

## 7. FYSISK OG MENTAL SUNDHED

I kapitel 7 i hovedbindet beskrives befolkningens fysiske og mentale sundhed i Region Midtjylland ud fra tre vinkler:

- Oplevelsen af eget helbred
- Oplevelsen af egen trivsel og livskvalitet
- Oplevet stressniveau

I det følgende beskrives udviklingen på disse tre områder, idet der sammenlignes med data fra to tidligere *Hvordan har du det?*-undersøgelser fra 2006 og 2010.

### Selvurderet helbred

Selvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved symptomer, sygdomme og risikofaktorer (1).

Undersøgelser har dokumenteret, at personer med dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for bl.a. tidlig død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (2,3). Menneskers egen vurdering af deres helbred er derfor et værdifuldt redskab, når man skal beskrive en befolknings sundhedstilstand.

Selvurderet helbred er i undersøgelsen belyst ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 'fremragende', 'vældig godt', 'godt', 'mindre godt' og 'dårligt'.

### Udviklingen i selvvurderet helbred

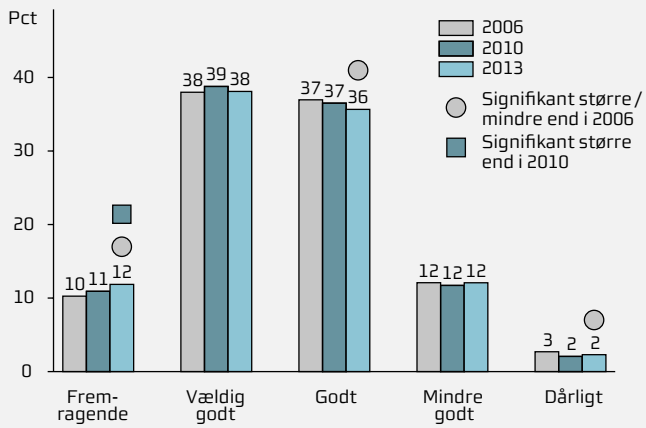
Figur 7.1.5 viser udviklingen i selvvurderet helbred fra 2006 til 2013 i befolkningen som helhed.

Der ses en mindre ændring i selvvurderet helbred fra 2006 til 2013, idet signifikant flere personer angiver, at deres helbred er fremragende. Endvidere angiver signifikant færre i 2013 end i 2006, at deres helbred er henholdsvis godt og dårligt. Endelig ses en signifikant større andel med et fremragende selvvurderet helbred i 2013 i forhold til 2010. Sammenfattende ses en lille forbedring i befolkningens vurdering af eget helbred.

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som 'godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred'.

