

Mørke skyer i horisonten – utviklingstrekk i selvopplevd helse under oppveksten



Kommentar
og debatt

Egenvurdert global helseopplevelse har vist seg å være en selvstendig prediktor for senere morbiditet og mortalitet i voksenalderen.

Vi har sett på utviklingstrekk i selvopplevd helse relatert til klasstrinn (alder), kjønn og på utviklingstrekk over perioden 1989–97 nasjonalt, samt for tre andre land. Oversikten er basert på publiserte materialer fra HEMILs (Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil ved Universitetet i Bergen) skoleundersøkelser, samt resultater fra skoleundersøkelser i Førde og Sula.

Det ser ut til å være en klar negativ utvikling over tid, og spesielt ser dette ut til å gjelde for jenter midt i tenårene. Hovedtendensen synes å gjelde også i andre land. Utviklingstrekkene bør anspre til ytterligere forskningsinnsats om ungdomshelse, og til økt prioritering av helsefremmende og forebyggende arbeid i skole og skolehelsetjeneste.

Det har vært økende interesse for studiet av egenvurdert global helseopplevelse i de senere år. Mossey & Shapiro viste allerede i 1982 at egenvurdert helse var en bedre prediktor for mortalitet enn aktuelle medisinske opplysninger basert på journal og statusundersøkelse (1).

En rekke studier har senere vist forbausende samstemmige resultater der global egenvurdering av helse viser seg å være en uavhengig prediktor for mortalitet (2). De fleste studiene med multivariatanalyser har gitt en relativ risiko på mellom 1,5 og 2,0 med maksimum på 4,2 (3).

Det er likevel ingen generell enighet om hva den enkelte legger i begrepet. Kaplan hevdet i 1983 at det kunne være en fellesfaktor som knyttet sammen uheldige psykososiale tilstander som sosial isolasjon, negative livshendelser, depresjon og arbeidsrelatert stress (4). Forfatterne fant klar sammenheng mellom tidligere opplevd familieoppløsning og redusert selvopplevd global helse (5).

Andre finner holdepunkter for at egenvurdert helse er sterkest assosiert med fysisk helse, mens emosjonell, sosial og åndelig helsetilstand ikke bidrar (6). Blant studenter i Ontario så man imidlertid at høyere inntekt,

Hans-Johan Breidablik
hans.breidablik@c2i.net
Kommunelegekontoret
6030 Langevåg

Eivind Meland
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
5009 Bergen

gode relasjoner til foreldre, interesse for skolen og gode prestasjoner, høy selvtilit, ikke-røyking og mannlig kjønn alle var positivt korrelert til høyere egenvurdert helse (7).

Dybdeintervjuer konkluderer med at ulike personer legger ulike tolkninger i begrepet, der spesifikke helseproblemer er viktig, mens andre vurderer sterkere sin generelle fysiske funksjonsevne eller sin helserelaterte atferd (8, 9). Sosioøkonomiske forhold kan spille inn (10, 11). Wade & Vingils anser det trolig at individets globale opplevelse av egen helse utvikles under barndom og oppvekst, uten at dette har vært mye undersøkt (12).

Verdens helseorganisasjons (WHO) skoleundersøkelser i europeiske land viser at dårlig egenvurdert helse og hyppige psykosomatiske symptomer er assosiert med risikofull livsstil, spesielt i forhold til rusmidler, ensomhet, lav skoletrivsel og hyppig opplevde skoleproblemer (13).

Formålet med denne kronikken er å se nærmere på utviklingen av slik global egenopplevd helse under skoleårene, samt se på kjønnsrelaterte forskjeller og tidstrender i denne utviklingen de senere år.

Skoleundersøkelsene i regi av HEMIL/WHO gjennomføres ved at elever i 6., 8. og 10. klasse fyller ut standardiserte spørreskjemaer i skoletiden i nasjonale representative utvalg av skoleklasser. Ved den siste spørreundersøkelsen i 1997 deltok også et utvalg av førsteklasse i videregående skoler i Norge. Variabelen egenopplevd helse har tre svar kategorier: svært god – god – ikke særlig god. Her har vi valgt å se på utviklingstrekk ved de to yttervariablene (svært god og ikke særlig god). Nasjonale og internasjonale tallmaterialer er hentet fra HEMIL-rapport nr. 1 – 2000 (14), og egne tall fra lokale skoleundersøkelser i Førde og Sula. Vi har valgt å illustrere hovedtrekkene ved to grafiske figurer.

Økende alder og utdanningsveier

Figur 1 viser fordelingen blant elever på ulike klassetrinn i Norge. Gutter oppgir hyppigere svært god helse allerede i 6. klasse, og kjønnsforskjellen øker frem mot 10. klasse.

I eget materiale fra Førde/Sula innhentet to år senere (1999) var andelen 15-årige jenter som opplevde *ikke særlig god helse* enda høyere (22 %) enn i HEMIL-studien, mens andelen blant gutter var 8 %. Blant de yngste elevene i videregående skoler i Førde i 1997 var hovedmønsteret det samme, og for gruppen over 18 år viste utviklingen en mer utflatende tendens.

