

Syddansk Universitet

Campus Esbjerg

Etniske minoriteters sundhed

- oplevet stres, selvvurderet helbred og sundhedsvaner

Vejleder: Carsten Kronborg Bak

Bacheloropgave 2010

Astrid Roll Vitved 050985

Typografiske enheder: 64.032

Abstract

Objective: Due to the lack of knowledge of the health of ethnic minorities on particular areas, I have constructed the following research question: “What is the association between perceived stress and health behavior among ethnic minorities and ethnic Danes in the eastern part of Esbjerg (Kvaglund and Jerne)?” I would furthermore like to investigate, if the percentage of ethnic minorities that suffer from perceived stress and bad self-rated health, respectively, is greater than the percentage of the ethnic Danes also residents in the eastern part of Esbjerg (Kvaglund and Jerne)? Based on the research question, I wish to focus on two main hypotheses: A) The degree of perceived stress affects a person’s health behavior in a way, that a high level of perceived stress causes more inappropriate health behavior for both the ethnic Danes and the ethnic minorities. B) The percentage of ethnic minorities that suffer from bad self-rated health and perceived stress, respectively, is greater than the percentage of ethnic Danes in the same neighborhood.

Methods: The analysis has been made by descriptive statistics; hereby crosstabs with Chi-square tests including variables like age, gender, educational level, perceived stress scale and self-rated health distributed by ethnicity (Danes and non-western immigrants). I have tested the association between health behavior (smoking, physical activity and fruit/vegetables intake) and perceived stress and self-rated health, respectively. Logistic regressions have been conducted to measure confounding and interaction.

Results: The analysis shows, that there is interaction between ethnicity and perceived stress level and I have therefore made separate analysis for the two ethnic groups. For the ethnic Danes there is a significant association between perceived stress and physical activity (OR = 2,2), fruit/vegetable intake (OR = 2,2) and smoking (1,7). The results, applicable for the ethnic minorities, is a significant association between perceived stress and physical activity (OR = 2,7) but not for the fruit/vegetable intake or smoking status.

The associations between ethnicity and perceived stress (p-value = 0,00) and self-rated health (p-value = 0,003) is both significant at level 5 %. Age seems to have a confounding effect.

Conclusion: The hypothesis (A) can be accepted for the ethnic Danes but has to be rejected for the ethnic minorities, except for physical activity. The percentage of non-western immigrants that suffer from perceived stress and bad self-rated health respectively is greater than the percentage of Danes from the same area, and therefore I accept the second hypothesis (B).

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	5
1.1 Etniske minoriteters sundhed i Danmark	6
1.2 Problemformulering:	7
1.3 Begrebsafklaring:	8
1.3.1 Selvvurderet helbred:	8
1.3.2 Stress:	8
1.3.3 Etnisk minoritet:	9
1.3.4 Sundhedsvaner:	9
1.4 Projektbygning:	10
2. Viden om etniske minoriteters sundhed i Danmark:	11
2.1 ”Etniske minoriteters sundhed”	11
2.2 ”Selvvurderet helbred blandt unge fra etniske minoriteter i Danmark”	12
2.3 ”Sundhed blandt etniske minoriteter”	12
2.4 ”Sundhedsprofil for Københavns kommune 2005 – tyrkiske statsborgere”	12
3. Metode.....	14
3.1 Dataindsamling.....	14
3.2 Spørgeskemaets struktur og indhold:	15
3.3 Konstruktion af variable:.....	16
3.3.1 Selvvurderet helbred	16
3.3.2 Etnicitet	16
3.3.3 PSS	17
3.3.4 Sundhedsvaner	17
3.4 Statistisk analyse:	18
3.4.1 Konfundens:	19
3.4.2 Interaktion	19
4. Resultater.....	20
4.1 Deskriptiv statistisk.....	20
4.2 Test af hypotese A.....	21
4.2.1 Test for interaktion	22
4.2.2 Test for Odds Ratio og konfundens.....	23
4.3 Test af hypotese B	26

4.3.1 Test for OR og konfundens	27
5. Diskussion	29
5.1 Hypotese A	29
5.2 Hypotese B	30
6. Konklusion	32
Referenceliste.....	34

Bilag 1: Spørgeskema for Kvaglund / Jerne

Bilag 2: Sundhedsvaner - kodning

Bilag 3: Deskriptiv statistik (SPSS outputs)

Bilag 3.1: Hypotese A (SPSS outputs)

Bilag 3.2: Hypotese B (SPSS outputs)

Bilag 4: Deskriptiv tabel over Kvaglund / Jerne

1. Indledning

På trods af at være et rigt og veludviklet land, eksisterer der i Danmark en stor social ulighed i sundhed. Denne ulighed har konsekvenser for personer i de lavere sociale klasser – dvs. personer med korte uddannelser og lave indkomster (SUSY, 2005). Flere undersøgelser har nemlig vist, at det er de lavere sociale klasser¹, som har flest usunde vaner og dermed den dårligste helbredsstatus (SUSY, 2005; Schnohr et al., 2004; Pedersen, 2007). En måde at definere sociale klasser på er ved at opdele personer efter uddannelsesniveau. Et eksempel på denne inddeling kan være: 1) Chefer og akademikere 2) Mellemledere og personer med 3-4 års videregående uddannelse 3) Funktionærer i øvrigt 4) Faglærte arbejdere 5) Ufaglærte arbejdere (Kingod & Borg, 2000). Sociale klasser kan, udover at være opdelt efter uddannelse, også karakteriseres ved indkomst, erhvervsstilling eller tilknytning til arbejdsmarkedet, geografiske områder eller forskellige etniske grupper (Kjøller et al., 2007). I regeringens nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010 ”Sund Hele Livet” (Regeringen, 2002) nævnes reducere af ulighed i sundhed som et højt prioriteret mål.

Resultater viser (SUSY, 2005), at der i kategorien ”lønmodtagere på højeste niveau” er 83,7 %, som er fysiske aktive for at bevare eller forbedre helbredet, hvorimod det hos arbejdsløse og lønmodtagere på grundniveau kun er henholdsvis 61,6 % og 67,7 %. Tendensen med dårligere sundhedsvaner hos personer med kortere uddannelser, ses også for rygning, alkohol og kostvaner (SUSY, 2005). Der findes flere undersøgelser, som kortlægger danskernes sundhed (SUSY, 2005, Københavns Kommune, 2005) men der er utilstrækkelig viden om socialt udsatte og etniske minoriteters sundhed. Det er derfor vigtigt at opnå en større viden om disse gruppers sundhed, da der ofte ses en væsentlig større *ophobning af sociale og sundhedsmæssige problemer i disse grupper* (Schlæger et al., 2005; Diderichsen et al., 2006). Det er problemer, som kan være mere komplekse at løse og sætte målrettet indsats ind overfor, og hvis samfundet skal have mulighed for at udjævne den sociale ulighed i sundhed, og dermed følge regeringens mål, er det nødvendigt med mere viden omkring etniske minoriteter og socialt udsatte grupper i samfundet.

”SUSY-UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark” (2007) er en undersøgelse, som forsøger at belyse sundhedstilstanden blandt socialt udsatte i Danmark og sammenholde denne med resultaterne fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen fra 2005. Men etniske minoriteter i

¹ Social klasse sidestilles med social position. Betegnelserne bruges i flæng i de fleste undersøgelser, da det nogenlunde er et udtryk for det samme.

er denne undersøgelse ikke medtaget. Der er således en stor mangel og derved et stort behov for mere viden på dette område. *Formålet med denne opgave er således at bidrage med mere viden om etniske minoriteters sundhed* (for definition af etniske minoriteter henvises til kap. 1.4 Begrebsafklaring; 1.4.3 Etnisk minoritet) samt sygelighed fra en bydel i Esbjerg (Kvaglund og Jerne) med en høj koncentration af socialt udsatte danskere og etniske minoriteter, for derved at bidrage til mere målrettet indsats over for disse grupper.

1.1 Etniske minoriteters sundhed i Danmark

En national undersøgelse fra 2008 (Singhammer, 2008) om etniske minoriteters sundhed viser, at der er signifikant forskel i psykisk sundhed mellem etniske minoriteter og etniske danskere. I undersøgelsen er ”psykisk sundhed” målt lige fra respondenternes oplevelse af energi og overskud, lettere stemningsvingninger til depression. Graden af psykisk sundhed måles på en skala fra 1-100, hvor en høj score er lig en god psykisk sundhed (Singhammer, 2008). Graden af psykisk sundhed er bl.a. målt ud fra spørgsmål om stress i dagligdagen, og således kan dårlig psykisk sundhed også være en indikator for stress. Resultaterne fra analysen konkluderer, *at indvandrere i alle etniske minoritetsgrupper har en ”dårligere psykisk sundhed” end danskerne*. Samtidig viser undersøgelsen, at kvinderne har en dårligere psykisk sundhed end mænd, gældende for både etniske minoritetsgrupper og etniske danskere (Singhammer, 2008). Disse resultater indikerer, at der foreligger et stort problem, og derfor ligger undersøgelsen op til at foretage yderligere analyser af etniske minoriteters fysiske og psykiske sundhed. Undersøgelsen fra den østlige del af Esbjerg, som vil danne baggrund for min analyse, adskiller sig væsentligt fra Singhammer (2008) ved, at den tager afsæt i et område med *stor koncentration af udsatte borgere*, som både omfatter etniske danskere samt etniske minoriteter. På den baggrund har jeg valgt at sammenligne undersøgelsens resultater med de etniske danskere, som er bosat i samme boligområde, og som følge deraf har nogenlunde samme socioøkonomiske profil som de etniske minoriteter (eks. uddannelse og indkomst). Dette er i modsætning til Singhammer (2008), som bruger en gennemsnitsdansker til referencegruppe, og derved adskiller min undersøgelse sig yderligere fra Singhammer (2008) samt de fleste nationale og regionale sundhedsundersøgelser (SUSY, 2005). Perspektivet omkring etniske minoriteters sundhed er som nævnt et forholdsvis uudforsket område i den danske litteratur, og hvis det skal lykkes at komme et skridt nærmere en udligning af den sociale ulighed i sundhed i Danmark, er det nødvendigt at indsamle mere viden om disse gruppers sundhedsstatus.

Som nævnt ovenstående er der problemer med den psykiske sundhed blandt etniske minoriteter. En tilstand, som er med til at påvirke den psykiske sundhed negativt, er stress. Stress er blevet et

stigende problem inden for folkesundheden, og flere undersøgelser viser at stress er associeret med usund adfærd som bl.a. rygning og fysisk aktivitet (Jarvis, 2002; Truelsen et al., 2003; Nielsen et al., 2004; Schnohr et al., 2005). Flere af disse studier viser, at personer med et højt stress niveau, oftere har tendens til at indtage en højere mængde alkohol, dyrke mindre motion samt ryge mere (Truelsen et al., 2003). De store nationale studier, hvor stress er medtaget som risikofaktor, er *ikke fuldt ud repræsentative* for den danske befolkning, da der mangler svar fra socialt udsatte grupper samt etniske minoriteter (Nielsen et al., 2008).

1.2 Problemformulering:

Grundet manglen på eksisterende litteratur om etniske minoriteters sundhed samt ønsket om at kunne bidrage til en øget viden om den sociale ulighed i sundhed, finder jeg det relevant at belyse *sammenhængen mellem oplevet stress og sundhedsvaner*. Hvis det skal lykkes at ændre disse gruppers sundhedsvaner, kan det være nødvendigt at tilrettelægge en evt. intervention efter, hvilke faktorer, der spiller ind på deres sundhedsvaner. Jeg er derfor kommet frem til følgende problemformulering:

- **Hvilken sammenhæng er der mellem oplevet stress og sundhedsvaner blandt etniske minoriteter og etniske danskere i den østlige bydel i Esbjerg (Kvaglund og Jerne)?**

Med udgangspunkt i denne problemformulering ønsker jeg at undersøge, om andelen af etniske minoriteter, som lider af et henholdsvis højt oplevet stress niveau og dårligt selvvurderet helbred er større end andelen af etniske danskere i den østlige bydel i Esbjerg (Kvaglund og Jerne)? Med problemstillingen ønsker jeg at fokusere på følgende to hypoteser i undersøgelsen:

- A) Graden af oplevet stress influerer en persons sundhedsvaner således, at et højt stress niveau medfører en tendens til mere uhensigtsmæssige sundhedsvaner - gældende for både etniske minoriteter og etniske danskere.
- B) Andelen af etniske minoriteter, som lider af henholdsvis oplevet stress og dårligt selvvurderet helbred, er større end andelen af etniske danskere i samme boligområde.

Hypoteserne understøttes af flere danske forskningsstudier. Hansen & Kjølner (2006) finder i deres analyse af etniske minoriteters sundhed, at på områder som selvvurderet helbred og oplevet stress, vurderer 35 % af ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab deres helbred som værende nogenlunde, dårligt eller meget dårligt sammenholdt med de øvrige danskere, hvor det kun gælder 19 %. Flere undersøgelser viser, at etniske minoritetsgrupper føler sig mere stressede i hverdagen end de etniske danskere (Københavns kommune, 2006; Hansen & Kjølner, 2006).

Hypoteserne søges af- eller bekræftet ud fra sekundære data fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget i den østlige bydel i Esbjerg (Kvaglund og Jerne) i perioden januar – maj 2009. Der blev foretaget 1160 besøgs – og telefoninterviews med tosprogede interviewere for derved at sikre flest mulige svar fra etniske minoriteter (Hansen, 2010). Dette vil blive uddybet nærmere i metodeafsnittet (kap 3.1). Som referencegruppe anvendes gruppen af etniske danskere fra samme område, for derved at sikre at boligforhold/område ikke spiller en afgørende rolle for de to udfaldsvariabler; Oplevet stress og selvvurderet helbred.