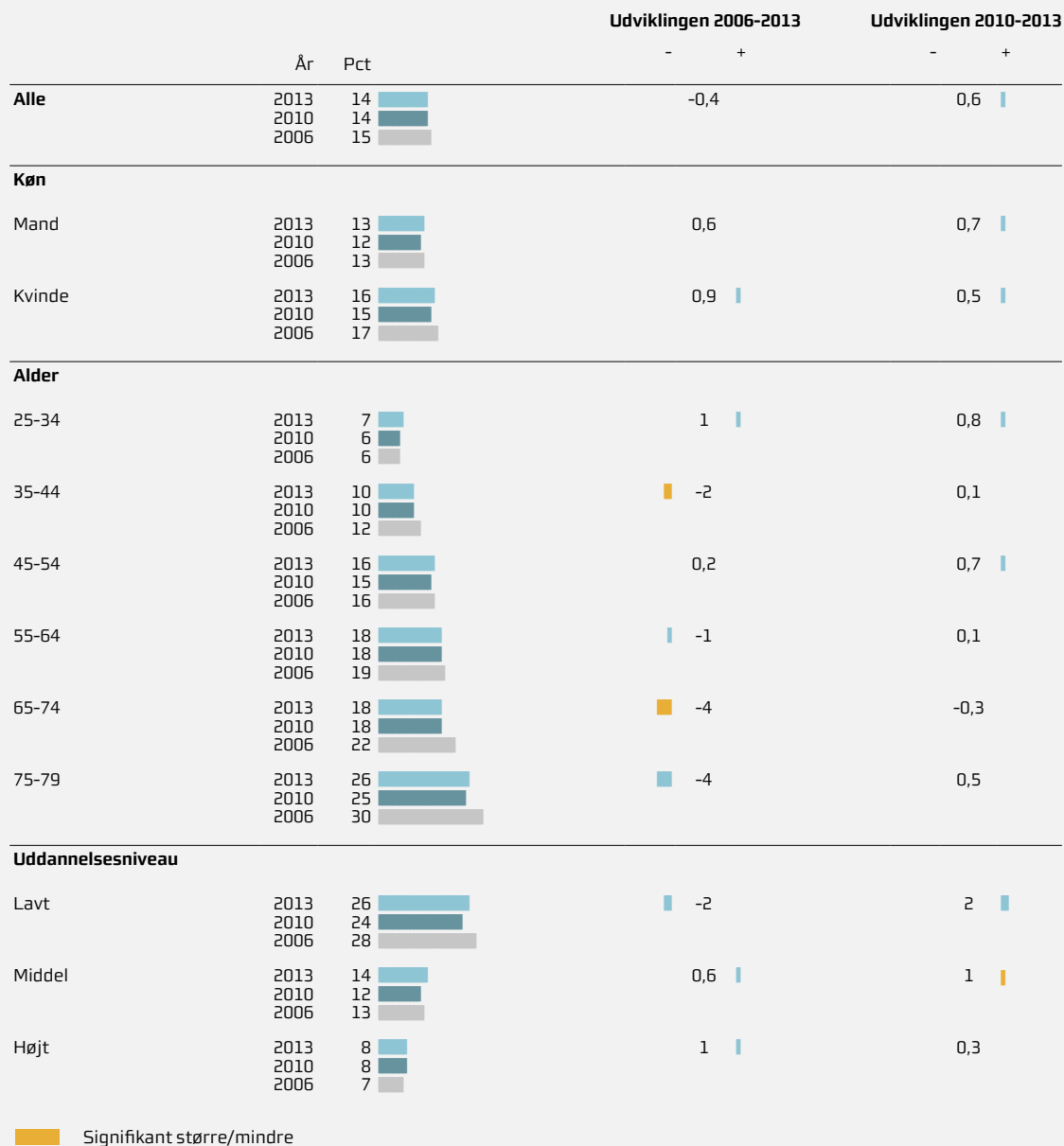
**FIGUR 7.1.5**

Selvvurderet helbred. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



**FIGUR 7.2.5**

Dårligt selvvurderet helbred - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



### Udviklingen i dårligt selv vurderet helbred - køn, alder og uddannelse

Figur 7.2.5 viser andelen med dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau i 2006, 2010 og 2013.

Der er en signifikant mindre andel med et dårligt selv vurderet helbred i 2013 i forhold til 2006 blandt:

- Personer i alderen 35-44 år
- Personer i alderen 65-74 år

Der er en signifikant større andel med et dårligt selv vurderet helbred i 2013 i forhold til 2010 blandt:

- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau

Sammenfattende ses der kun mindre ændringer i forekomsten af dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund. Der er dog fra 2006 til 2013 sket et fald i to aldersgrupper, mens der fra 2010 til 2013 er sket en lille stigning blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

**FIGUR 7.3.5**

Dårligt selvvalueret helbred - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



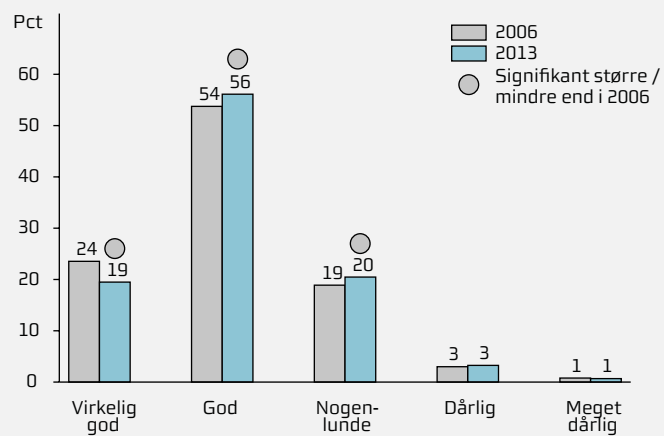
### Dårligt selvvurderet helbred - kommuner

Figur 7.3.5 viser andelen med dårligt selvvurderet helbred i kommunerne i 2006, 2010 og 2013.

