

Selvopplevd helse, livsstilsfaktorer og sykdom



Av Randi Jepsen,
prosjektjef, ph.d-kandidat, MSc,
sykepleier, Nykøbing Falster sygehus,
Danmark, Institutt for global helse og
samfunnsmedisin, Universitetet i
Bergen, Avdeling for helsefag,
Høgskulen i Sogn og Fjordane



Tadesse Washo Dogisso,
MSc, sykepleier,
Institutt for global helse og
samfunnsmedisin,
Universitetet i Bergen



Elin Dysvik,
professor, sykepleier,
Institutt for helsefag,
Universitetet i Stavanger



John Roger Andersen,
førsteamanuensis, ph.d,
sykepleier,
Avdeling for helsefag,
Høgskulen i Sogn og Fjordane,
Helse Førde



Gerd Karin Natvig,
professor, sykepleier,
Institutt for global helse og
samfunnsmedisin,
Universitetet i Bergen

I **biomedisin defineres helse** som fravær av sykdom, og sykdom forstås og konstateres ut fra målbare avvik i normal biologisk funksjon.¹ Når legfolk derimot skal beskrive og vurdere egen helse inkluderer de mange aspekter som ligger utenfor biologiske referanseverdier og objektive funn.²⁻⁵

Jylhä har laget en modell for selvrapportert helse, som inkluderer sykdom, men også en relativ evaluering av fungering, symptomer, sosioøkonomiske forhold, livsstilsfaktorer, etc.² Selvopplevd helse kan måles med ett spørsmål og har vist prediktiv verdi for blant annet dødelighet.⁶

Studier har vist at livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet,⁷ røyking,⁸ alkoholforbruk⁸ og fedme⁹ henger sammen med selvrapportert helse. Betydningen av sykdom for disse assosiasjoner er ikke klarlagt. Vi gjennomførte

derfor en studie¹⁰ for å undersøke sammenhengen mellom selvrapportert helse og flere livsstilsfaktorer samt den medierende effekt av sykdom.

Utvalg og metode

Vi brukte tverrsnittsdata fra Helseundersøkelsene i Hordaland (HUSK) innsamlet i 1997-99. Studiepopulasjonen besto av alle personer i Hordaland fylke født mellom 1953-57 (29.400). Fullt datasett til vår studie var tilgjengelig for 44% av populasjonen.

Data om selvopplevd helse (ett spørsmål om hvordan helsen er for øyeblikket), livsstilsfaktorer (fysisk aktivitet, tobakksbruk, alkoholforbruk og kroppsmasseindeks), sykdom (koronar hjertesykdom, apopleksi og diabetes) og sosiodemografiske forhold (kjønn, sivilstatus og utdanningsnivå) var innsamlet ved hjelp av spørreskjema. Høyde og vekt var målt av helseper-



sonell. Utvalget ble presentert med deskriptiv statistikk. Vi brukte uni- og multivariat logistisk regresjon til analyse av sammenhenger. HUSK har etisk godkjenning fra Regional komité for forskningsetikk, Helseregion III (referanse nummer 311/97-64.97) og konsesjon fra Datatilsynet (referanse nummer 97/1504-2).

Resultater

I alt 12.883 personer (51,4% kvinner) i alderen 40-44 år var inkludert i studien. Deltakerne er presentert i tabell 1 i vår artikkel.¹⁰ Et stort flertall (87%) rapporterte god eller svært god helse. Tabell 2 viser at røyking, stort forbruk av spiritus og overvekt/fedme var assosiert med dårlig eller ikke helt god helse.¹⁰ Et moderat forbruk av vin eller øl samt lett og hard fysisk aktivitet var positivt assosiert med selvopplevd helse. Sykdom hadde ingen medierende effekt på disse funn.

Diskusjon

Våre funn bekrefter sammenhengen mellom livsstilsfaktorer og selvopplevd helse.⁷⁻⁹ Dessuten er de i tråd med forskning²⁻⁵ som viser at legfolks oppfattelse av helse overskrider biomedisinens definisjon av helse som objektiv observerbar sykdom.¹ Våre funn var således uavhengige av sykdom. ■

KONKLUSJON

Når helsepersonell identifiserer dårlig eller ikke helt god selvopplevd helse hos mennesker midt i livet kan de være oppmerksom på mulige assosiasjoner med fysisk aktivitet, røyking, alkoholbruk og kroppsvekt snarere enn sykdom. Den subjektive opplevelsen av helse kan potensielt åpne for samtale om livsstilsfaktorer.

Referanser

1. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Sciences* 1977;44(4):542-573.
2. Fugelli P, Ingstad B. Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2001;121(30):3600-3604.
3. Herzlich C. Health and illness: a social psychological analysis. London: publ. in coop. with the European Association of Experimental Social Psychology by Academic Press, 1973.
4. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 2009;69(3):307-316.
5. Manderbacka K. Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998;26(2):145-153.
6. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38(1):21-37.
7. Malmberg J, Miilunpalo S, Pasanen M, et al. Characteristics of leisure time physical activity associated with risk of decline in perceived health - a 10-year follow-up of middle-aged and elderly men and women. *Preventive Medicine* 2005;41(1):141-150.
8. Riise T, Moen BE, Nortvedt MW. Occupation, lifestyle factors and health-related quality of life: the Hordaland Health Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 2003;45(3):324-332.
9. Prosper MH, Moczulski VL, Qureshi A. Obesity as a predictor of self-rated health. *American Journal of Health Behavior* 2009;33(3):319-329.
10. Jepsen R, Dogisso TW, Dysvik E, et al. A cross-sectional study of self-reported general health, lifestyle factors, and disease: the Hordaland Health Study. *PeerJ* 2014;2:e609.