

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

10. Heard H. Psychotherapeutic approaches to suicidal ideation and behaviour. I: Hawton K, van Heeringen K, red. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley, 2000:503-19.
11. Comtois AK, Linehan MM. Psychosocial treatments of suicidal behaviours: a practice-friendly review. J Clin Psychol 2006;62:161-70.
12. Jobes DA. Managing suicidal risk. New York: Guilford, 2006.
13. Jobes DA. Collaborating to prevent suicide: a clinical-research perspective. Suicide Life Threat Behav 2000;30:8-17.
14. Jobes DA. The challenge and promise of clinical suicidology. Suicide Life Threat Behav 1995;25:437-49.
15. Shneidman ES. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale, NJ: Aronson, 1993.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford, 1979.
17. Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev 1990;97:90-113.
18. Zar JH. Biostatistical analysis. 4th edition. New Jersey: Prentice Hall, 1999.
19. Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner T. The case against no-suicide contracts: the commitment to treat statement as a practice alternative. J Clin Psychol, 2006;62:243-51.

Type 2-diabetes

Sociale relationer og sundhedsadfærd

Bach.scient.san.publ. Astrid Ledgaard Holm,
bach.scient.san.publ. Anne Friis Andersen,
universitetslektor Kirsten Avlund & læge Marit Eika Jørgensen

Københavns Universitet, Statens Institut for Folkesundhed,
Forskningsprogrammet Hjertekar-sygdomme

Resume

Introduktion: Type 2-diabetes er en folkesygdom, som stiller det danske sundhedsvæsen over for en række udfordringer bl.a. i forhold til optimering af rehabilitering, hvor sundhedsadfærd spiller en central rolle. I udenlandske studier har man påvist, at stærke sociale relationer er associeret til sund adfærd, hvilket dog ikke er velundersøgt med danske data. Formålet med nærværende undersøgelse er derfor at belyse sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes.

Materiale og metoder: Undersøgelsen er baseret på tværsnitsdata fra Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse fra 2000. Undersøgelsespopulationen udgøres af 264 respondenter med type 2-diabetes. Sociale relationer belyses ud fra samlivsstatus, social kontakt og funktionelt netværk, mens sundhedsadfærd afspejler, hvorvidt respondenterne lever op til de officielle anbefalinger for fysisk aktivitet, kost, alkohol og rygning. Der er kontrolleret for køn, alder, indkomst, selvurderet helbred, funktionsevne, stress og body mass index.

Resultater: Sociale relationer i form af samlivsstatus og funktionelt netværk er associeret med efterlevelsen af anbefalingerne for hhv. fysisk aktivitet og kost. Justeres estimerne for kovariater forbliver der udelukkende signifikant sammenhæng mellem funktionelt netværk og efterlevelse af kostenbefalinger.

Konklusion: Undersøgelsens resultater viser, at der foreligger et behov for fremme af sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes, og indikerer, at sociale relationer bør inddrages i rehabiliteringen.

til optimering af rehabilitering [1]. Rehabiliteringen har til formål at mindske forekomst og alvorlighed af diabetiske senkomplikationer, som udgør de primære årsager til invalidering og død blandt personer med type 2-diabetes [2]. Sundhedsadfærd udgør en central komponent af rehabiliteringen [1]. Ved tilrettelæggelse af optimal rehabilitering er det derfor vigtigt med kendskab til forhold, der har betydning for sund adfærd blandt personer med type 2-diabetes.

Man har i udenlandske studier påvist, at gode sociale relationer er associeret med sund adfærd hos personer med type 2-diabetes [3-6]. Dette er sparsomt belyst med danske data. Formålet med nærværende studie var derfor at undersøge sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes.

Materiale og metoder

Undersøgelsen bygger på et tværsnitsdesign baseret på data fra Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse (SUSY) fra 2000, som er en spørgeskemaundersøgelse, der belyser den generelle sundhed og sygelighed blandt danskere på 16 år og derover. Spørgeskemaet er derfor ikke målrettet en diabetespopulation. I SUSY2000 indgår der 16.688 respondenter tilfældigt udtrukket fra Det Centrale Per-

Tabel 1. Kriterier for klassifikation og udvælgelse af endelig undersøgelsespopulation.