Der er ikke sket nogen signifikant forandring af det selvvurderede helbred fra 2006 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Ringkøbing-Skjern er der dog sket en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred fra 12 % til 17 %. I Holstebro ses til gengæld et signifikant fald, idet andelen med dårligt selvvurderet helbred er faldet fra 17 % til 14 %.

Der er ligeledes ikke sket nogen signifikant forandring af det selvvurderede helbred fra 2010 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Ikast-Brande og Ringkøbing-Skjern er der dog sket en signifikant stigning, idet andelen med dårligt selvvurderet helbred er steget fra 13 % til 17 % i begge kommuner. Tilsvarende ses en stigning i Skive, hvor andelen med dårligt selvvurderet helbred er steget fra 14 % til 18 %.

**FIGUR 7.4.5**  
Selvvurderet trivsel og livskvalitet. Udviklingen 2006- 2013



## Selvurderet trivsel og livskvalitet

Borgerens samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred sundhedsparameter og anvendes indenfor mange discipliner som en opsummering af forhold vedrørende psykisk og social trivsel samt helbredsmæssige forhold. Selvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således flere livsaspekter end selvurderet helbred og afspejler WHO's brede sundhedsbegreb, der beskriver sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende (4).

Selvurderet trivsel og livskvalitet er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne 'virkelig god', 'god', 'nogenlunde', 'dårlig', 'meget dårlig'.

Figur 7.4.5 viser udviklingen i selvurderet trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013 i befolkningen som helhed. Spørgsmålet indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen fra 2010.

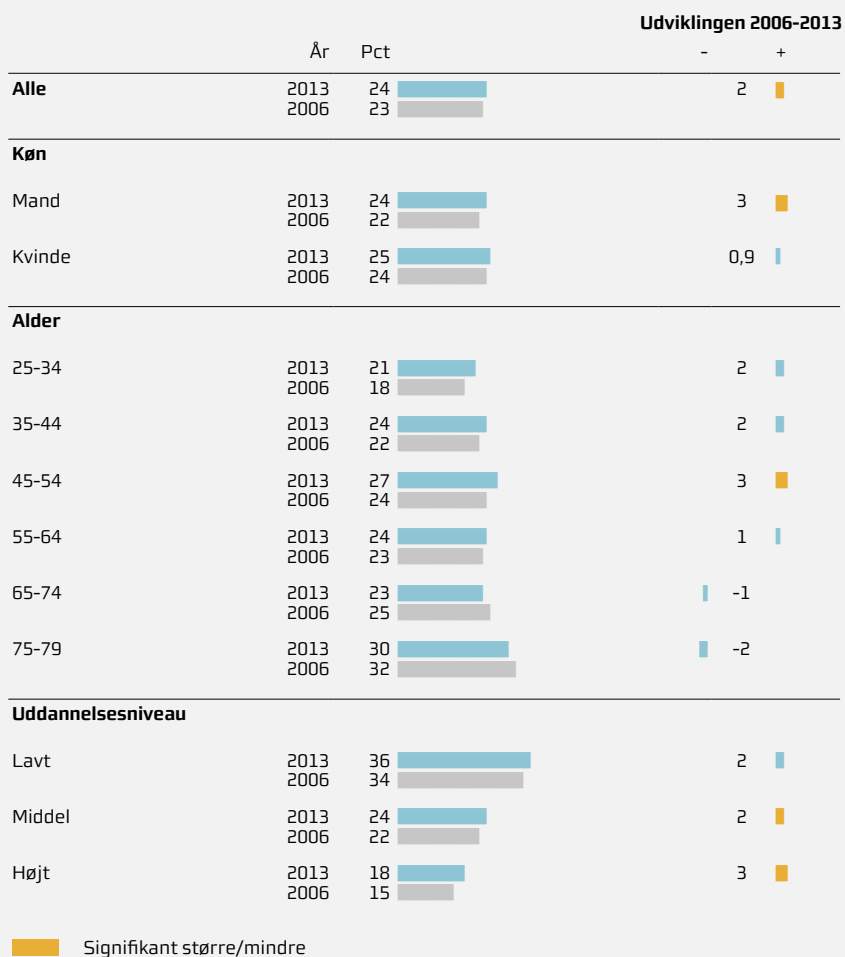
Der ses flere signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013. Der ses således en reduktion af andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er virkelig god fra 24 % til 19 %, mens der ses en mindre stigning i andelen, der angiver at deres trivsel og livskvalitet er henholdsvis god og nogenlunde.