1.3 Begrebsafklaring:

I det følgende vil jeg kort definere de fire hovedbegreber som er opgavens fokus; selvvurderet helbred, stress, etniske minoriteter og sundhedsvaner. Denne præcisering er inddraget for at tydeliggøre, hvordan begreberne anvendes og forstås i nærværende undersøgelse.

1.3.1 Selvvurderet helbred:

Selvvurderet helbred er en vurdering af egen helbredssituation. Denne kan have indflydelse på, hvordan en person reagerer på egen sygdom samt egen sundhedsfremmende – eller forebyggende adfærd. Dermed er en persons vurdering af eget helbred en god faktor til at forudsige dødelighed og sygelighed, og jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, jo højere risiko vil der være for sygelighed eller død i en bestemt opfølgingsperiode (Kristensen, 1998). Flere faktorer spiller ind på vurderingen af eget helbred. Det vil ofte være en helhedsvurdering, hvor ikke kun ens egen, men også familiens helbredssituation tages til efterretning. Hermed vil selvvurderet helbred have fokus på udviklingen af helbredet flere år tilbage, i stedet for kun at tage udgangspunkt i nuværende situation. Derudover vil selvvurderet helbred have betydning for, hvorvidt man vælger at følge lægen eller myndighedernes retningslinjer. Et sidste punkt som er væsentligt er, at en persons selvvurderet helbred i høj grad kan afspejle dennes ressourcer – indre såvel som ydre. Det vil sige, hvorledes en person i tilfælde af sygdom føler indre kontrol, og om man mærker støtte fra sine omgivelser (Idler & Benyamini, 1997).

1.3.2 Stress:

Stress er en tilstand, som har konsekvenser for en persons fysiske og psykiske velbefindende. Det er en interaktion mellem individet og omgivelserne, der føles som en belastning, der går ud over personens ressourcer til håndtering af denne belastning (Lazarus & Folkman, 1984). Styrken samt varigheden af belastningen har betydning for de helbredsmæssige konsekvenser, stress medfører (Kjøller et al., 2007). I denne opgave opereres der med begrebet ”Oplevet Stress Scala”. Begrebet er oversat fra det engelske Percieved Stress Scale (PSS) og er en skala, som

anvendes til måling af oplevet stress. Det er muligt med denne skala at måle i hvilken grad en situation anses som værende stressfuld, dvs. hvor uforudsigelig, ukontrollerbar og overbelastet respondenterne opfatter deres livssituation (Sheldon et al., 1983). Fremover vil dette begreb primært omtales som PSS (se mere herom i metodeafsnittet kap 3.3.3)

1.3.3 Etnisk minoritet:

Etniske minoriteter er et begreb, som anvendes på forskellig vis afhængig af konteksten. De fleste definitioner tager dog udgangspunkt i, at etniske minoriteter er en gruppe, som afviger fra majoritetsbefolkningen ud fra flere karakteristika – bl.a. sprog, religion, fødeland samt familiens oprindelse (Bhopal, 2004).

Danmarks Statistik opererer med to begreber; indvandrere og efterkommere. En indvandrer defineres som en person, der er født i udlandet, og hvor ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Findes der ingen information om nogen af forældrene og personen er født i udlandet, opfattes personen som indvandrer. En efterkommer er en person, som er født i Danmark, og hvor ingen af forældrene er både dansk statsborger og født i Danmark. Hvis der ikke findes nogen informationer om nogle af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, så vil denne opfattes som efterkommer (Danmarks Statistik, 2010).

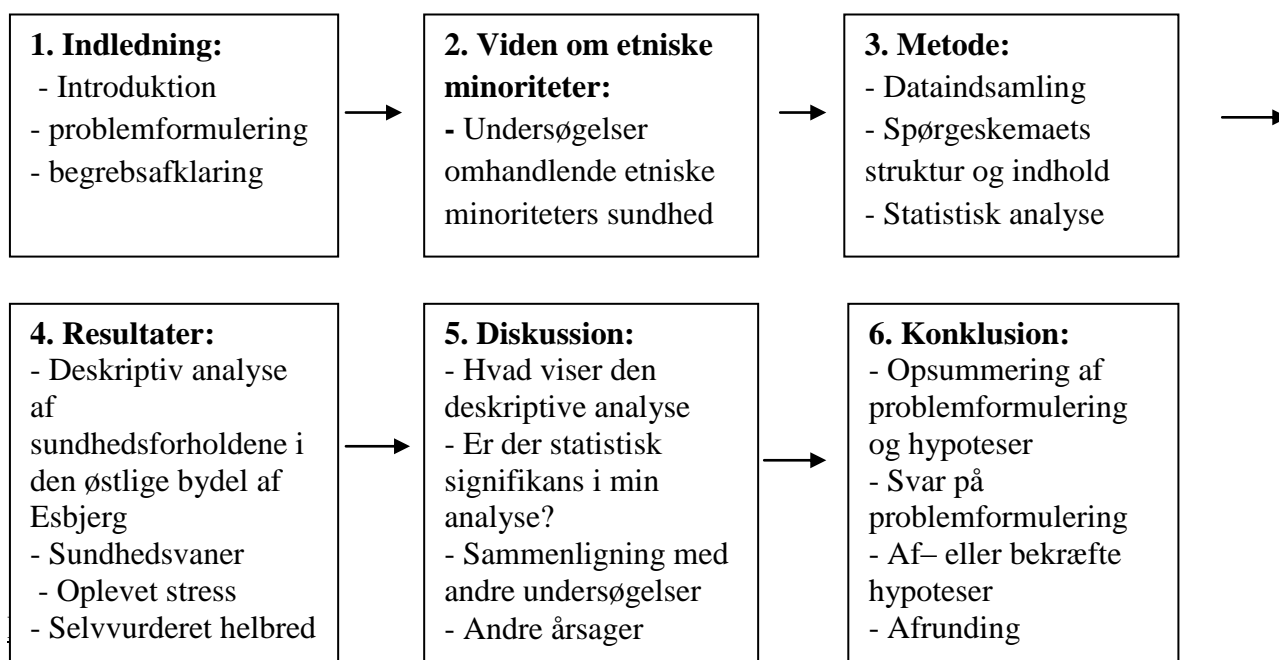
I denne undersøgelse anses en etnisk minoritet som værende en person med anden etnisk baggrund end dansk. I denne undersøgelse fra det østlige Esbjerg har jeg valgt at opdele de etniske minoriteter efter tre kategorier; Dansk, vestlig og ikke-vestlig, hvor vestlig refererer til etniske minoriteter fra Europa, USA eller Canada og ikke-vestlig betegner personer med baggrunde fra Tyrkiet, Vietnam, Mellemøsten, Afrika, Østeuropa og Østasien.

Indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande udgør pr. 1. januar 2010 i Danmark 363.357 med både dansk og udenlandsk statsborgerskab, og derved udgør de etniske minoriteter en væsentlig del af befolkningen (Danmarks statistisk, 2010).

1.3.4 Sundhedsvaner:

Sundhedsvaner er i denne opgave defineret ud fra fire variable; Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Herved dækkes alle KRAM – faktorerne som anses for at være de mest gængse indikatorer på sundhed i Danmark. Det forholder sig således, at de livsstilsfaktorer, der har størst betydning for alvorlig sygdom og for tidlig død i Danmark, er tobaksrygning, fysisk inaktivitet, dårlig kost og stort alkoholforbrug (Christensen, 2009).

1.4 Projektbygning:



Indledning: I dette kapitel vil jeg forsøge at give et overblik over, hvorfor det er samfundsmæssigt relevant at bidrage med viden om etniske minoriteters sundhedstilstand. Afsnittet vil starte med en introduktion til emnet, beskrivelse af problemformuleringen samt en begrebsafklaring af de fire hovedbegreber.

Viden om etniske minoriteter: Dette kapitel omhandler den eksisterende litteratur på området. Det er ikke hensigten med afsnittet at foretage en systematisk gennemgang af alle tidligere studier af etniske minoriteter, men jeg har valgt at medtage nogle af de danske studier, som jeg finder relevante i min undersøgelse.

Metode: Metodeafsnittet er en beskrivelse af hvordan data er indsamlet, og jeg vil herunder komme ind på begrebet validitet. Metodeafsnittet beskriver også hvilke statistiske analyser, jeg benytter mig af til besvarelse af problemformulering samt hypoteser.

Resultater: Resultaterne fra mine analyser vil her blive præsenteret; Deskriptiv statistik samt analyserne for de to hypoteser.

Diskussion: Diskussion af resultater på baggrund af signifikans, tidligere undersøgelser samt andre bagvedliggende årsager. Derudover vil jeg vurdere, hvorvidt analysen reelt har bidraget med mere og brugbar viden om etniske minoriteter.

Konklusion: En opsummering af hele undersøgelsen, hvor problemformuleringen samt hypoteserne vil blive besvaret efterfulgt af en kort afrunding af projektet.

2. Viden om etniske minoriteters sundhed i Danmark:

I dette afsnit vil jeg forsøge at skabe et overblik over tidligere danske undersøgelser omhandlende etniske minoriteters sundhed. Jeg har som beskrevet valgt ikke at lave en systematisk gennemgang af alt eksisterende litteratur, men udvalgt relevante danske eksempler på undersøgelser. Det er hensigten med dette afsnit at understrege manglen på viden på de bestemte områder, hvor der er brug for mere viden. Jeg har valgt kun at medtage de emner, som har relevans for min analyse, dvs. emner som oplevet stress, selvvurderet helbred og sundhedsvaner i form af kost, rygning, alkohol eller motion.

2.1 ”Etniske minoriteters sundhed”

En af de nyeste undersøgelser omhandlende etniske minoriteters sundhed (Singhammer, 2008) viser, at 22-48 % af indvandrere har dårligt selvvurderet helbred i forhold til kun 10 % blandt de etniske danskere. Dog ses der ingen signifikante forskelle blandt efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet sammenlignet med de etniske danskere. For de etniske minoriteter gælder det, at andelen med dårligt selvvurderet helbred er højere i de ældste aldersgrupper end i de yngste. Forskellen mellem de yngre og ældre er langt større hos de etniske grupper end hos de danske. For alle grupperne gælder det, at der i højere grad ses en tendens til at have et dårligere selvvurderet helbred for kvinderne end for mændene.

I den omtalte rapport er der ikke blevet målt på oplevet stress blandt respondenterne. Derimod er der formuleret spørgsmål ang. personernes psykiske sundhed. Denne variabel har jeg valgt at medtage i denne litteraturgennemgang, da den på mange områder læner sig op ad stress begrebet. Resultaterne fra analysen viser, at de etniske minoriteter har en signifikant dårligere sundhed end de etniske danskere. Ydermere viser det sig, at den psykiske sundhed er dårligst blandt de ældre etniske minoriteter, hvorimod det hos de etniske danskere viser sig at være den yngre målgruppe, som lider af den dårligste psykiske sundhed. Som det også var tilfældet for selvvurderet helbred, er det også her kvinderne, som har den dårligste psykiske sundhed i alle etniske grupper. I forhold til sundhedsvaner blandt de etniske minoriteter viser undersøgelsen, at 33-40 % af indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Libanon/Palæstina og Tyrkiet ryger dagligt sammenlignet med 25 % blandt etniske danskere. Samtidig angiver Singhammer (2008), at 32-44 % af indvandrere fra Libanon/Palæstina, Iran, Pakistan og Irak går højst 30 min. om dagen sammenholdt med 24 % af de etniske danskere (Singhammer, 2008).

2.2 ”Selvvurderet helbred blandt unge fra etniske minoriteter i Danmark”

I et andet studie fra Danmark (Bennedsen et al., 2006) angående selvvurderet helbred blandt unge fra etniske minoriteter, blev 6203 elever i 9. klasse spurgt om selvvurderet helbred. Undersøgelsen foregik via computerbaseret spørgeskemaer, og ud af de 6203 elever besvarede 264 indvandrere og 391 efterkommere fra ikke-vestlige lande spørgeskemaet. Undersøgelsens formål var at vurdere forskellene i selvvurderet helbred mellem de etniske minoriteter og de etniske danskere. Resultaterne viste, at de etniske unge havde et dårligere selvvurderet helbred sammenlignet med de unge danskere. Dette var dog kun signifikant for pigerne, hvor 25 % af de etniske piger havde et dårlig selvvurderet helbred mod 19 % af de danske piger. Dette resultat var ikke signifikant for drengene i undersøgelsen. Studiet konkluderer, at der foreligger en direkte sammenhæng mellem etnicitet og selvvurderet helbred (Bennedsen et al., 2006).

2.3 ”Sundhed blandt etniske minoriteter”

Hansen og Kjølner (2006) har skrevet et arbejdsnotat vedrørende etniske minoriteters sundhed i Danmark som et bidrag til Sundheds – og Sygelighedsundersøgelsen fra 2005 (SUSY, 2005), da denne ikke har inkluderet etniske minoriteter. Hansen & Kjølner har valgt at sammenligne ikke-vestlige indvandreres sundhed med danskernes gennem mange interviews med etniske minoriteter. Resultaterne viser, at 35 % af indvandrerne vurderer deres helbred som værende nogenlunde, dårligt eller meget dårligt mod 19 % hos danskerne. En Odds Ratio (OR) på 2,62 viser, at over dobbelt så mange af de ikke-vestlige indvandrere vurderer deres helbred som negativt i forhold til danskerne. Angående stress, så føler 67,1 % af de ikke-vestlige indvandrere at de ofte eller af og til føler sig stressede i dagligdagen. Dette er gældende for 50,7 % af danskerne, hvilket også vidner om en forskel i forhold til stress. OR=1,96, dvs. at næsten dobbelt så mange indvandrere som danskere føler sig stresset. Begge konklusioner er statistiske signifikante. Med henblik på forskelle i sundhedsvaner for de to grupper viser undersøgelsen, at der er signifikant forskel i fysisk aktivitet. Antallet af etniske minoriteter, som er stillesiddende udgør 25,8 % mod blot 10,6 % af de etniske danskere (OR= 2,86). Forskellen i indtagelse af grøntsager mellem de etniske minoriteter og de etniske danskere er ligeledes signifikant. Her viser det sig, at 36 % af de etniske minoriteter spiser grøntsager, hvorimod kun 20,1 % af de etniske danskere gør det. Dette vidner om en bedre sundhedsvane hos de ikke-vestlige indvandrere. For rygning er der ikke signifikant forskel. Hansen & Kjølner (2006) konkluderer, at der er yderligere brug for undersøgelser for at underbygge og belyse sundhedsforholdene blandt etniske minoriteter i Danmark.