- Kriterier for klassifikation af respondenter som havende type 2-diabetes:*
- Skal have svaret ja til spørgsmålet om, hvorvidt de lider af sukkersyge.
 - Skal tilkendegive, at de ikke udelukkende behandles med insulin. Respondenternes behandling kan således bestå af: 1) både insulin og perorale antidiabetika, 2) udelukkende perorale antidiabetika eller 3) ingen medicinsk behandling
 - Skal være 40 år eller derover på interviewtidspunktet

- Kriterier for udvælgelse af den endelige undersøgelsespopulation:*
- Skal være klassificeret som havende type 2-diabetes.
 - Skal have besvaret alle undersøgelsens hoved- og kovariater

Type 2-diabetes er en folkesygdom, som stiller det danske sundhedsvæsen over for en række udfordringer bl.a. i forhold

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Respondenternes fordeling på hoved- og kovariater.

	Inkluderede respondenter (n = 264) %	Mænd (n = 147) %	Kvinder (n = 117) %	p-værdi ^a
<i>Sociale relationer</i>				
Samlivsstatus				
Samlevende	64,0	70,1	56,4	0,022
Ikkesamlevende	36,0	29,9	43,6	
Social kontakt				
Hyppig	84,5	82,3	87,2	0,280
Sjældn.	15,5	17,7	12,8	
Funktionelt netværk				
Godt	72,3	72,8	71,8	0,858
Dårligt	27,7	27,2	28,2	
<i>Sundhedsadfærd</i>				
Fysisk aktivitet				
Lever op til anbefalingerne	65,2	71,1	59,0	0,061
Lever ikke op til anbefalingerne	34,8	29,9	41,0	
Kost				
Lever op til anbefalingerne	33,3	28,6	39,3	0,067
Lever ikke op til anbefalingerne	66,7	71,4	60,7	
Alkohol				
Lever op til anbefalingerne	93,6	91,2	96,6	0,085
Lever ikke op til anbefalingerne	6,4	8,8	3,4	
Rygning				
Lever op til anbefalingerne	70,1	66,7	74,4	0,176
Lever ikke op til anbefalingerne	29,9	33,3	28,6	
<i>Kovariater</i>				
Køn				
Mand	55,7	–	–	–
Kvinde	44,3	–	–	–
Indkomst (årlig pr. person)				
Over 250.000 kr.	14,0	17,7	9,4	< 0,001
100.000-250.000 kr.	54,2	62,6	43,6	
Under 100.000 kr.	31,8	19,7	47,0	
Selvvurderet helbred				
Godt	43,9	49,0	37,6	0,065
Dårligt	56,1	51,0	62,4	
Funktionsevne				
God	56,8	65,3	46,2	0,002
Dårlig	43,2	34,7	53,8	
Stress				
Ikke stresset	76,1	77,6	74,4	0,546
Stresset	23,9	22,4	25,6	
BMI				
Normalvægt (BMI = 18-25 kg/m ²)	31,4	32,7	29,9	0,813
Overvægt (BMI = 25-30 kg/m ²)	39,8	38,1	41,9	
Fedme (BMI > 30 kg/m ²)	28,8	29,3	28,2	
	År	År	År	p-værdi ^a
Gennemsnitsalder (standarddeviation)	66,2 (12,1)	65,3 (11,8)	67,2 (12,4)	0,208

BMI = *body mass index*.

a) p-værdi for forskel i fordelingen af mænd og kvinder. p-værdi for signifikant forskel markeres med kursiv.

sonregister [7], hvoraf 264 respondenter med type 2-diabetes (se kriterier for klassifikation og udvælgelse i Tabel 1) udgør undersøgelsespopulationen.

Sociale relationer belyses ud fra et strukturelt og et funktionelt aspekt. Med udgangspunkt i *Due et al's* [8] begrebsligørelse afspejler det strukturelle aspekt en kvantitativ dimension af sociale relationer og måles ud fra samlivsstatus og social kontakt. »Samlivsstatus« belyser, hvorvidt respondenterne er

samlevende eller ikkesamlevende, mens »social kontakt« beskriver respondenternes hyppighed af kontakt; respondenter, der minimum ugentligt træffer enten familie eller venner/bekendte, klassificeres som havende hyppig social kontakt.