Et markert funn som går igjen både i nasjonale og lokale materialer er forskjellen mellom elever ved allmennfaglig og yrkesfaglig studieretning i videregående skoler, der de siste kommer klart dårligere ut.

Utviklingstendenser over tid

I HEMILs spørreundersøkelser har egenopplevd helse inngått som variabel siden 1989. Det er derfor av interesse å følge utviklingen frem til siste publiserte tall fra 1997.

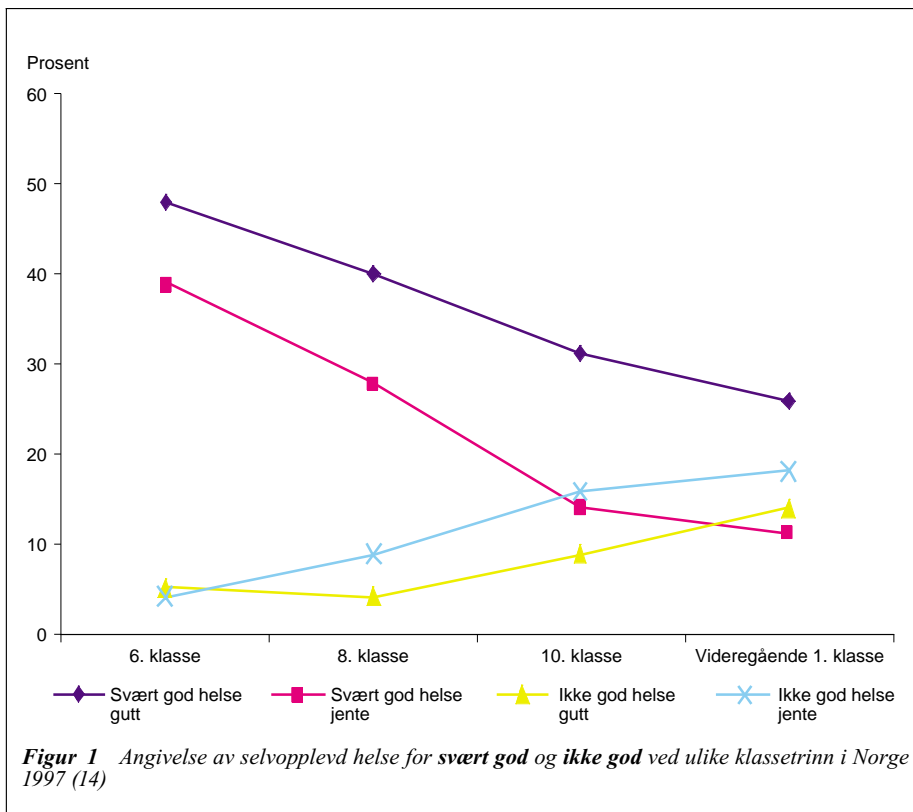
Figur 2 viser denne utviklingen for elever i 10. klasse (15-års alder). Vi ser en negativ tendens for begge kjønn, samt at forskjellen mellom kjønnene i jentenes disfavør øker.

Internasjonale trender

I HEMIL-rapport nr. 1 – 2000 er det også tall fra Wales, Sverige og Ungarn, og i grove trekk finner vi samme utviklingstrekk i denne tidsperioden for alle disse landene. Et særtrekk ved vårt naboland Sverige er imidlertid at en langt større andel av elevmassen svarer at de opplever egen helse som svært god og tilsvarende lav andel svarer ikke særlig god. Det økende gapet mellom kjønnene viser også her samme utvikling. Kulturelle og språklige forskjeller gjør direkte sammenlikninger mellom landene usikre, men det ser ut til at ungdom i Wales kommer dårligst ut, mens norske 15-åringers selvopplevde helse er på linje med 15-åringers i Ungarn.

Oppsummering

Selv om det store flertallet av elever i norske skoler fortsatt opplever egen helse som god eller svært god, ser vi klare negative utviklingstrekk i 1990-årene. Spesielt ser dette ut til å gjelde for jenters vedkommende, og utviklingen gjenfinnes i ulik grad også i andre land. Tilsvarende ser vi også en økning i subjektive helseplager. Betydningen av disse observasjonene er usikker. Imidlertid vet vi at de subjektive helseplagene har fått en økende betydning for ressursbruken i dagens helse- og trygdevesen. Det kan godt tenkes at ungdom som i økende grad opplever slike plager, ytterligere vil bidra til å forsterke denne utviklingen. Det er også velkjent at bruken av alkohol og narkotiske stoffer har økt blant ungdom i samme periode (14). Det er tegn på at jenter er i ferd med å passere gutter når det gjelder rusmiddelutfordring (15),