2.4 ”Sundhedsprofil for Københavns kommune 2005 – tyrkiske statsborgere”

Københavns Kommunes Sundhedsprofil for Tyrkiske Statsborgere fra 2005 bidrager ligeledes til statistikken omkring etniske minoriteters dårlige sundhedsvaner. I rapporten oplyses der, at 46 % af de tyrkiske borgere i København ryger dagligt, hvorimod kun 28 % af de generelle københavnere ryger. På motionsområdet ses lignende resultater. Her anslås det, at over 50 % af Københavns tyrkiske statsborgere har stillesiddende fritidsaktiviteter. Dette er kun gældende for mindre end 20 % af de københavnske borgere, hvilket indikerer, at der er store forskelle i sundhedsvaner blandt en gruppe af etniske minoriteter sammenlignet med de etniske danskere i København (Københavns Kommune, 2006).

Samlet set viser disse studier, at etniske minoriteter generelt har en dårligere sundhed samt større sygelighed end gennemsnitsdanskeren. Dette gør sig gældende på flere områder. Bl.a. føler de sig mere stresset i hverdagen og vurderer deres helbred som værende dårligt. Etniske minoriteter har en dårligere psykisk sundhed end den almindelige dansker. Samtidig viser de tre undersøgelser også, at der er behov for mere viden omkring etniske minoriteters sundhed og sygelighed.

3. Metode

I dette kapitel vil jeg beskrive, hvorledes min problemformulering og hypoteser søges afklaret. Jeg vil gå i dybden med, hvordan data er blevet indsamlet samt komme med eksempler på spørgeskemaets struktur og indhold - primært ud fra en forståelsesmodel anvendt ved tidligere nationale sundheds – og sygelighedsundersøgelser (SUSY, 2005). Dernæst vil jeg beskrive de analysemetoder, som jeg har valgt at gøre brug af i opgaven.

3.1 Dataindsamling

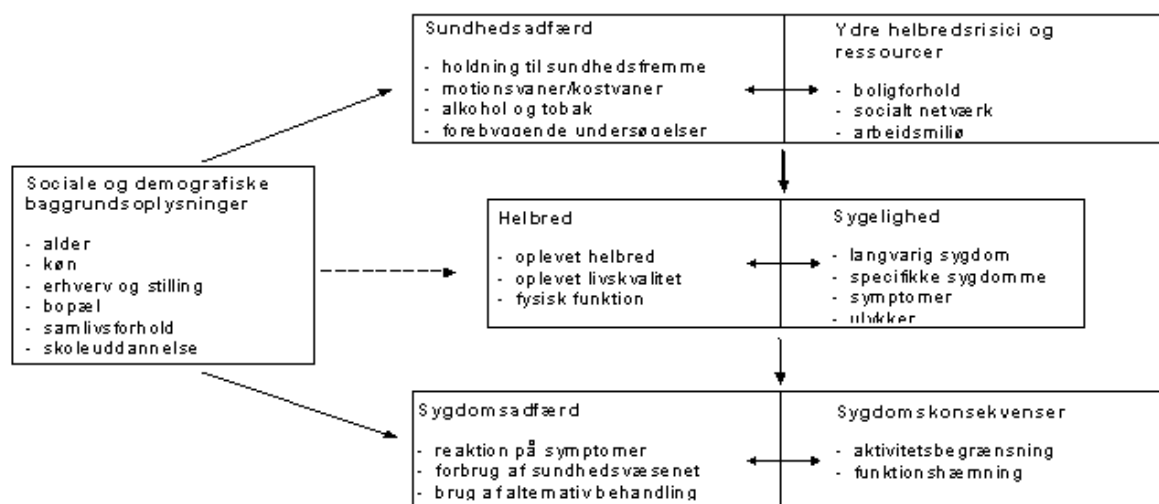
Undersøgelsen bygger på sekundære data indsamlet i den østlige bydel af Esbjerg (Kvaglund og Jerne). Data er indsamlet i perioden januar-maj i 2009 via besøgs- og telefoninterviews fra 1160 borgere på 16 år eller derover. Sundhedsprofilen, som er udarbejdet på baggrund af dataindsamlingen, er baseret på et spørgeskema udarbejdet i et samarbejde mellem Syddansk Universitet i Esbjerg, Esbjerg Kommune og Sundhuset². Spørgeskemaet tager udgangspunkt i den nationale Sundheds – og Sygeligheds undersøgelse fra 2005 (SUSY, 2005) og kan derved sammenlignes med landsdækkende tal på de fleste spørgsmål. Sundhedsprofilen er en del af basisgrundlaget for planlægning samt udførelse af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, som Sundhuset udfører i den østlige bydel af Esbjerg. Den beskriver forekomsten samt fordelingen af sundhed og sygelighed blandt borgerne, og forsøger at dække områder som helbredsrelateret livskvalitet, sygdom, sygelighed, sygdomsadfærd og sociale relationer (Hansen, 2010). Telefoninterviewene er foretaget af konsulenthuset, Capacent Epinion, som har anvendt tosprogede interviewere, for derved at opnå størst mulig svarprocent. Hensigten var at sikre, at man ikke udelukkede de etniske borgere, som har svært ved det danske sprog. Besøgsinterviewene blev foretaget af flere sundhedscoaches fra Esbjerg Kommune og blev af samme årsag bistået af en tosproget tolk, hvor det var nødvendigt. Interviewpersonerne blev fundet via den etniske forening ”Mosaikken” som er et værested for etniske ældre borgere (Hansen, 2010). Denne metode med tosprogede interviewere er anvendt for at optimere validiteten. Validiteten refererer til gyldigheden, dvs. at undersøgelsen i realiteten måler det, som den giver sig ud for at måle, og at resultaterne ikke skyldes eksterne faktorer, held eller statistisk manipulation (Madsen, 2007;Cottrell & McKenzie, 2005). For at sikre kvaliteten i et spørgeskema og validere sine spørgsmål er det vigtigt at foretage en pilotundersøgelse (Münster,

² Sundhuset er et forebyggende og sundhedsfremmende hus for boligforeningerne i Ungdomsbo og B32. De arbejder generelt med at forbedre beboernes faciliteter for at kunne leve et sundt liv. Kilde: sundhuset.com

2007). I midten af januar 2009 blev der udført en pilotundersøgelse af projektet blandt 25-30 indvandrere med ikke-vestlig baggrund i den østlige bydel af Esbjerg. Formålet var til dels at afklare relevans og dels at få respondenternes opfattelse af de enkelte spørgsmål om sundhed og sygelighed i spørgeskemaet, for derved at kunne ændre eller justere disse spørgsmål. Pilotundersøgelsen var således også med til at sikre undersøgelsens validitet.

3.2 Spørgeskemaets struktur og indhold:

Spørgeskemaet fra den østlige bydel i Esbjerg, som anvendes i denne undersøgelse, er opstillet med udgangspunkt i den nationale sundheds – og sygelighedsundersøgelse (SUSY, 2005), der er baseret på en traditionel, epidemiologisk forståelsesmodel. Denne model opererer med diverse risikofaktorer, som kan påvirke sygdom samt tilhørende konsekvenser.



Figur 1. Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, 2010.

Figuren viser, hvilke områder, der stilles spørgsmål indenfor, og hvordan disse påvirker hinanden. De øverste to kasser (sundhedsadfærd og ydre helbredsrisici og ressourcer) influerer ikke kun hinanden, men også helbred og sygelighed, som så påvirker sygdomsadfærd samt sygdomskonsekvenser. Figuren illustrerer hvorledes samspillet udfolder sig mellem disse faktorer, og dermed vigtigheden af at spørge ind til flere emner/perspektiver i en spørgeskemaundersøgelse omhandlende sundhed.

Det anvendte spørgeskema fra den østlige bydel i Esbjerg indeholder 48 spørgsmål (bilag 1) fordelt omkring emner som socio-demografiske baggrundsspørgsmål (køn, alder, samlivsstatus osv.), helbredsrelateret livskvalitet, sygdomme/gener/symptomer, sundhedsvæsenet og medicin, sundhedsvaner samt socialt netværk. Alle emnerne fra modellen er således søgt dækket. Spørgsmål omhandlende helbredsrelateret livskvalitet er konstrueret ud fra emnerne oplevet stress og selv vurderet helbred. F.eks. ”Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at

kontrollere de vigtige ting i dit liv?" med tilhørende svarmuligheder: "Aldrig", "Næsten aldrig", "En gang imellem", "Ofte", "Meget ofte". Disse svarmuligheder er gældende for alle spørgsmål omhandlende oplevet stress.

3.3 Konstruktion af variable:

3.3.1 Selvvurderet helbred

I denne opgave er selvvurderet helbred defineret ud fra respondenternes svar på følgende spørgsmål: "Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?" med tilhørende svarmuligheder: "virkelig god", "god", "nogenlunde", "dårlig" og "meget dårlig". Jeg har valgt at kode variablen således, at de to første svarmuligheder betegnes som et godt helbred og er blevet omkodet til værdien 0, hvorimod de tre næste betragtes som dårligt helbred og derved har kodeværdien 1.

3.3.2 Etnicitet

Følgende større undergrupper er blevet identificeret blandt respondenterne: Tyrkiet (n=39), Vietnam (n=41), Mellemøsten (n=64), Afrika (n=30), Østeuropa (n=82), Østasien (n=17), Europa/USA/Canada (n=34) og Danmark (n=851).

Da jeg har valgt at opdele respondenterne i ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere, er det nødvendigt at lave en ny variabel. I det nuværende datasæt findes der to variable for etnicitet; de etniske undergrupper opdelt efter hvert enkelt land og dansker/ikke-dansker. Den variabel, jeg har udarbejdet, er opdelt i tre kategorier; "dansk", "vestlig" og "ikke-vestlig". Denne opdeling gør det muligt at måle ikke-vestliges sundhedstilstand sammenholdt med de danskes, og derved fjerne fokus fra de vestlige indvandrere, hvilket vil øge sammenligneligheden med andre studier (f.eks. Singhammer, 2008 og Hansen & Kjølner, 2007). Kategorien "vestlig" indeholder personer fra følgende lande: Norge, Grønland, Holland, Tyskland, Færøerne, Finland, Sverige, England, Island, Skotland, Schweiz, Italien, Frankrig, Amerika og Canada. Ikke-vestlig indvandrer omfatter nationaliteter fra alle andre lande repræsenteret i undersøgelsen end de ovenstående samt Danmark.

3.3.3 PSS

Spørgsmålene i PSS omhandler borgernes følelser omkring stressede situationer, og belyser i hvilken grad, borgeren vurderer en situation som værende stresset. Skalaen anses som værende valid og er bedre til at forudsige sundhed og helbredsrelateret konsekvenser end en mere objektiv måleform (Cohen, 1986). PSS er en god metode til nærmere at undersøge vigtigheden af, hvorvidt en person vurderer en hændelse som værende stressfuld i forhold til sygdom (Cohen, 1986).

PSS i spørgeskemaet er blevet udregnet ud fra respondenternes svar på spørgsmål om oplevet stress. Ud fra hvert spørgsmål er svarene blevet omregnet til en score, hvor en høj score indikerer et højt niveau af oplevet stress. I denne undersøgelse betyder det, at personer med en score 0-16 betegnes som ikke stresset, hvorimod en score fra 17-40 angiver, at personen er stresset. Der vil være forskel på, hvilken værdi en svarmulighed har alt efter, hvorledes spørgsmålet er stillet. F.eks. ”Hvor ofte har du følt, at du var i stand til at klare dine problemer?” vil svaret ”Aldrig” give en værdi på 4 point, hvor ”Meget ofte” får værdien 0. Dette skyldes, at spørgsmålet er positivt formuleret. En formulering modsat denne, lyder således: ”Hvor ofte har du følt dig nervøs og stresset?”. Her vil svaret ”Aldrig” i stedet give 0 point, hvorimod ”Meget ofte” er lig 4 point, da dette spørgsmål er negativt formuleret. Hvert spørgsmål kan give en maksimal score på 4, og da spørgeskemaet indeholder 10 spørgsmål om stress, giver det samlet set 40 point, hvilket er ensbetydende med det højeste niveau af oplevet stress.

Derudover er der blevet udformet en ny variabel, hvor værdierne er blevet samlet og inddelt i intervaller. Værdien 0-6 tildeles betegnelsen 1, 7-9 point = 2, 10-12 point = 3, 13-16 point = 4 og 17-40 point = 5. Tilhører en person kategori 5, har man et højt niveau af oplevet stress, men har respondenten derimod en samlet værdi under 17, betegnes personen ikke som stresset. Jeg har derudover valgt at omkode variabelen, så den kun indeholder to mulige svar; stresset og ikke stresset. Så kodeværdierne 1-4 omkodes til 0 og 5 → 1.

3.3.4 Sundhedsvaner

Variablerne til de enkelte sundhedsvaner er primært konstrueret ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger på de forskellige områder inden for sundhed. De er kodet således, at cases (de, som er usunde) = 1 og kontrollerne (de, som lever sundt) = 0. Sundhedsvaner omfatter en persons adfærd på følgende områder: Motion, kost, rygning og alkohol. Hvorledes disse er blevet konstrueret samt omkodet vil i det følgende kort blive beskrevet. (For nærmere uddybning henvises til bilag 2).