Det funktionelle aspekt afspejler en kvalitativ dimension og måles ud fra funktionelt netværk. Respondenter, der vurderer, at de kan regne med hjælp til praktiske problemer, hvis de bliver syge, klassificeres som havende et godt funktionelt netværk.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 3. Ujusteret sammenhæng mellem hovedvariabler for undersøgelsespopulationen (n = 264).

	Fysisk inaktivitet		Lever ikke op til kostråd		Overskrider genstandsgrænser		Ryger	
	OR (95% KI)	p-værdi	OR (95% KI)	p-værdi	OR (95% KI)	p-værdi	OR (95% KI)	p-værdi
<i>Samlivsstatus</i>								
Ikkesamlevende i forhold til samlevende	2,34 (1,38-3,95) ^a	0,002 ^a	1,80 (1,03-3,15) ^a	0,038 ^a	0,36 (0,10-1,29)	0,117	1,42 (0,83-2,45)	0,201
<i>Social kontakt</i>								
Sjældent i forhold til hyppig	1,24 (0,62-2,46)	0,542	1,09 (0,53-2,23)	0,810	0,71 (0,16-3,23)	0,659	1,26 (0,62-2,56)	0,521
<i>Funktionelt netværk</i>								
Dårligt i forhold til godt	2,17 (1,24-3,77) ^a	0,006 ^a	2,39 (1,26-4,53) ^a	0,007 ^a	0,33 (0,07-1,48)	0,148	1,21 (0,68-2,16)	0,518

OR = odds-ratio; KI = konfidensinterval. a) signifikant sammenhæng.

Sundhedsadfærd belyses ud fra fysisk aktivitet, kost, alkohol og rygning. »Fysisk aktivitet« afspejler, hvorvidt respondenterne lever op til Sundhedsstyrelsens (SST) anbefalinger fra 2004 for fysisk aktivitet [9]. Fysisk aktivitet måles som en kombination af intensitet i hovedbeskæftigelse samt varighed og intensitet i fritid. Respondenter kategoriseres som levende op til SST's anbefalinger, hvis de som minimum dyrker lettere motion i fire timer pr. uge eller ikke har en stillesiddende hovedbeskæftigelse. »Kost« belyser gennem et dikotomiseret indeks, hvorvidt respondenterne lever op til Fødevarestyrelsens kostråd fra 2005 [10]. Indekset inkluderer information om, hvor hyppigt respondenterne spiser kogte grøntsager, salat/råkost, frugt, fisk til aftensmad og fedtstof på brød. »Alkohol« måler, om respondenterne lever op til SST's anbefalinger for maksimalt ugentligt alkoholforbrug; kvinder 14 genstande, mænd 21 genstande [11]. »Rygning« belyser, hvorvidt respondenterne ryger eller ej, og dermed om de lever op til SST's anbefalinger [12]. Spørgsmålene, der anvendes til at beskrive sundhedsadfærd, har til formål at afspejle respondenternes faktiske adfærd og ikke deres viden om sund adfærd.

Der er kontrolleret for køn, alder, indkomst, selv vurderet helbred, funktionsevne, stress og *body mass index* (BMI).

Sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd undersøges vha. deskriptive analyser, konsstratificering, logistiske regressioner og baglæns modelsøgning. Endvidere udføres der bortfaldsanalyse på følgende respondentgrupper: 1) alle respondenter, der var klassificeret som type 2-diabetikere (n = 320), 2) respondenter, der var ekskluderet fra undersøgelsespopulationen på baggrund af manglende besvarelse af en eller flere hoved- og kovariater (n = 56), og 3) respondenter, der udgjorde den endelige undersøgelsespopulation (n = 264) (82,5% af hele diabetespopulationen).

Undersøgelsens analyser udførtes vha. SPSS 13.0 for Windows, og sammenhænge blev testet på et 5% signifikansniveau.

Resultater

Hovedparten af undersøgelsespopulationen var samlevende, havde hyppig social kontakt og et godt funktionelt netværk (Tabel 2). To tredjedele levede ikke op til anbefalingerne for kost, mens ca. en tredjedel ikke levede op til anbefalingerne

for fysisk aktivitet og rygning. Der ses tendens til, at mænd i højere grad levede op til anbefalingerne for fysisk aktivitet end kvinder gjorde, mens en større andel af kvinderne end af mændene efterlevede kostanbefalingerne (Tabel 2).