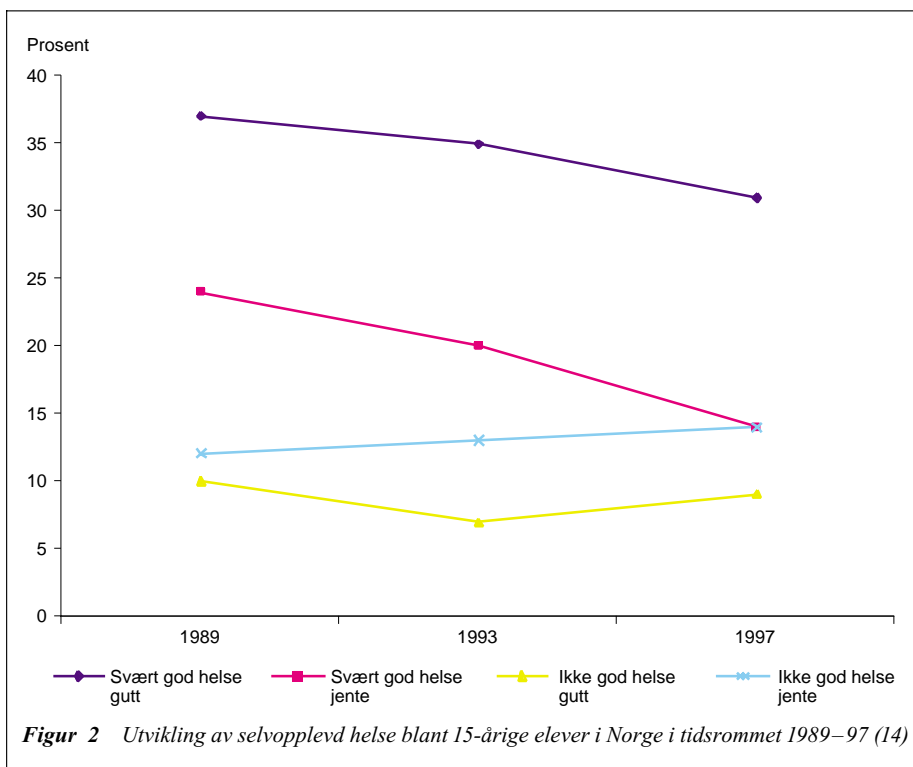
Figur 1 Angivelse av selvopplevd helse for svært god og ikke god ved ulike klassetrinn i Norge 1997 (14)

og NTB melder at blant førstegangskriminelle under 18 år i Rogaland er nå jentene i flertall.

Det er kjent at tobakk og annen rusbruk er relatert til redusert subjektiv helseopplevelse (16). Om denne negative utviklingen i barn og unges selvopplevde helse vil kulminere og snu, vil fremtiden måtte vise. Per i

dag er bildet preget av «mørke skyer i horisonten».

Utviklingstrekkene bør gi grunn til ytterligere satsing på forskning om ungdomshelse med særlig oppmerksomhet rettet mot å forstå ungdoms egenvurderte helse samt subjektive helseplager. Det bør også være en prioritert oppgave å finne botemidler, fore-



Figur 2 Utvikling av selvopplevd helse blant 15-årige elever i Norge i tidsrommet 1989–97 (14)

byggende og helsefremmende faktorer som kan bidra til å bedre ungdommens subjektive og sosiale helse. I stedet for en tendens til nedprioritering av skolehelsetjenesten som vi ser i dag, bør denne rustes opp.

Litteratur

1. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 42: 1274–80.
2. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21–37.
3. Benyamini Y, Idler EL. Community studies reporting association between self-rated health and mortality. *Research on Aging* 1999; 21: 392–402.
4. Kaplan G, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 292–304.
5. Breidablik HJ, Meland E. Familieoppløsning i barndom – helse og helseatferd i ungdommen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2331–5.
6. Ratner PA, Johnson JL, Jeffery B. Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. *Am J Health Promot* 1998; 12: 275–82.
7. Vingilis E, Wade TJ, Adlaf E. What factors predict student self-rated physical health? *J Adolesc* 1998; 21: 83–97.
8. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994; 32: 930–42.
9. Manderbacker C. What self-rated health questions is understood to mean by respondents. *Scand J Soc Med* 1998; 21: 145–53.
10. Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prom-throw-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998; 317: 917–21.
11. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose R, Marmot M. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med* 1998; 47: 269–79.
12. Wade TJ, Vingilis E. The development of self-rated health during adolescence: an exploration of inter- and intra-cohort effects. *Can J Public Health* 1999; 90: 90–4.
13. Report on the state of young people's health in the European Union. Brussel: European Commission, 1999.
14. Wold B, Hetland J, Aarø LE, Samdal O, Torsheim T. Utviklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales. Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, 2000.
15. Skretting A. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. ungdomsundersøkelser 1968–99. Oslo: SIFA, 2000.
16. Meland E, Kadar TE, Breidablik HJ. Røyking, selvopplevd helse og sosial integrasjon blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3013–6.

○