De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som 'god selvurderet trivsel og livskvalitet', mens de tre sidste betegnes som 'nogenlunde eller dårlig selvurderet trivsel og livskvalitet'.



**FIGUR 7.5.5**

Nogenlunde/dårlig selv vurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013



### Selvurderet trivsel og livskvalitet - køn, alder og uddannelse

Figur 7.5.5 viser andelen af borgere med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau i 2006 og 2013.

Der er en signifikant større andel med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i 2013 i forhold til 2006 blandt:

- Mænd
- Personer i alderen 45-54 år
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau
- Personer med højt uddannelsesniveau

Sammenfattende er der fra 2006 til 2013 sket en mindre stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet. Dette afspejler overvejende en lidt højere forekomst af personer med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i de ovennævnte grupper.

**FIGUR 7.6.5**

Nogenlunde/dårlig selvvalueret trivsel og livskvalitet - kommuner. Udviklingen 2006-2013



## Selvurderet trivsel og livskvalitet - kommuner

Figur 7.6.S viser andelen af borgere med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet i kommunerne i 2006 og 2013.

Der er ikke sket nogen forandring i den selvurderede trivsel og livskvalitet fra 2006 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Hedensted og Ringkøbing-Skjern er der dog sket en signifikant stigning i andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet, idet andelen er steget fra 19 % til henholdsvis 26 % og 24 %. Ligeledes er der i Skive sket en signifikant stigning, idet andelen med nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet er steget fra 23 % til 28 %.

## Stress

Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel. Stress er ikke nogen sygdom, men øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom samt forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en vedvarende tilstand (5,6). Stressniveauet er derfor et vigtigt barometer for mental sundhed.

### Stressniveauet målt på Perceived Stress Scale

I *Hvordan har du det?* anvendes et mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (7,8). PSS omfatter 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen føler sig nervøs og stresset samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende.

Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare overfor alvorlige livsbegivenheder og har sværere ved at holde op med at ryge (9).

PSS bygger på Richard Lazarus' stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (10). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemlid mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Belastning og mestring er således koblet sammen i Lazarus' stressmodel.

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. Der er her foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er: 0-4 point, 5-8 point, 9-12 point, 13-17 point og 18-40 point.

### Udviklingen i stressniveau

Figur 7.7.S viser befolkningens stressniveau i 2006, 2010 og 2013.

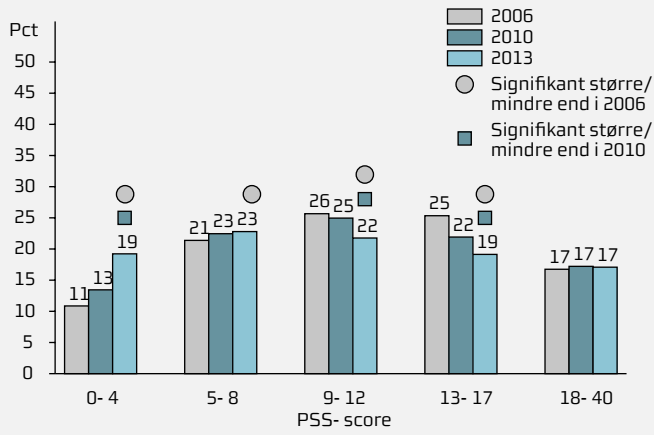
Stressniveauet er faldet en smule fra 2006 til 2013. Gennemsnittet for PSS er reduceret fra 11,8 til 10,9. Der skal dog tages forbehold for, at der er foretaget sproglige præciseringer i udgaven, som er anvendt i 2013, sammenlignet med 2006 og 2010, hvilket kan have påvirket svarfordelingen.

