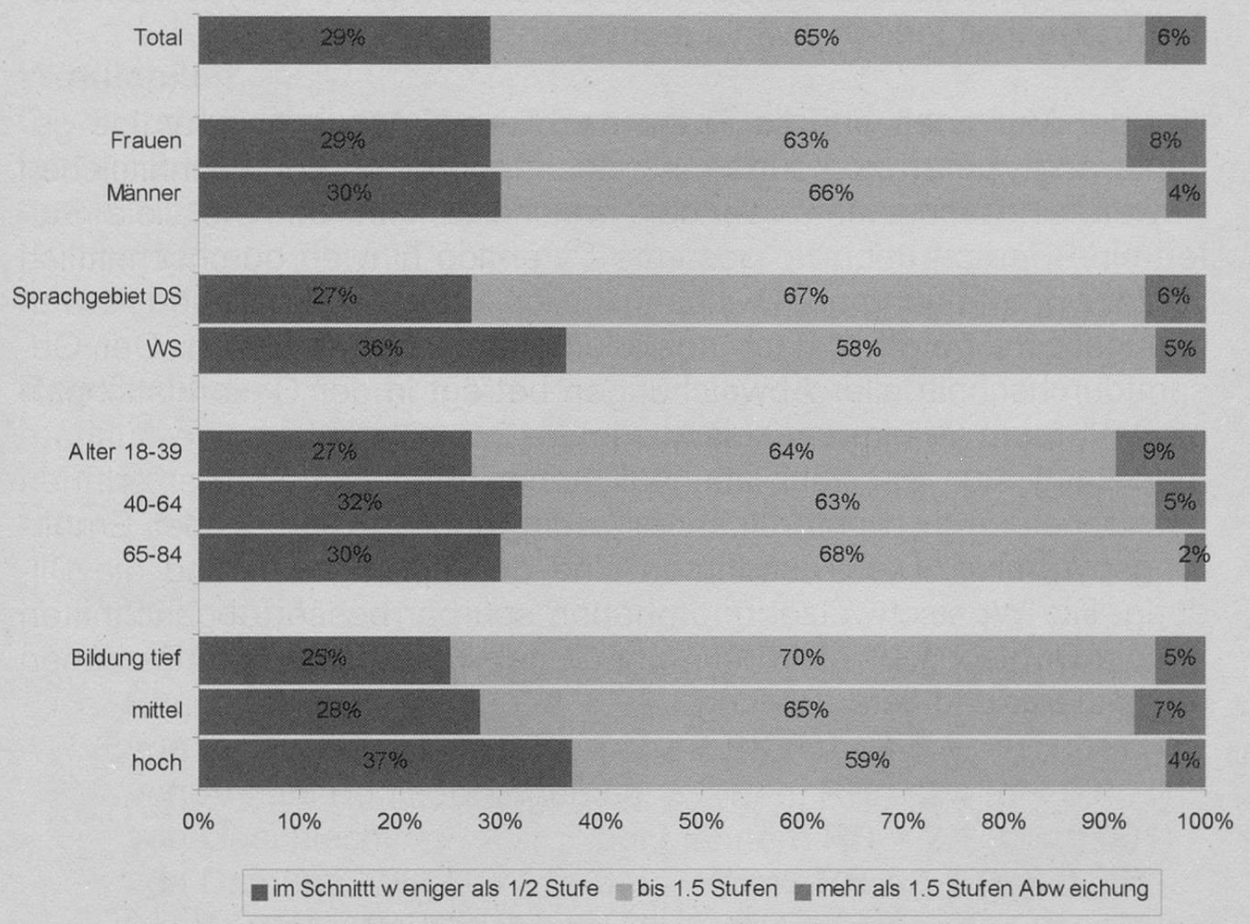


Abb. 7: Abweichungsscore Ernährungspyramide



Um basales Wissen im Sinne funktionaler Gesundheitskompetenz zu messen, wurden die Befragten gebeten, die verschiedenen Nahrungsmittelgruppen hinsichtlich der Häufigkeit des von Ernährungsfachleuten geratenen Genusses einzustufen. Ergebnis ist eine Art "empirische" Ernährungspyramide, bei welcher sich folgende Besonderheiten im Vergleich mit der propagierten Pyramide zeigen: Während "Früchte und Gemüse" mit klarer Mehrheit unter "reichlich geniessen" eingeordnet wird, verteilen sich bei "Vollkornprodukte etc. " sowie "Eiweissprodukte" die Antworten ziemlich gleichmässig auf die

beiden unteren Stufen ("reichlich geniessen" und darauf folgende Stufe 2). Bei "Öle, Fette, Nüsse" und "Knabbereien" führt der Mehrheitsentscheid zwar auf die richtige Einordnung in der Pyramide, diese Mehrheit ist jedoch jeweils recht klein.

Um die Antworten auf die Frage nach der Ernährungspyramide genauer analysieren zu können, wurden sie in einen durchschnittlichen Abweichungsscore umgewandelt, welcher angibt, um wie viele Stufen eine Person über die gesamte Pyramide hinweg durchschnittlich von der Empfehlung abgewichen ist. Abbildung 7 zeigt diesen Abweichungsscore getrennt nach soziodemografischen Gruppen. Der Gesamtdurchschnitt aller Abweichungen beträgt in der Gesamtstichprobe 0.8 Stufen (Minimum 0 bis Maximum 2.2). Bis auf wenige Ausnahmen zeigt sich ein sehr ausgeglichenes Bild: Die SchweizerInnen unterscheiden sich untereinander kaum in ihrer Kenntnis der Ernährungspyramide. Die Ausnahmen sind der Sprachraum und die Bildung: Die WestschweizerInnen haben spürbar besser abgeschnitten als die DeutschschweizerInnen, hoch gebildete besser als Personen mit mittlerer und tiefer Bildung.