Motion: Opgøres ud fra mængden af fysisk aktivitet – ”hård træning flere gange ugentligt”, ”motion min. 4 timer om ugen”, ”lettere motion min. 4 timer om ugen” og ”stillesiddende”. Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området lyder på min. 30 minutters fysisk aktivitet om dagen (Sundhedsstyrelsen, 2010).

Kost: Vedrører en persons madvaner og er i spørgeskemaet defineret ud fra flere forskellige madvaner såsom brød, frugt, pasta, slik m.m. Jeg har valgt at afgrænse min definition af kost til mængden af frugt og grønt, da kostrådet fra Sundhedsstyrelsen lyder på 600 g. frugt og grønt om dagen (Sundhedsstyrelsen, d.17/05-2010).

Ryging: Rygestatus er afklaret ud fra følgende spørgsmål: ”Ryger du dagligt?” med tilhørende svarmuligheder: ”Ja, dagligt”, ”Ja, en gang om ugen”, ”Ja, men sjældent”, ”Nej, jeg er holdt op” eller ”Nej, jeg har aldrig røget”. Ved at opdele svarmulighederne så detaljeret sikrer man, at alle de som ryger opfanges og medtages i statistikken. Derfor vil personerne i de tre første svarkategorier benævnes som rygere og de to sidste som ikke-rygere.

Alkohol: Alkohol siges at være sundt i moderate mængder, men overskrides Sundhedsstyrelsens genstandsanbefalinger på max. 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd, så betegnes alkohol som værende usundt (Sundhedsstyrelsen, 2005). Da der ikke viste sig at være nok respondenter i gruppen, der overskred Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, til at kunne foretage statistiske signifikante analyser, er det valgt at ekskludere denne variabel.

3.4 Statistisk analyse:

Jeg har valgt at starte med en *deskriptiv analyse af forholdene i den østlige bydel af Esbjerg*, hvor jeg vil angive undersøgelsespopulationens repræsentativitet fordelt på alder, køn, uddannelse, fysisk aktivitet, kost, rygning, oplevet stress og selvvurderet helbred i forhold til etnicitet. Denne oversigt gives for at skabe en basisviden om respondenterne, og derved give læseren et overblik over fordelingen blandt beboerne i Kvaglund og Jerne.

For test af hypotese A laves en *krydstabel med tilhørende chi-square test* for at se, om der er sammenhæng mellem PSS og forskellige sundhedsvaner. Dernæst vil jeg teste for *interaktion mellem etnicitet og PSS*. Til sidst udføres en *logistisk regressionsanalyse*, hvor der måles, hvilken sammenhæng der forefindes mellem de to variable.

For at teste min anden hypotese (B) er det valgt at lave en *krydstabel* for henholdsvis de etniske danskere og ikke-vestlige indvandrere i forhold til opleves stress og selvvurderet helbred med tilhørende test for signifikans. Til sidst vil jeg lave *logistiske regressionsanalyser* for at teste for sammenhængen samt om alder og køn skulle have en *konfunderende effekt*. Analyserne udføres i SPSS version 18.0.

3.4.1 Konfundens:

I denne analyse vil jeg teste, hvorledes alder og køn skulle have en konfunderende effekt på sammenhængen mellem PSS og sundhedsvaner (motion, kost og rygning) samt for etnicitet og helbredsrelateret livskvalitet (PSS og selv vurderet helbred). Hvis dette er tilfældet betyder det, at effekten af alder og køn på oplevet stress niveau forveksles med effekten af etnicitet. Dette testes der for i en logistisk regressionsanalyse ved at medtage den/de mulige konfunderende variable som uafhængige variable i analysen. Hvis det viser sig, at alder eller køn har en konfunderende effekt skal disse medtages i alle videre analyser, for at sikre korrekte resultater. I min analyse er det som nævnt valgt at teste for konfundens med variablerne alder og køn, da både alder og kønsfordelingen mellem de etniske minoriteter og de etniske danskere er forskellig (jf. afsnit 4.1) og således kan påtænkes at have en effekt.

3.4.2 Interaktion

At der er interaktion mellem to uafhængige variable betyder, at effekten af eksponeringsvariablen er forskellig for forskellige værdier af den anden variabel (Rosner, 2006). I denne kontekst betyder det, at hvis effekten af PSS på Sundhedsvaner er forskellig alt efter om man er dansker eller ikke-vestlig indvandrer, så er der interaktion mellem etnicitet og PSS. Konsekvensen af dette er, at alle videre analyser skal splittes op efter etnicitet, dvs. ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere. Hvis der ikke forekommer interaktion mellem de to variable, er det ikke nødvendigt at lave separate analyser for henholdsvis etniske danskere og etniske minoriteter.

4. Resultater

I dette kapitel vil jeg præsentere resultaterne af mine statistiske analyser (for alle oprindelige SPSS outputs refereres til bilag 3, 3.1 og 3.2). Først har jeg på baggrund af krydstabeller lavet en oversigt over etniske minoriteter og etniske danskere fra Kvaglund og Jerne i Esbjerg fordelt på forskellige baggrundsfaktorer. Dernæst har jeg søgt at af- eller bekræfte mine to hypoteser som et led i en besvarelse af problemformuleringen.

4.1 Deskriptiv statistisk

Nedenfor gives en beskrivelse af ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere i forhold til demografiske og helbredsrelaterede variable i den østlige bydel i Esbjerg (Kvaglund og Jerne) (Se bilag 3 for de deskriptive outputs fra SPSS samt bilag 4 for tabel).

Demografiske variable (alder, køn, uddannelsesniveau):

For danskerne gælder det, at det er aldersgruppen 45-64 år, hvor størstedelen af beboerne befinder sig (38,9 %). Anderledes ser det ud for de ikke-vestlige indvandrere, hvor majoriteten af beboerne viser sig at være mellem 25-44 år (42,9 %). Derved er der aldersmæssig forskel på de to grupper. Kønsoptionen for de etniske danskere er nogenlunde ligeligt fordelt med 48,1 % kvinder og 51,9 % mænd. De ikke-vestlige indvandrere består af 59,3 % kvinder og kun 40,7 % mænd. Derved er der en overvægt af etniske kvinder i min undersøgelsespopulation. Hvilken type uddannelse de to grupper besidder er opdelt efter lang, middel, kort og uoplyst. De etniske minoriteter har i størst grad uoplyst uddannelsesniveau (36,6 %) og derefter er kategorien ”kort” den dominerende med 29,3 %. Hos danskerne har ca. ligeså mange en kort uddannelse (29,4 %) som hos indvandrerne, og derudover har 46,3 % et middel uddannelsesniveau.

Sundhedsvaner:

For variablene motion, kost og rygning gælder det, at der er forskel på de to etniske grupper. Der er flere af de etniske minoriteter (37 %), som primært har stillesiddende aktiviteter, hvorimod dette kun gælder for 19,3 % af de etniske danskere. Men hensyn til både kost og rygning viser tabellen, at de etniske danskere har dårligere sundhedsvaner end de ikke-vestlige indvandrere, da hhv. 13,2 % og 30,0 % af de ikke-vestlige indvandrere ikke spiser grøntsager samt ryger, mod hhv. 19,3 % og 38,2 % af de etniske danskere.

Helbredsrelateret livskvalitet:

Oplevet stress (PSS) og selv vurderet helbred er indikatorer for helbredsrelateret livskvalitet. 31,6 % af de ikke-vestlige indvandrere lider af oplevet stress mod 14,4 % af de etniske danskere. For selv vurderet helbred viser tallene, at 49,8 % af de etniske minoriteter samt 39,6 % af de etniske danskere vurderer deres helbred som værende dårligt.

4.2 Test af hypotese A

For at teste hypotese A, som siger, *at graden af oplevet stress (PSS) influerer en persons sundhedsvaner således, at et højt stress niveau medfører en tendens til dårligere sundhedsvaner*, vil jeg lave krydstabeller med tilhørende chi-square test, for derved at teste om der overordnet skulle være en sammenhæng mellem PSS og de forskellige sundhedsvaner; motion, kost og rygning. Derefter vil jeg teste for interaktion mellem etnicitet og PSS. Afslutningsvis vil jeg lave logistiske regressionsanalyser for at teste hvilken sammenhæng der er for PSS og div. sundhedsvaner samt teste for, om alder og køn skulle have en konfunderende effekt (se bilag 3.1 for SPSS outputs)

Tabel 2 viser forskellen i sundhedsvaner for henholdsvis motion, kost og rygning efter stressniveau. 38,3 % af de personer, som lider af stress er stillesiddende, hvorimod kun 19,3 % af de ikke-stressede har overvejende stillesiddende aktiviteter i fritiden. Andelen af personer, som lider af stress og ikke spiser nok frugt og grøntsager, er 24,9 %, hvorimod 17,3 % af de, som ikke lider af stress, spiser for lidt grønt. Tabellen viser samtidig en lille overvægt af rygere hos personer, der lider af stress. 42 % af de, som lider af stress ryger, hvorimod der er 36,5 % der ryger af de, som ikke er stressede.

For at teste om der er sammenhæng mellem PSS og sundhedsvaner tages p-værdien i betragtning. For både motion og kost gælder det, at da p-værdierne (0,00 og 0,014) er under 0,05 forkastes den opstillede hypotese H_0 på niveau 5 %, som siger, at der ikke er sammenhæng mellem oplevet stress og hhv. motion og kost. *Der er altså både signifikant sammenhæng mellem PSS og motion samt PSS og kost. Testet for rygning er ikke signifikant.* Da p-værdien $0,153 > 0,05$ kan H_0 ikke forkastes på niveau 5 %, og den lille sammenhæng som blev observeret i den foregående tabel, er altså ikke signifikant.

Tabel 1: Sammenhæng mellem PSS og Motion, Kost og Rygning

	Stresset (%)	Ikke stresset (%)
Motion		
Stillesiddende	38,3	19,3
Aktiv	61,7	80,7
Kost		
Ikke nok grønt	24,9	17,3
Nok grønt	75,1	82,7
Rygning		
Ryger	42	36,5
Ikke ryger	58	63,5
Signifikans	Chi – square	P-værdi
Motion	32,773	0,00
Kost	6,022	0,014
Rygning	2,043	0,153

4.2.1 Test for interaktion

I det følgende vil jeg teste for interaktion mellem etnicitet og oplevet stressniveau i forhold til sundhedsvaner. Hvis dette er tilfældet, vil det være nødvendigt at splitte filen etnicitet i fremtidige analyser. Teststørrelsen for testet om interaktion er for alle tre variable høj og har tilhørende p-værdier, som alle er 0,000 (tabel 2). Da disse er under 0,05 forkaster jeg hypotesen på niveau 5 % om, at der ingen interaktion er. Dette betyder, at der er interaktion mellem etnicitet og oplevet stress niveau for alle tre variable. *Det er altså muligt at konkludere, at det har betydning for effekten af PSS for en persons sundhedsvaner, om man er etnisk dansker eller etnisk minoritet.* Derfor vil jeg i de følgende analyser, hvor sammenhængen mellem PSS og sundhedsvaner testes, lave separate analyser for de to etniske grupper.

Tabel 2: Test for interaktion mellem etnicitet og PSS

Interaktion	Teststørrelse	P-værdi
Motion:		
PSS * Etnicitet	74,821	0,000
Kost		
PSS * Etnicitet	151,197	0,000
Rygning		
PSS * Etnicitet	29,505	0,000

4.2.2 Test for Odds Ratio og konfundens

Jeg vil i det følgende teste for sammenhængen mellem PSS og sundhedsvaner som motion, kost og rygning samt teste for, om alder og køn skulle have en konfunderende effekt på denne sammenhæng. Da den foregående test viste, at der er interaktion mellem PSS og etnicitet er det nødvendigt at opdele analysen for hver af de to etniske grupper; de ikke-vestlige indvandrere og de etniske danskere.

Jeg vil først lave en logistisk regressionsanalyse uden at medtage de konfunderende variable, hvor variabelen PSS er kodet således, at ”stresset” har kodeværdien 1 og ”ikke stresset” er sat til referenceramme, og har derved koden 0. Dernæst udfører jeg samme analyse, hvor de konfunderende variable er medtaget.

Motion (tabel 3):

For at finde ud af, hvorvidt de enkelte faktorer har en konfunderende effekt, er det nødvendigt at udregne, hvor meget risikoestimatet (OR) har ændret sig. Dette gøres ved følgende formel: $OR (uden) - OR (Justeret) / OR (uden)$. *Alder: $2,171 - 2,349 / 2,171 \approx 8,2 \%$, køn: $2,171 - 2,180 / 2,171 \approx 0,4 \%$* . Da ingen af de to risikoestimer afviger mere end 10 %, har hverken alder eller køn en konfunderende effekt på sammenhængen mellem PSS og motion gældende for de etniske danskere.

Det anvendte risikoestimat er altså: $OR = 2,171$, hvilket i denne kontekst betyder, at *etniske danskere, som lider af oplevet stress, har 2,171 gange så stor sandsynlighed for at have mere stillesiddende aktiviteter end de, som ikke lider af oplevet stress*. Resultatet er signifikant på niveau 5 %, da 1 ikke er indeholdt i konfidensintervallet. Jeg vil foretage beregninger for OR for alle mine udfaldsvariable; motion, kost og rygning for både etniske danskere og etniske minoriteter.

For de ikke-vestlige indvandrere viser beregningerne, at OR ikke afviger med mere end 10 % for nogle af de to variable, så hverken alder eller køn har en konfunderende effekt på sammenhængen mellem PSS og motion gældende for de ikke-vestlige indvandrere. Dette betyder, at *ikke-vestlige indvandrere, som lider af oplevet stress, har 2,697 gange større risiko for at have stillesiddende fritidsaktiviteter end de ikke-vestlige indvandrere, som ikke føler sig stressede*. Da 1 ikke er indeholdt i konfidensintervallet er resultatet signifikant på niveau 5 %.