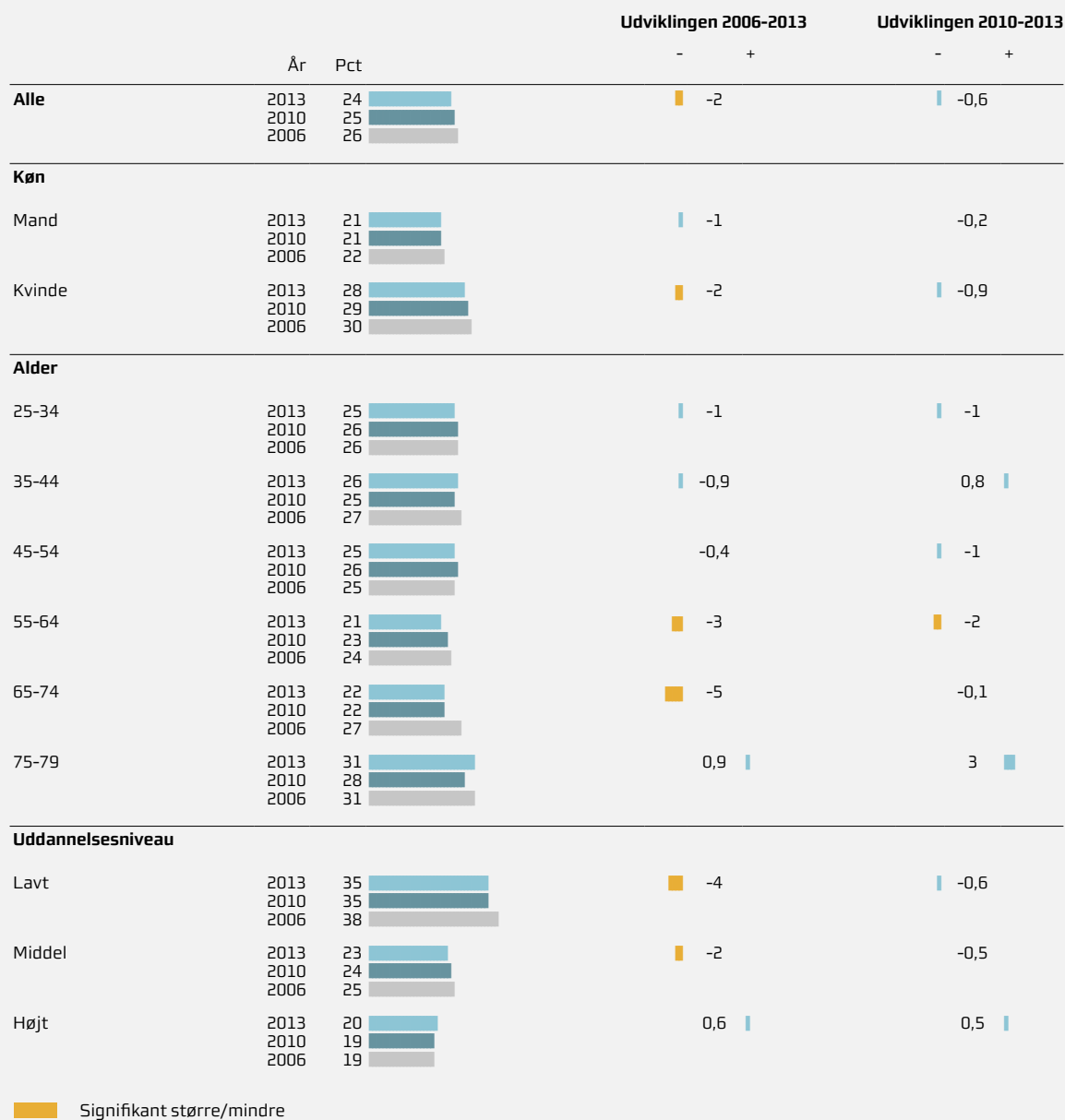
Der er ikke sket nogen signifikant ændring i andelen, som falder inden for den øverste kvintil (18-40 point på PSS). Til gengæld er der sket signifikante ændringer i de fire andre kategorier: En betydelig større andel scorer 1-4 point på PSS i 2013 sammenlignet med i 2006 og 2010, ligesom flere scorer 5-8 point i 2013 sammenlignet med i 2006. Endvidere scorer færre 9-12 og 13-17 point i 2013 sammenlignet med i 2006 og 2010. Der ses således et fald i andelen af personer, der rapporterer et moderat stressniveau svarende til kategori 3 og 4. Faldet kan dog være forbundet med ovennævnte ændringer af spørgsmålene i PSS.

PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygdom viser imidlertid, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og opfter (11). Dette indikerer, at stress især udgør en risiko for helbredet i den del af befolkningen, der har dette stressniveau. I det følgende fokuseres der på denne gruppe, dvs. personer med en score på PSS på 16-40 point.

**FIGUR 7.7.S**

Stressniveau. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



**FIGUR 7.8.5**Andel med højt stressniveau (PSS $\geq$ 16 point) - køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013

## Stress - køn, alder og uddannelse

Figur 7.8.5 viser andelen med et højt stressniveau i forhold til køn, alder og uddannelse i 2006, 2010 og 2013. Der er en signifikant mindre andel med et højt stressniveau i 2013 i forhold til 2006 blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 55-64 år
- Personer i alderen 65-74 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Personer med et middelhøjt uddannelsesniveau

Der er en signifikant mindre andel med et højt stressniveau i 2013 i forhold til 2010 blandt:

- Personer i alderen 55-64 år

Sammenfattende er der fra 2006 til 2013 sket et signifikant fald i forekomsten af et højt stressniveau blandt henholdsvis kvinder, personer i alderen 55-74 år samt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.



**FIGUR 7.9.5**

Andel med højt stressniveau - kommuner. Udviklingen 2006-2013 og 2010-2013



## Stress - kommuner

Figur 7.9.5 viser andelen med højt stressniveau i kommunerne i 2006, 2010 og 2013.

Der er ikke sket signifikante ændringer i andelen med højt stressniveau fra 2006 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Lemvig og Aarhus er der imidlertid sket et signifikant fald, idet andelen med højt stressniveau er faldet fra 27 % til henholdsvis 22 % og 24 %. Ligeledes er der i Struer kommune sket et signifikant fald, idet andelen med højt stressniveau er faldet fra 28 % til 24 %.

Der er tilsvarende ikke sket signifikante ændringer i andelen med højt stressniveau fra 2010 til 2013 i hovedparten af kommunerne. I Lemvig og Aarhus er der dog sket et signifikant fald, idet andelen med højt stressniveau er faldet fra 26 % til henholdsvis 22 % og 24 %.

## Referencer

1. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug; 69(3):307-16.
2. Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse. Arbejdsmiljøinstituttet og Institut for Folkesundhedsvidenskab. København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh*. 1997; 38:21-37.
4. World Health Organisation. The first ten years. Geneva: World Health Organisation; 1958.
5. Kalia M. Assessing the economic impact of stress-the modern day hidden epidemic. *Metabolism*. 2002 Jun; 51(6 Suppl 1):49-53.
6. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection - a meta-analysis of prospective studies. *Psychosom Med*. 2010 Okt; 72(8):823-32.
7. Cohen S, Kamarch T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24:385-396.
8. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S, Oskamp S, red. *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage; 1988. p. 31-67.
9. Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 64:131-140.
10. Lazarus RS, Folkmann S. *Stress, appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
11. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. *Hvordan har du det?* Online [internet]. 2008 Dec [citeret 2013 Okt 10]; 5. Tilgængelig fra: <http://www.cfk.rm.dk/projekter/befolkningsunders%C3%B8gelser/hvordan+har+du+det-c7-/udgivelser>