Tabel 3: Sammenhæng mellem PSS og motion:

Etniske danskere	Motion*	Justeret for alder	Justeret for køn
P-værdi	0,00	0,00	0,00
OR	2,171	2,349	2,180
95 % CI	1,414 – 3,334	1,516 – 3,640	1,419 – 3,348
Ikke-vestlige indvandrere			
P-værdi	0,001	0,002	0,003
OR	2,697	2,671	2,599
95 % CI	1,465 – 4,966	1,433 – 4,980	1,397 – 4,838

Kost (tabel 4)

Afvigelserne for OR er for alder 1,3 % og køn 9,3 %. Da ingen af estimerne har ændret sig mere end 10 %, har hverken alder eller køn en konfunderende effekt på sammenhængen mellem etniske danskernes stressniveau og deres kostvaner. OR= 2,171 betyder, at *de etniske danskere, som lider af oplevet stress har lidt over dobbelt så stor sandsynlighed for at indtage mindre frugt og grønt end de, som ikke lider af stress*. Resultatet er signifikant på niveau 5 %, for da 1 ikke er indeholdt i konfidensintervallet har jeg forkastet H_0 .

For sammenhængen mellem oplevet stress og kostvaner for de ikke-vestlige indvandrere kan man ud fra tabellen beregne, at *hverken alder eller køn har en konfunderende effekt*. Derudover viser tabellen, at da 1 er indeholdt i konfidensintervallet er der *ikke signifikans for sammenhængen mellem PSS og indtag af frugt og grønt for de ikke-vestlige indvandrere*. Dermed accepterer jeg H_0 på niveau 5 %.

Tabel 4: Sammenhængen mellem PSS og kost

Etniske danskere	Kost	Justeret for alder	Justeret for køn
P-værdi	0,000	0,001	0,000
OR	2,171	2,142	2,374
95 % CI	1,414 – 3,334	1,381 – 3,323	1,520 – 3,707
Ikke-vestlige indvandrere			
P-værdi	0,843	0,877	0,995
OR	0,918	0,933	0,997
95 % CI	0,395 – 2,133	0,388 – 2,245	0,421 – 2,361

Rygning (tabel 5)

Hvis jeg udregner estimat ændringerne for alder og køn, har OR ændret sig henholdsvis 7,1 % og 2 %. Da dette ikke afviger 10 % fra OR uden justering, har alder og køn ingen konfunderende effekt. Dette betyder, at etniske danskere, som lider af oplevet stress, har *1,7 gange større risiko for at ryge, end de etniske danskere, som ikke føler sig stressede*. Jeg forkaster H_0 på niveau 5 %, da 1 ikke er indeholdt i konfidensintervallet. *Dvs. at der er signifikant sammenhæng mellem PSS og rygestatus for de etniske danskere.*

Når der er justeret for alder viser OR en ændring på 5 %, og dermed har alder ikke en konfunderende effekt. Derimod ændres OR ved justering for køn sig 25,6 %. Da dette overskrider en afvigelse med 10 %, må *køn siges at have en konfunderende effekt* på sammenhængen mellem rygning og PSS blandt ikke-vestlige indvandrere. Men da 1 er indeholdt i hypotesen, kan jeg ikke forkaste H_0 på niveau 5 %, og dermed er der *ikke signifikant forskel i rygestatus afhængig af stress niveau, gældende for de ikke-vestlige indvandrere.*

Tabel 5: Sammenhæng mellem PSS og rygning for etniske danskere

Etniske danskere	Rygning	Justeret for alder	Justeret for køn
P-værdi	0,006	0,020	0,005
OR	1,720	1,597	1,755
95 % CI	1,170 – 2,531	1,078 – 2,365	1,190 – 2,588
Ikke-vestlige indvandrere			
P-værdi	0,329	0,261	0,797
OR	0,729	0,692	0,916
95 % CI	0,386 – 1,376	0,364 – 1,314	0,470 – 1,787

Samlet viser analyserne for sammenhængen mellem PSS og sundhedsvaner, at der for de etniske danskeres vedkommende er stor sammenhæng mellem oplevet stress og hhv. motion, kost og rygning. For de etniske minoriteter derimod, synes det kun at være sammenhængen mellem oplevet stress og motion som er signifikant, men ikke for hverken kost eller rygning.

4.3 Test af hypotese B

I følgende afsnit vises resultaterne af to krydstabeller med tilhørende chi-square test for at se, om *andelen af etniske minoriteter, som lider af henholdsvis oplevet stress og dårligt selvvurderet helbred er større end andelen af etniske danskere*. Dernæst undersøges, hvilken sammenhæng der er mellem etnicitet og helbredsrelateret livskvalitet samt en test for konfunderende faktorer (se bilag 3.2 for SPSS outputs.)

Tabel 6 viser, hvorledes en persons stressniveau er forskellig i forhold til etnisk baggrund. Af de ikke-vestlige indvandrere svarer 31,6 %, at de er stressede mod 14,4 % hos danskerne. Modellen viser samtidig, at andelen af ikke-vestlige indvandrere, som vurderer deres helbred som værende dårligt, er 49,8 % og dermed over 20 % højere end andelen af danskere, som vurderer deres helbred dårligt (39,6 %). Tallene antyder, *at etnicitet spiller en rolle for, hvorvidt en person vurderer sit helbred som dårligt eller ej*, hvilket der er testet for via en chi – square test. Sammenhængen mellem etnicitet og henholdsvis PSS og selvvurderet helbred stilles op ved en hypotese, H_0 , som siger, at der ikke er forskel i PSS og selvvurderet helbred alt efter om man er ikke-vestlig indvandrere eller dansker. Da p-værdierne er lave ($< 0,05$), forkastes H_0 på niveau 5 %, og der er derved signifikant sammenhæng mellem etnicitet og hhv. PSS og selvvurderet

helbred. Dette betyder, at andelen af etniske minoriteter, som lider af oplevet stress og dårligt selvvurderet helbred, er større end andelen af de etniske danskere.

Tabel 6: Etnicitet og hhv. PSS og Selvvurderet helbred

	Ikke-vestlige indvandrere	Danskere
	(%)	(%)
PSS		
Stresset	31,6	14,4
Ikke stresset	68,4	85,6
Selvvurderet helbred		
Dårligt	49,8	39,6
Godt	50,2	60,4
Signifikans	Chi - square	P-værdi
PSS	33,368	0,00
Selvvurderet helbred	8,766	0,003

4.3.1 Test for OR og konfundens

I de foregående tests observerede jeg en forskel i PSS og selvvurderet helbred blandt de to etniske grupper. I det følgende ønsker jeg via en logistisk regressionsanalyse at finde ud af, hvilken sammenhæng, der er mellem etnicitet og henholdsvis PSS og selvvurderet helbred. Derudover vil jeg teste for, om alder og køn skulle have en konfunderende effekt på denne sammenhæng. Variablen ”etnicitet” er kodet således, at ikke-vestlig indvandrer har kodeværdien 1, og danskere er sat til referenceramme og har derved koden 0.

Tabel 7 viser, at ikke-vestlige indvandrere har 2,573 gange større risiko for at for at have et højt stress niveau end danskerne. Den sande værdi for hele populationen ligger med 95 % plausibilitet i intervallet (1,835;3,608). Da 1 ikke er indeholdt i intervallet, forkastes H_0 på niveau 5 %, og der er altså signifikant forskel på danskere og ikke-vestlige indvandreres oplevet stress niveau. Når der justeres for køn ændres risikoestimatet således: $OR(\text{uden}) - OR(\text{justeret}) / OR(\text{uden}) \approx 2,573 - 2,542 / 2,573 = 0,01 \approx 1 \%$. Da OR ikke har ændret sig mere end 10 %, har køn ikke en konfunderende effekt på sammenhængen mellem etnicitet og oplevet stress. Ved justering for alder viser det sig, at OR har ændret sig: $2,573 - 2,195 / 2,573 = 0,14 \approx 14 \%$. Da dette er mere end 10 %, har alder en konfunderende effekt. Dvs., at effekten af etnicitet forveksles med effekten af alder. Dette betyder, at den reelle risiko antages ud fra $OR = 2,195$, så

ikke-vestlige indvandrere har lidt over dobbelt så stor risiko for at lide af oplevet stress end danskere, når der justeres for alder. Da 1 ikke er indeholdt i konfidensintervallet (CI 95 %) er dette signifikant på niveau 5 %.

I relation til selvvurderet helbred, kan man i tabel 7 se, at ikke-vestlige indvandrere har 44,5 % (OR = 1,445) større risiko for at for at have et dårligt selvvurderet helbred end danskere. Efter en justering for køn, viser det sig, at OR ikke har ændret sig mere end 10 %, og derved har køn ikke en konfunderende effekt på sammenhængen mellem etnicitet og selvvurderet helbred. Risikoestimatet ved justering for alder ændrer sig 16,8 %, dvs. at alder har en konfunderende effekt i forhold til selvvurderet helbred, som i tilfældet med oplevet stress. Derved er det korrekte risikoestimat, at *ikke-vestlige indvandrere har 1,688 gange højere sandsynlighed for at have et dårligt selvvurderet helbred end de etniske danskere*. Da 1 ikke er indeholdt i konfidensintervallet er resultatet statistisk signifikant på niveau 5 % og dermed forkastes H_0 som siger, at der ikke er forskel i selvvurderet helbred blandt etniske danskere og etniske minoriteter.

Tabel 7: Sammenhæng ml. etnicitet og hhv. PSS og selvvurderet helbred

	P-værdi	OR	95 % CI
PSS	0,000	2,573	1,835 – 3,608
Justeret for køn	0,000	2,542	1,811 – 3,569
Justeret for alder	0,000	2,195	1,540 – 3,128
Selvvurderet helbred	0,006	1,445	1,111 – 1,879
Justeret for køn	0,004	1,496	1,136 – 1,969
Justeret for alder	0,000	1,688	1,268 – 2,248

Samlet viser analyserne, at alder har en konfunderende effekt, og at andelen af etniske minoriteter, som lider af hhv. oplevet stress samt dårligt selvvurderet helbred, er større end andelen af etniske danskere.

5. Diskussion

I dette kapitel diskuteres de fundne resultater i forhold til eksisterende undersøgelser på området. Der ønskes en sammenligning med tidligere studier og en diskussion af, hvilke årsager der kan være forbundet med eventuelle forskelle.

5.1 Hypotese A

For at teste om graden af stress influerer en persons sundhedsvaner, har jeg benyttet mig af logistiske regressionsanalyser separat for etniske danskere og etniske minoriteter, da der viste sig at være interaktion mellem etnicitet og PSS. For de etniske danskere gælder det, at der er signifikant sammenhæng mellem motion, kost og rygning. Dette er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser (Jarvis, 2002; Nielsen et al 2004; Truelsen et al, 2003) som har bevist, at der er en direkte sammenhæng mellem oplevet stress og dårlige sundhedsvaner. Truelsen et al. (2003) viste, at de personer, som led af højt stress niveau, havde tendenser til at ryge mere, være mindre fysiske aktive og indtage en højere mængde alkohol end de personer, som ikke led af stress. Disse tal understøtter min analyse af de etniske danskere i den østlige del af Esbjerg. Her kan med fordel også inddrages de nationale sundheds – og sygelighedsundersøgelser (SUSY, 2005; SUSY-UDSAT, 2007), som i deres analyser finder, at det er de lavere sociale klasser, som har de dårligste sundhedsvaner.

Men for de ikke-vestlige indvandrere ser tallene helt anderledes ud. Mine analyser giver udtryk for, at der kun for motionsvariablen ses en sammenhæng med oplevet stress. For både kost og rygning finder jeg ikke et signifikant resultat, og kan derfor ikke konkludere, at der for de etniske minoriteter er en sammenhæng mellem oplevet stress og sundhedsvaner. Andre studier, som har forsøgt at kortlægge etniske minoriteters sundhed (Singhammer, 2008; Hansen & Kjølner, 2006) finder, at andelen af de ikke-vestlige indvandrere som har stillesiddende fritidsaktiviteter er 25,8 % sammenholdt med 10,6 % danskere. Der er dog ikke udregnet et risikoestimat for stress og sundhedsvaner, og derved er det ikke muligt direkte at sammenligne resultaterne. Men da Hansen og Kjølner samtidig finder, at en markant større andel (67,1 %) af de etniske minoriteter lider af oplevet stress, kan det tyde på, at der findes en sammenhæng mellem oplevet stress og dårlige motionsvaner for de ikke-vestlige indvandrere.

At der opleves så stor forskel på de etniske danskere og etniske minoriteter – på trods af samme socioøkonomisk profil – har konsekvenser for, hvorledes man forsøger at intervenere mod de to gruppers sundhedsvaner. Resultaterne for min undersøgelse tyder på, at der for de etniske danskere skal udarbejdes interventioner, som retter sig mod socialt udsatte gruppers psykiske velbefindende, og ad den vej prøve at forbedre deres sundhedsvaner. Med dette mener jeg, at det

ikke ville nytte at sende de personer til rygestopkurser, hvis det i stedet er enkelte stressfaktorer, som har indflydelse på deres rygning. Jeg skal dog gøre opmærksom på, at min undersøgelse er et tværsnitstudie, og derved er det ikke muligt præcist at konkludere, hvorvidt folk ryger pga. af stress eller om de blev stressede af at ryge. Jeg kan udelukkende konstatere at personer, som lider af stress i højere grad ryger end de som ikke føler sig stressede.

For de etniske minoriteter gælder helt andre forhold. Da der ikke her synes at være samme association mellem oplevet stress og dårlige sundhedsvaner, kunne det i højere grad være mere kulturelle aspekter, som har betydning for, hvilken sundhedsadfærd etniske minoriteter påtager sig. Mine resultater angående sammenhængen mellem oplevet stress og sundhedsvaner for de etniske minoriteter har ikke kunne bidrage med den ønskede viden, og derved være behjælpelig i interventionssammenhænge, som det var hensigten.

Min hypotese om at graden af stress influerer en persons sundhedsvaner gældende for både etniske minoriteter og etniske danskere kan kun til en hvis grad bekræftes. For de etniske danskere viste resultaterne en signifikant sammenhæng mellem oplevet stress og hhv. motion, kost og rygning, hvor det for de etniske minoriteter kun var i forhold til motion, at der så ud til at være en association.

5.2 Hypotese B

Denne hypotese gik ud på at teste, hvorvidt andelen af etniske minoriteter, som lider af henholdsvis PSS og selvvurderet helbred er større end andelen af etniske danskere. Analysen for PSS viste, at alder havde en konfunderende effekt, og derved var risikoestimatet, at etniske minoriteter har 2,2 gange større sandsynlighed for at lide af oplevet stress end de etniske danskere. Dette resultat stemmer overens med de resultater Hansen og Kjølner (2006) kommer frem til i deres analyser. De skriver nemlig, at med en OR=1,96 så har etniske minoriteter knap dobbelt så stor sandsynlighed for at lide af stress end de etniske danskere. Men de to undersøgelser adskiller sig alligevel fra hinanden i procentdelen af de ikke-vestlige indvandrere og de etniske danskere, som lider af stress. Jeg finder, at 31,6 % af de etniske minoriteter og 14,4 % etniske danskere lider af oplevet stress, hvorimod Hansen og Kjølner (2006) afslører, at 67,1 % etniske minoriteter og 50,7 % af de etniske danskere ofte eller af og til føler sig stressede i hverdagen. Afvigelserne kan skyldes måden, hvorpå stress er blevet målt. I Hansen og Kjølner (2006) er stress vurderet ud fra, om personerne af og til eller ofte føler sig stressede i hverdagen. I undersøgelsen fra Esbjerg (Kvaglund og Jerne) er udformningen af stressvariablen langt mere nuanceret og består af 10 spørgsmål omhandlende stress. På denne måde forsøger man at undgå

at kategorisere personer, som ikke lider af oplevet stress, men måske blot har følt sig stresset over en enkelt begivenhed.

Singhammer (2008) finder, at alle de ikke-vestlige indvandrere har en signifikant dårligere psykisk sundhed end de etniske danskere. Da psykisk sundhed primært er målt ud fra spørgsmål om stress, vurderer jeg at kunne sidestille resultatet fra Singhammer (2008) med mine fund omhandlende oplevet stress. Dermed underbygger begge studier (Hansen & Kjølner, 2006; Singhammer, 2008) de resultater, som jeg ved statistiske analyser er kommet frem til: Andelen af etniske minoriteter, som lider af oplevet stress er større end andelen af etniske danskere i samme boligområde.

I relation til selvvurderet helbred, viser min analyse, at andelen af etniske minoriteter, som lider af selvvurderet helbred, er større end andelen af etniske danskere (OR = 1,688). Resultatet er signifikant og understøttes af lignende studier omhandlende selvvurderet helbred blandt etniske minoriteter. Bennedsen et al. (2006) finder i deres studie, at etniske unge piger har et signifikant dårligere selvvurderet helbred sammenlignet med de unge danske piger (OR=1,80). Ligeledes finder både Singhammer (2008) og Hansen & Kjølner (2006) at andelen af etniske minoriteter, som vurderer deres helbred dårligt, er markant højere end andelen af etniske danskere. Hansen & Kjølners risikoestimat (OR = 2,62) er dog væsentligt højere end mit resultat (OR = 1,68). Afvigelserne kan skyldes, at en langt større andel af de etniske danskere i den østlige bydel af Esbjerg (Kvanglund og Jerne) vurderer deres helbred som værende dårligt, sammenlignet med den gennemsnitlige dansker, som er anvendt til referenceramme i Hansen og Kjølners undersøgelse fra 2006. Dette indikerer, at det har stor betydning for resultaterne, hvilken gruppe, man vælger som sammenligningsgruppe. I og med jeg har valgt etniske danskere fra samme boligområde, anvender jeg en referenceramme med nogenlunde samme socioøkonomiske profil som min undersøgelsespopulation. Derved justerer jeg automatisk for socioøkonomiske faktorer, hvor Hansen & Kjølner udelukkende har justeret for køn - og aldersforskelle. Dette indikerer, at social status ligeledes spiller ind på, hvorledes en person vurderer sit eget helbred.

Hypotesen om, at andelen af etniske minoriteter, som lider af henholdsvis oplevet stress og selvvurderet helbred, er større end andelen af etniske danskere, kan i høj grad bekræftes. Etniske minoriteter har over dobbelt så stor sandsynlighed for at lide af oplevet stress som de etniske danskere. For selvvurderet helbred gælder det, at etniske minoriteter har knap 70 % større risiko for at have et dårligere selvvurderet helbred end de etniske danskere, så også her er forskellen markant.

6. Konklusion

Formålet med opgaven var at bidrage med mere viden om etniske minoriteters sundhed fra en bydel i det østlige Esbjerg (Kvaglund og Jerne) med en høj koncentration af udsatte danskere samt etniske minoriteter. Derved ønskede jeg at bidrage med vigtig viden til at kunne målrette sundhedsfremmende indsatser over for disse grupper. Undersøgelsens fokus var at fokusere på, *hvilken sammenhæng der var mellem oplevet stress og sundhedsvaner blandt etniske minoriteter og etniske danskere i den østlige bydel af Esbjerg*. Med udgangspunkt i problemformuleringen, var det ligeledes et mål at finde ud af, om andelen af etniske minoriteter som led af hhv. oplevet stress og dårligt selvvurderet helbred var større end andelen af danskere i samme boligområde.

Opgavens første hypotese bestod i at undersøge, om *graden af oplevet stress influerer en persons sundhedsvaner på en sådan måde, at et højt niveau af oplevet stress medfører dårlige sundhedsvaner*. Da der forekom interaktion mellem etnicitet og stress betød det, at jeg skulle lave separate analyser for henholdsvis de etniske minoriteter og de etniske danskere. Som indikator for sundhedsvaner begrænsede jeg mig til motion, kost og rygning, da der for alkohol var for få respondenter, som overskred Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. For de etniske danskere viste analysen, at der var signifikant sammenhæng mellem PSS og hhv. motion (OR = 2,17) kost (OR = 2,17) og rygning (OR = 1,72). Dette betyder, at etniske danskere, som lider af oplevet stress på alle områder har dårligere sundhedsvaner end de, som ikke lider af stress. For de ikke-vestlige indvandrere viste analyserne derimod, at der ikke var signifikant sammenhæng mellem oplevet stress og rygning eller oplevet stress og kost. Derimod var der en stærk association mellem motion og oplevet stress (OR = 2,67).

Opgavens anden hypotese lød på, at *andelen af etniske minoriteter som led af hhv. oplevet stress og selvvurderet helbred var større end andelen af etniske danskere i samme boligområde*. Efter at have justeret for de konfunderende effekter, viste min regressionsanalyse, at etniske minoriteter havde 2,2 gange større sandsynlighed for at lide af oplevet stress end de etniske danskere. For selvvurderet helbred var resultatet, at flere etniske minoriteter havde et dårligt selvvurderet helbred end de etniske danskere i samme boligområde (OR = 1,68).

Disse resultater understøttes af tidligere studier af etniske minoriteters sundhed. Det vil være nødvendigt at foretage yderligere undersøgelser af etniske minoriteters sundhed for at klarlægge, hvilke faktorer, der ligger til grund for deres sundhedsvaner. På denne måde vil det være muligt at målrette interventioner således, at de har en effekt for flest mulige personer. Min undersøgelse viser, at social status ligeledes har en betydning for, hvorledes en person vurderer sit eget helbred.

Konklusionen af denne undersøgelse er, at der på nogle områder foreligger en sammenhæng mellem oplevet stress og sundhedsvaner, men at det kræver yderligere undersøgelser at bestemme, hvorvidt andre faktorer – og i så fald hvilke – har indflydelse på etniske minoriteters sundhed.

Bilag 1

1. Løbenr.

(Angiv værdi mellem 1 og 5000)

2. Dato

3. Fødselsdato

4. Navn

5. Adresse

6. Hvad er din civilstatus?

(Angiv kun ét svar)

- Jeg bor alene
- Jeg bor sammen med samlever/ægtefælle
- Jeg bor i anden form for bofællesskab

- Jeg bor hos mine forældre
- Ved ikke/vil ikke svare

7. Hvor mange børn i skolealderen er der i husstanden? (mellem 6 og 16 år)

(Angiv kun ét svar)

- Ingen
- 1 barn
- 2 børn
- 3 børn
- 4 børn eller flere
- Ved ikke/vil ikke svare

8. Hvor mange børn i før-skolealderen er der i husstanden? (fra 0 til 5 år)

(Angiv kun ét svar)

- Ingen
- 1 barn
- 2 børn
- 3 børn
- 4 børn eller flere
- Ved ikke/vil ikke svare

Dagligdagens stress og belastninger

Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for den sidste måned

9. Hvor ofte er du blevet bragt ud af det over noget, der er sket uventet?

(Angiv kun ét svar)

- 0 Aldrig
- 1 Næsten aldrig
- 2 En gang imellem
- 3 Ofte
- 4 Meget ofte
- Point__

10. Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de vigtige ting i dit liv?

(Angiv kun ét svar)

- 0 Aldrig
- 1 Næsten aldrig
- 2 En gang imellem
- 3 Ofte
- 4 Meget ofte
- Point__

11. Hvor ofte har du følt dig nervøs og stresset?

(Angiv kun ét svar)

- 0 Aldrig
- 1 Næsten aldrig
- 2 En gang imellem
- 3 Ofte
- 4 Meget ofte

Point__

12. Hvor ofte har du følt, at du var istand til at klare dine personlige problemer?

(Angiv kun ét svar)

- 4 Aldrig
- 3 Næsten aldrig
- 2 En gang imellem
- 1 Ofte
- 0 Meget ofte
- Point__

13. Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?

(Angiv kun ét svar)

- 4 Aldrig
- 3 Næsten aldrig
- 2 En gang imellem
- 1 Ofte
- 0 Meget ofte
- Point__

14. Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?

(Angiv kun ét svar)

- 0 Aldrig
- 1 Næsten aldrig
- 2 En gang imellem
- 3 Ofte

4 Meget ofte

Point__

15. Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationer?

(Angiv kun ét svar)

4 Aldrig

3 Næsten aldrig

2 En gang imellem

1 Ofte

0 Meget ofte

Point__

16. Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?

(Angiv kun ét svar)

4 Aldrig

3 Næsten aldrig

2 En gang imellem

1 Ofte

0 Meget ofte

Point__

17. Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?

(Angiv kun ét svar)

0 Aldrig

1 Næsten aldrig

2 En gang imellem

- 3 Ofte
- 4 Meget ofte
- Point__

18. Har du inden for de sidste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting?

(Angiv gerne flere svar)

- Din økonomi
- Din boligsituation
- Din arbejdssituation/arbejdsløshed
- Forholdet til din partner/børn
- Sygdom hos dig selv
- Sygdom hos din partner, familie og nære venner

Selv vurderet helbred

19. Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

(Angiv kun ét svar)

- Virkelig god
- God
- Nogenlunde
- Dårlig
- Meget dårlig

Sociale relationer

20. Sker et nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?

(Angiv kun ét svar)

- Ja, ofte
- Ja, en gang imellem
- Ja, men sjældent
- Nej

21. Hvor ofte træffer du familie? (Træffer omfatter kun personlig kontakt. Ikke telefonkontakt. Familie omfatter i denne forbindelse den del af familien, du ikke bor sammen med)

(Angiv kun ét svar)

- Daglig eller næsten daglig
- 1 eller 2 gange om ugen
- 1 eller 2 gange om måneden
- Sjældnere

22. Hvor ofte træffer du venner og bekendte? ("Træffer" omfatter kun personlig kontakt. Ikke telefonkontakt)

(Angiv kun ét svar)

- Daglig eller næsten dagligt
- 1 eller 2 gange om ugen
- 1 eller 2 gange om måneden
- Sjældnere
- Aldrig

Sundhedsvaner

23. Gør du selv noget for at bevare eller forbedre dit helbred?

(Angiv kun ét svar)

- Nej, jeg gør ikke noget
- Nej, jeg har prøvet, men opgivet
- Ja, jeg gør noget

24. Hvad gør du for at bevare eller forbedre dit helbred?

(Angiv gerne flere svar)

- Jeg dyrker motion, er fysisk aktiv
- Jeg spiser sund kost
- Jeg sørger for at spise mindre
- Jeg ryger ikke
- Jeg prøver at holde op med at ryge, ryge mindre
- Jeg drikker ikke alkohol
- Jeg sørger for at begrænse mit alkoholforbrug
- Jeg sørger for at leve mindre stresset
- Jeg sørger for tilstrækkeligt med søvn
- Jeg holder kontakt med familie og venner

Jeg gør noget andet. Skriv hvad:

25. Hvor ofte plejer du at spise/drikke:

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Aldrig/meget sjældent	Mindre end en gang om ugen	En gang om ugen	Et par gange om ugen	Næsten hver dag	Hver dag/flere gange om dagen
a. Kartoffler, ris eller pasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Groft brød eller gryn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Frugt eller grøntsager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fisk eller fiskepålæg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Slik, kage, chips eller chokolade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sukkersødede drikke (fx. saftevand og sodavand)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g.Fastfood
(fx. pizza
og
grillmad)?

Rygning

26. Ryger du dagligt?

(Angiv kun ét svar)

- Ja, dagligt
- Ja, mindst en gang om ugen
- Ja, men sjældent
- Nej, jeg er holdt op
- Nej, jeg har aldrig røget

27. Hvor mange cigaretter, cigarer, cerutter eller gram pibetobak ryger du i gennemsnit pr.dag?

(Angiv værdi mellem 0 og 1000)

 _ _ _ _ _

28. Ønsker du at holde op med at ryge?

(Angiv kun ét svar)

- Ja
- Nej

29. Ryges der i dit hjem?

(Angiv kun ét svar)

- Ja, dagligt
- Ja, af og til
- Ja, men meget sjældent
- Nej, aldrig

Alkohol

30. Hvor mange genstande drikker du sædvanlig vis om ugen?

(Angiv kun ét svar)

- Under 2 genstande
- 2-7 genstande
- 8-14 genstande
- 15-21 genstande
- 22-30 genstande
- Over 30 genstande

31. Hvor tit drikker du ved en enkelt lejlighed 5 genstande eller flere?

(Angiv kun ét svar)

- Næsten dagligt eller dagligt
- Ugentligt
- Månedligt
- Sjældent

Aldrig

32. Hvilken form for hjælp vil du gerne have, hvis du skulle nedsætte dit alkoholforbrug?

(Angiv gerne flere svar)

- Kontakt til alkoholbehandlingscenter
- Antabusbehandling (evt. gratis)
- Forbud mod alkohol på min arbejdsplads
- Hjælp og støtte fra min arbejdsplads
- Hjælp og støtte fra min familie
- Mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil nedsætte deres alkoholforbrug
- Hjælp fra min praktiserende læge
- Hjælp fra andet sundhedspersonale
- Ønsker ikke hjælp

Andet. Skriv hvad:

Fysisk aktivitet

33. Hvis vi ser på sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske

aktivitet i fritiden?

(Angiv kun ét svar)

- Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen
- Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer om ugen
- Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)
- Læser, ser fjernsyn, bruger computeren eller har anden stillesiddende beskæftigelse

34. Hvilken form for hjælp vil du gerne have, hvis du skulle være mere fysisk aktiv i fritiden?

(Angiv gerne flere svar)

- Gratis motionstilbud, f.eks motion på recept
- Mulighed for motion på min arbejdsplads
- Kortere afstand til idrætsfaciliteter, motionstilbud
- Hjælp og støtte fra min familie
- Mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil dyrke motion/være fysisk aktive
- Hjælp fra min praktiserende læge
- Hjælp fra andet sundhedspersonale
- Træningen kan foregå i mit hjem
- Ønsker ikke hjælp

Andet. Skriv hvad:

Højde og vægt (BMI)

35. Hvor høj er du? (i meter)

(Angiv værdi mellem 1 og 1000)

36. Hvor meget vejer du? (i kg)

(Angiv værdi mellem 1 og 1000)

Sygdom og smerter

37. Har du nogen af følgende langvarige sygdomme? (med langvarig menes mindst 6 måneder)

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjerteproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning eller blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis (emfysem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt, leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesår, sår på tolvfingertarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kræft: Hvilken slags kræft?

38. Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig hjertebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnbesvær, søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse, snue, hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndedrætsbesvær, forpustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme eller uro i maven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i hjertet, smerter i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brug af sundhedsvæsenet

39. Har du inden for de sidste 3 måneder været i kontakt med en læge på grund af gener, sygdom eller skade (Du skal kun medregne kontakter på grund af egen sygdom - ikke børns sygdom)

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Ja	Nej
Praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagtlæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speciallæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skadestue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalsambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indlagt på hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet (fx. genoptræning, behandling for kræft, psykiske lidelser etc.):

40. Har du inden for de sidste 3 måneder gjort brug af nogen af følgende andre behandlere?

(Angiv gerne flere svar)

- Tandlæge
- Fysioterapeut
- Kiropraktor
- Psykolog

- Alternativ behandler (f.eks. zoneterapeut, massør, akupunktur)

41. Har du inden for de sidste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?

(Angiv gerne flere svar)

- Ja, hostemedicin
- Ja, astmamedicin
- Ja, blodtrykssænkende medicin
- Ja, hjertemedicin
- Ja, hudlægemedicin
- Ja, smertestillende medicin mod besvær i muskler, knogler, sener eller led (f.eks. gigtmedicin)
- Ja, smertestillende medicin mod hovedpine
- Ja, anden smertestillende medicin
- Ja, sovemedicin
- Ja, afføringsmidler
- Ja. nervemedicin, beroligende medicin (f.eks. antidepressiv medicin)
- Ja, pencillin eller anden form for antibiotikum

Ja, anden medicin. Skriv hvilken:

42. Har du inden for det seneste år haft brug for psykologisk eller psykiatrisk hjælp eller behandling?

(Angiv gerne flere svar)

- Ja, fordi jeg oplevede stor sorg
- Ja, fordi jeg oplevede en traumatisk begivenhed
- Ja, fordi jeg havde psykisk sygdom eller lidelse
- Ja, fordi jeg havde dårlige nerver
- Ja, fordi jeg havde været meget stresset
- Ja, fordi jeg havde været deprimeret i længere tid
- Nej

Ja, på grund af andet. Skriv hvad:

Uddannelse og arbejde

43. Hvad er din sidst afsluttede uddannelse?

(Angiv kun ét svar)

- Ønsker ikke at oplyse
- Lang videregående uddannelse (5 år eller derover)
- Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)
- Kort videregående uddannelse (1-2 år)

- Erhvervsuddannelse (faglært, håndværker, HK mm.)
- HH/Studentereksamen/HF
- EFG/HG/Teknisk skole (1 årige ungdomsuddannelse)
- Folkeskole, mellemskole, realeksamen
- Anden uddannelse (sprogkurser, AMU-kurser)
- Ingen uddannelse

44. Hvad er din nuværende erhvervmæssige stilling/arbejde?

(Angiv kun ét svar)

- Lønmodtager
- Arbejdsgiver
- Selvstændig
- Husmoder/hjemmegående
- Forældreorlov/barselsorlov/anden orlov
- Folkepensionist
- Førtidspensionist
- Arbejdsløs
- På efterløn
- Kontanthjælp
- Studerende/skoleelev

Hvis personen er i arbejde, skriv da stillingsbetegnelse:

45. Har du været arbejdsløs inden for de sidste 3 år?

(Angiv kun ét svar)

- Nej, jeg har ikke været arbejdsløs
- Mindre end 3 måneder
- 3 mdr. til mindre end 1 år
- 1 år eller derover, men mindre end 2 år
- 2,5 år eller mere

46. Har du været sygemeldt i en længere periode inden for de sidste 3 år?

(Angiv kun ét svar)

- Nej
- Under 3 mdr.
- 3-6 mdr.
- 6 mdr.-1 år
- Over 1 år

Rådighedsbeløb og afsavn

47. Hvad har du/familien tilbage at leve for om måneden (til mad, tøj, fodtøj etc.) når alle de faste udgifter er betalt?

(Angiv kun ét svar)

- 0-999 kr

- 1000-1999 kr
- 2000-2999 kr
- 3000-3999 kr.
- 4000-4999 kr.
- 5000-5999 kr.
- 6000-6999 kr.
- 7000-7999 kr.
- 8000-8999 kr.
- 9000-9999 kr.
- Over 10.000 kr
- Ved ikke/vil ikke svare

48. Har du/familien inden for de sidste par måneder af økonomiske grunde måttet lade være med at:

(Angiv gerne flere svar)

- Betale regninger - herunder husleje og a-kassekontingent til tiden?
- Betale uforudsete udgifter såsom: Erstatte udstyr i hjemmet, cykelreparation, tv, radio, møbler mv.?
- Dyrke fritidsinteresser (f.eks. medlemskab af idrætsforening)?
- Give gaver til fødselsdag eller andre anledninger?
- Gå til tandlægen?
- Købe nødvendig medicin?
- Købe tøj, sko o.lign.?

Bilag 2

Sundhedsvaner: Kodning af motion, kost, rygning og alkohol variable:

Motion:

"Hvis vi ser på sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?"

1 = Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen → 0

2 = Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst flere timer om ugen → 0

3 = Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) → 0

4 = Læser, ser fjernsyn, bruger computeren eller har anden stillesiddende beskæftigelse → 1

Kost:

"Hvor ofte plejer du at spise frugt eller grøntsager?"

1 = Aldrig/Sjældent → 1

2 = Mindre end en gang om ugen → 1

3 = En gang om ugen → 1

4 = Et par gange om ugen → 1

5 = Næsten hver dag → 0

6 = Hver dag → 0

Rygning:

"Ryger du dagligt?"

1 = Ja, dagligt → 1

2 = Ja, mindst en gang om ugen → 1

3 = Ja, men sjældent → 1

4 = Nej, jeg er holdt op → 0

5 = Nej, jeg har aldrig røget → 0

Alkohol:

"Hvor mange genstande drikker du sædvanligvis om ugen?"

Med følgende svarmuligheder: 2, 2-7, 8-14, 15-21, 22-30 og >30 genstande.

Bilag 3. Deskriptiv statistik:

Demografiske variable:

Alder:

Vest_ikkevest * Alder Crosstabulation

		Alder				Total
		16-24 år	25-44	45-64	65+	
Vest_ikkevest Dansk	Count	55	203	331	261	850
	% within Vest_ikkevest	6,5%	23,9%	38,9%	30,7%	100,0%
ikke-vestlig indvandrere	Count	38	130	103	34	305
	% within Vest_ikkevest	12,5%	42,6%	33,8%	11,1%	100,0%

Køn:

Vest_ikkevest * Køn Crosstabulation

		Køn		Total
		Mand	Kvinde	
Vest_ikkevest Dansk	Count	409	442	851
	% within Vest_ikkevest	48,1%	51,9%	100,0%
ikke-vestlig indvandrere	Count	125	182	307
	% within Vest_ikkevest	40,7%	59,3%	100,0%

Uddannelse:

Vest_ikkevest * Uddannelsesniveau Crosstabulation

		Uddannelsesniveau				Total
		Lang	Middel	Kort	Uoplyst	
Vest_ikkevest Dansk	Count	185	394	250	22	851
	% within Vest_ikkevest	21,7%	46,3%	29,4%	2,6%	100,0%
ikke-vestlig indvandrere	Count	32	78	93	103	306
	% within Vest_ikkevest	10,5%	25,5%	30,4%	33,7%	100,0%
Total	Count	217	472	343	125	1157
	% within Vest_ikkevest	18,8%	40,8%	29,6%	10,8%	100,0%

Sundhedsvaner:

Motion:

vest_nonvest * Motion Crosstabulation

			Motion		Total
			Aktiv	Stillesiddende	
vest_nonvest	Dansk	Count	687	164	851
		% within vest_nonvest	80,7%	19,3%	100,0%
	Ikke-vestlig indvandrere	Count	172	101	273
		% within vest_nonvest	63,0%	37,0%	100,0%
Total		Count	859	265	1124
		% within vest_nonvest	76,4%	23,6%	100,0%

Kost:

vest_nonvest * Kost Crosstabulation

			Kost		Total
			Frugt/grønt	Ingen frugt/grønt	
vest_nonvest	Dansk	Count	687	164	851
		% within vest_nonvest	80,7%	19,3%	100,0%
	Ikke-vestlig indvandrere	Count	237	36	273
		% within vest_nonvest	86,8%	13,2%	100,0%
Total		Count	924	200	1124
		% within vest_nonvest	82,2%	17,8%	100,0%

Rygning:

vest_nonvest * Rygestatus Crosstabulation

			Rygestatus		Total
			Ikke ryger	Ryger	
vest_nonvest	Dansk	Count	526	325	851
		% within vest_nonvest	61,8%	38,2%	100,0%
	Ikke-vestlig indvandrere	Count	191	83	274
		% within vest_nonvest	69,7%	30,3%	100,0%
Total		Count	717	408	1125
		% within vest_nonvest	63,7%	36,3%	100,0%

Helbredsrelateret livskvalitet:

Oplevet stress:

vest_nonvest * Dik_stress Crosstabulation

			Dik_stress		Total
			Ikke stresset	Stresset	
vest_nonvest	Dansk	Count	725	122	847
		% within vest_nonvest	85,6%	14,4%	100,0%
	Ikke-vestlig indvandrere	Count	141	65	206
		% within vest_nonvest	68,4%	31,6%	100,0%
Total		Count	866	187	1053
		% within vest_nonvest	82,2%	17,8%	100,0%

Selvvurderet helbred:

vest_nonvest * selvvurderet Crosstabulation

			selvvurderet		Total
			Godt	Dårligt	
vest_nonvest	Dansk	Count	513	337	850
		% within vest_nonvest	60,4%	39,6%	100,0%
	Ikke-vestlig indvandrere	Count	137	136	273
		% within vest_nonvest	50,2%	49,8%	100,0%
Total		Count	650	473	1123
		% within vest_nonvest	57,9%	42,1%	100,0%

Bilag 3.1 Hypotese A

Krydstabeller samt chi-square test for PSS og motion, kost, rygning:

PSS og motion:

Dik_stress * Motion Crosstabulation

			Motion		Total
			Stillesidende	Aktiv	
Dik_stress	Ikke stresset	Count	172	719	891
		% within Dik_stress	19,3%	80,7%	100,0%
	Stresset	Count	74	119	193
		% within Dik_stress	38,3%	61,7%	100,0%
Total	Count		246	838	1084
	% within Dik_stress		22,7%	77,3%	100,0%

Chi – square test:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	32,773 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	31,697	1	,000		
Likelihood Ratio	29,850	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	32,743	1	,000		
N of Valid Cases	1084				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 43,80.

b. Computed only for a 2x2 table

PSS og kost:

Dik_stress * Kost Crosstabulation

			Kost		Total
			ikke nok grønt	nok grønt	
Dik_stress	Ikke stresset	Count	154	737	891
		% within Dik_stress	17,3%	82,7%	100,0%
	Stresset	Count	48	145	193
		% within Dik_stress	24,9%	75,1%	100,0%
Total	Count		202	882	1084
	% within Dik_stress		18,6%	81,4%	100,0%

Chi – square test:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,022 ^a	1	,014		
Continuity Correction ^b	5,532	1	,019		
Likelihood Ratio	5,681	1	,017		
Fisher's Exact Test				,019	,011
Linear-by-Linear Association	6,016	1	,014		
N of Valid Cases	1084				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35,96.

b. Computed only for a 2x2 table

PSS og rygning:

Dik_stress * Rygestatus Crosstabulation

			Rygestatus		Total
			Ryger	Ikke ryger	
Dik_stress	Ikke stresset	Count	325	566	891
		% within Dik_stress	36,5%	63,5%	100,0%
Stresset	Stresset	Count	81	112	193
		% within Dik_stress	42,0%	58,0%	100,0%

Chi – square test:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,043 ^a	1	,153		
Continuity Correction ^b	1,816	1	,178		
Likelihood Ratio	2,020	1	,155		
Fisher's Exact Test				,163	,089
Linear-by-Linear Association	2,041	1	,153		
N of Valid Cases	1084				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 72,29.

b. Computed only for a 2x2 table

Test for interaktion:

Motion og etnicitet:

Source	Type III		
	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	74,821	1	,000
Pstress_dikotom	21,564	1	,000
Pstress_dikotom * EtnicitetNY	14,978	2	,001

Dependent Variable: Motion

Model: (Intercept), Pstress_dikotom, Pstress_dikotom * EtnicitetNY

Kost og etnicitet:

Source	Type III		
	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	151,197	1	,000
Pstress_dikotom	2,046	1	,153
Pstress_dikotom * EtnicitetNY	6,869	2	,032

Dependent Variable: Kost

Model: (Intercept), Pstress_dikotom, Pstress_dikotom * EtnicitetNY

Rygning og etnicitet:

Source	Type III		
	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	29,505	1	,000
Pstress_dikotom	,356	1	,551
Pstress_dikotom * EtnicitetNY	6,766	2	,034

Dependent Variable: Rygestatus

Model: (Intercept), Pstress_dikotom, Pstress_dikotom * EtnicitetNY

Test for OR og konfundens:

Etniske danskere:

PSS og motion

Variables in the Equation^b

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Pstress_dikotom(1)	,775	,219	12,555	1	,000	2,171	1,414	3,334
Constant	-1,569	,098	254,540	1	,000	,208		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom.

b. vest_nonvest = Dansk

Justeret for alder:

Variables in the Equation^b

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Pstress_dikotom(1)	,854	,223	14,612	1	,000	2,349	1,516	3,640
Alderkat			4,849	3	,183			
Alderkat(1)	,183	,429	,182	1	,670	1,200	,518	2,780
Alderkat(2)	,316	,412	,587	1	,444	1,371	,611	3,075
Alderkat(3)	,624	,415	2,262	1	,133	1,866	,828	4,204
Constant	-1,948	,390	24,947	1	,000	,143		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Alderkat.

b. vest_nonvest = Dansk

Justeret for køn:

Variables in the Equation^b

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Pstress_dikotom(1)	,779	,219	12,657	1	,000	2,180	1,419	3,348
Køn(1)	-,098	,176	,313	1	,576	,906	,642	1,279
Constant	-1,519	,132	132,970	1	,000	,219		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Køn.

b. vest_nonvest = Dansk

Ikke-vestlige indvandrere

PSS og motion:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,992	,311	10,149	1	,001	2,697	1,465	4,966
	Constant	-,961	,188	26,077	1	,000	,382		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Justeret for alder:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,983	,318	9,558	1	,002	2,671	1,433	4,980
	Alderkat			4,026	3	,259			
	Alderkat(1)	,952	,486	3,844	1	,050	2,591	1,000	6,714
	Alderkat(2)	,729	,511	2,039	1	,153	2,074	,762	5,645
	Alderkat(3)	,503	,739	,464	1	,496	1,654	,389	7,034
	Constant	-1,668	,455	13,468	1	,000	,189		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Alderkat.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Justeret for køn:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,955	,317	9,081	1	,003	2,599	1,397	4,838
	Køn(1)	,189	,312	,368	1	,544	1,209	,655	2,230
	Constant	-1,062	,253	17,645	1	,000	,346		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Køn.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Etniske danskere

PSS og kost:

		Variables in the Equation ^b							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,775	,219	12,555	1	,000	2,171	1,414	3,334
	Constant	-1,569	,098	254,540	1	,000	,208		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom.

b. vest_nonvest = Dansk

Justeret for alder:

		Variables in the Equation ^b							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,762	,224	11,572	1	,001	2,142	1,381	3,323
	Alderkat			13,159	3	,004			
	Alderkat(1)	-,650	,334	3,794	1	,051	,522	,272	1,004
	Alderkat(2)	-1,137	,327	12,059	1	,001	,321	,169	,609
	Alderkat(3)	-,726	,327	4,929	1	,026	,484	,255	,918
	Constant	-,773	,289	7,139	1	,008	,462		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Alderkat.

b. vest_nonvest = Dansk

Justeret for køn:

		Variables in the Equation ^b							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,864	,227	14,454	1	,000	2,374	1,520	3,707
	Køn(1)	-1,172	,190	38,067	1	,000	,310	,213	,449
	Constant	-1,077	,118	83,277	1	,000	,341		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Køn.

b. vest_nonvest = Dansk

Ikke-vestlige indvandrere

PSS og kost:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	-,085	,430	,039	1	,843	,918	,395	2,133
	Constant	-1,743	,237	54,295	1	,000	,175		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Justeret for alder:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	-,070	,448	,024	1	,877	,933	,388	2,245
	Alderkat			12,603	3	,006			
	Alderkat(1)	-,967	,464	4,337	1	,037	,380	,153	,945
	Alderkat(2)	-2,299	,698	10,850	1	,001	,100	,026	,394
	Alderkat(3)	-1,958	1,102	3,158	1	,076	,141	,016	1,223
	Constant	-,672	,393	2,930	1	,087	,511		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Alderkat.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Justeret for køn:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	-,003	,440	,000	1	,995	,997	,421	2,361
	Køn(1)	-,391	,404	,935	1	,334	,677	,306	1,494
	Constant	-1,554	,299	27,076	1	,000	,211		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Køn.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Etniske danskere

PSS og rygning:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,543	,197	7,591	1	,006	1,720	1,170	2,531
	Constant	-,575	,077	55,298	1	,000	,563		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom.

b. vest_nonvest = Dansk

Justeret for alder:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,468	,200	5,446	1	,020	1,597	1,078	2,365
	Alderkat			10,715	3	,013			
	Alderkat(1)	,367	,318	1,329	1	,249	1,443	,773	2,693
	Alderkat(2)	,301	,306	,965	1	,326	1,351	,741	2,462
	Alderkat(3)	-,195	,316	,379	1	,538	,823	,443	1,529
	Constant	-,720	,287	6,293	1	,012	,487		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Alderkat.

b. vest_nonvest = Dansk

Justeret for køn:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	,563	,198	8,060	1	,005	1,755	1,190	2,588
	Køn(1)	-,412	,143	8,271	1	,004	,663	,500	,877
	Constant	-,369	,104	12,544	1	,000	,691		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Køn.

b. vest_nonvest = Dansk

Ikke-vestlige indvandrere

PSS og rygning:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	-,316	,324	,952	1	,329	,729	,386	1,376
	Constant	-,568	,175	10,502	1	,001	,567		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Justeret for alder:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	-,368	,327	1,266	1	,261	,692	,364	1,314
	Alderkat			1,937	3	,586			
	Alderkat(1)	-,179	,418	,183	1	,669	,836	,369	1,897
	Alderkat(2)	-,242	,447	,292	1	,589	,785	,327	1,887
	Alderkat(3)	-1,019	,741	1,894	1	,169	,361	,084	1,541
	Constant	-,323	,369	,762	1	,383	,724		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Alderkat.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Justeret for køn:

		Variables in the Equation ^b						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pstress_dikotom(1)	-,088	,341	,066	1	,797	,916	,470	1,787
	Køn(1)	-1,128	,311	13,164	1	,000	,324	,176	,595
	Constant	-,028	,227	,015	1	,901	,972		

a. Variable(s) entered on step 1: Pstress_dikotom, Køn.

b. vest_nonvest = Ikke-vestlig indvandrer

Bilag 3.2 Hypotese B

Krydstabeller samt chi-square test for PSS og selvurderet helbred

PSS og etnicitet:

vest_nonvest * Dik_stress Crosstabulation

			Dik_stress		Total
			Ikke stresset	Stresset	
vest_nonvest Dansk	Count		725	122	847
	% within vest_nonvest		85,6%	14,4%	100,0%
Ikke-vestlig indvandrere	Count		141	65	206
	% within vest_nonvest		68,4%	31,6%	100,0%
Total	Count		866	187	1053
	% within vest_nonvest		82,2%	17,8%	100,0%

Chi - square test:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	33,368 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	32,204	1	,000		
Likelihood Ratio	29,835	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	33,336	1	,000		
N of Valid Cases	1053				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Selvurderet helbred og etnicitet:

vest_nonvest * selvurderet Crosstabulation

			selvurderet		Total
			Godt	Dårligt	
vest_nonvest Dansk	Count		513	337	850
	% within vest_nonvest		60,4%	39,6%	100,0%
Ikke-vestlig indvandrere	Count		137	136	273
	% within vest_nonvest		50,2%	49,8%	100,0%
Total	Count		650	473	1123
	% within vest_nonvest		57,9%	42,1%	100,0%

Chi – square test:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,766 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	8,354	1	,004		
Likelihood Ratio	8,697	1	,003		
Fisher's Exact Test				,004	,002
Linear-by-Linear Association	8,758	1	,003		
N of Valid Cases	1123				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 114,99.

b. Computed only for a 2x2 table

Test for OR og konfundens:

PSS og etnicitet:

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Etnicitet	,945	,173	30,007	1	,000	2,573	1,835	3,608
Constant	-1,782	,098	331,668	1	,000	,168		

a. Variable(s) entered on step 1: Etnicitet.

Justeret for alder:

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Etnicitet(1)	,786	,181	18,922	1	,000	2,195	1,540	3,128
Alderkat(1)	,262	,294	,794	1	,373	1,300	,730	2,314
Alderkat(2)	-,081	,297	,075	1	,784	,922	,515	1,649
Alderkat(3)	-,546	,334	2,667	1	,102	,579	,301	1,115
Constant	-1,686	,277	37,125	1	,000	,185		

a. Variable(s) entered on step 1: Etnicitet, Alderkat.

Justeret for køn:

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Etnicitet(1)	,933	,173	29,053	1	,000	2,542	1,811	3,569
Køn(1)	,383	,164	5,416	1	,020	1,466	1,062	2,024
Constant	-1,994	,138	209,899	1	,000	,136		

a. Variable(s) entered on step 1: Etnicitet, Køn.

Selvvurderet helbred og etnicitet:

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a EtnicitetNY	,413	,140	8,711	1	,003	1,511	1,149	1,988
Constant	-,420	,070	35,911	1	,000	,657		

a. Variable(s) entered on step 1: EtnicitetNY.

Justeret for alder:

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a EtnicitetNY	,523	,146	12,833	1	,000	1,688	1,268	2,248
Alderkat			9,544	3	,023			
Alderkat(1)	,480	,256	3,506	1	,061	1,616	,978	2,672
Alderkat(2)	,584	,252	5,392	1	,020	1,794	1,095	2,938
Alderkat(3)	,784	,263	8,912	1	,003	2,191	1,309	3,666
Constant	-1,010	,238	18,034	1	,000	,364		

a. Variable(s) entered on step 1: EtnicitetNY, Alderkat.

Justeret for køn:

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a EtnicitetNY(1)	,403	,140	8,235	1	,004	1,496	1,136	1,969
Køn(1)	,120	,122	,970	1	,325	1,128	,888	1,433
Constant	-,483	,095	25,768	1	,000	,617		

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a EtnicitetNY(1)	,403	,140	8,235	1	,004	1,496	1,136	1,969
Køn(1)	,120	,122	,970	1	,325	1,128	,888	1,433
Constant	-,483	,095	25,768	1	,000	,617		

a. Variable(s) entered on step 1: EtnicitetNY, Køn.

Bilag 4

Deskriptiv oversigt for Kvaglund og Jerne:

Variable:	Ikke Vestlige indvandrere		Etniske danskere	
	Forekomst (%)	Antal	Forekomst (%)	Antal
Alder (år)				
16-24	12,5	38	6,5	55
25-44	42,6	130	23,9	203
45-64	33,8	103	38,9	331
65+	11,1	34	30,7	261
Køn:				
Mand	40,7	125	48,1	409
Kvinde	59,3	182	51,9	442
Uddannelsesniveau				
Lang	10,5	32	21,7	185
Middel	25,5	78	46,3	394
Kort	30,4	93	29,4	250
Uoplyst	33,7	103	2,6	22
Motion				
Stillesiddende	37	101	19,3	164
Aktiv	63	172	80,7	687
Kost				
Ingen frugt/grønt	13,2	36	19,3	164
Frugt/grønt	86,8	237	80,7	687
Rygning				
Ryger	30,3	83	38,2	325
Ikke-ryger	69,7	191	61,8	526
PSS (Oplevet stress)				
Stresset	31,6	65	14,4	122
Ikke stresset	68,4	141	85,6	725
Selvurderet helbred				
Dårligt	49,8	136	39,6	337
Godt	50,2	137	60,4	513