Samlivsstatus og funktionelt netværk er signifikant associeret med fysisk aktivitet og kost ved justerede logistiske regressioner (Tabel 3). Der findes ingen signifikant sammenhæng mellem samlivsstatus eller funktionelt netværk og hhv. alkohol samt rygning. Endvidere er social kontakt ikke signifikant associeret til variablerne for sundhedsadfærd. Variablerne social kontakt, alkohol og rygning udelukkes derfor fra den videre analyse.

Stratifikation for køn viser, at der ikke forekommer signifikant forskel på sammenhængene for mænd og kvinder. Køn modificerer dermed ikke effekten af sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd (Breslow-Day test), hvorfor køn udelukkende inddrages som mulig konfounder.

Sammenhængen mellem funktionelt netværk og efterlevelse af anbefalingerne for kost forblev signifikant ved kontrol for alder, indkomst og funktionsevne vurderet ved logistisk regression (Tabel 4). Ved baglæns modelsøgning fandtes ligeledes en signifikant sammenhæng mellem funktionelt netværk og kost kontrolleret for alder og køn (odds-ratio (OR): 2,28 (spændvidde: 1,17-4,42)). Modsat dette var der udelukkende tendens til sammenhæng mellem funktionelt netværk og fysisk aktivitet ved logistisk regression kontrolleret for alder, indkomst, selv vurderet helbred og funktionsevne (OR: 1,77 (spændvidde: 0,92-3,40)). Sammenhængen var dog insignifikant ved baglæns modelsøgning kontrolleret for alder, funktionsevne, BMI samt interaktion mellem funktionelt netværk og funktionsevne. Sammenhængen mellem samlivsstatus og kost var insignifikant kontrolleret for køn, alder og indkomst ved såvel logistisk regressionsanalyse som baglæns modelsøgning. Ved logistisk regressionsanalyse fandtes en tendens til sammenhæng mellem samlivsstatus og fysisk aktivitet kontrolleret for køn, alder og funktionsevne (OR: 1,67 (spændvidde: 0,91-3,07)). Denne tendens blev genfundet ved baglæns modelsøgning kontrolleret for alder og funktionsevne (OR: 1,68 (spændvidde: 0,92-3,02)).

Bortfaldsanalysen viser, at en signifikant større andel af de

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 4. Multivariat model for sammenhængen mellem funktionelt netværk og lever ikke op til kostenbefalingerne.

	Model 1 ujusteret (odds-ratio)	Model 2 justeret			Model 3 justeret (odds-ratio)
		alder (odds-ratio)	indkomst (odds-ratio)	funktionsevne (odds-ratio)	
<i>Funktionelt netværk</i>					
Godt	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Dårligt	2,39 (1,26-4,53)	2,23 (1,16-4,30)	2,12 (1,11-4,08)	2,27 (1,19-4,32)	2,06 (1,06-4,00)
<i>Alder</i>					
Pr. år	1,05 (1,03-1,08)	1,05 (1,03-1,07)			1,04 (1,01-1,07)
<i>Indkomst</i>					
Over 250.000 kr.	1,00		1,00		1,00
100.000-250.000 kr.	3,09 (1,47-6,51)		2,73 (1,28-5,81)		1,93 (0,86-4,32)
Under 100.000 kr.	4,69 (2,05-10,72)		4,21 (1,83-9,71)		1,87 (0,68-5,13)
<i>Funktionsevne</i>					
God	1,00			1,00	1,00
Dårlig	1,64 (0,97-2,78)			1,52 (0,89-2,60)	1,17 (0,65-2,10)
		%	%	%	%
Ændring af den ujusterede odds-ratio i model 1		6,69	11,30	5,02	13,81

Model 1 = Ujusterede sammenhænge mellem funktionelt netværk og kost samt kovariaterne alder, indkomst og funktionsevne.

Model 2 = Justerede sammenhænge mellem funktionelt netværk og kost, enkeltvis kontrolleret for kovariaterne alder, indkomst og funktionsevne.

Model 3 = Justeret sammenhæng mellem funktionelt netværk og kost, samtidig kontrolleret for de kovariater, der ændrede den rå odds-ratio med mere end 5% i model 2: alder, indkomst og funktionsevne. Denne er markeret med kursiv.

inkluderede end af de ekskluderede respondenter levede op til anbefalingerne for fysisk aktivitet; 65% af de inkluderede respondenter mod 50% af de ekskluderede. Det samme gælder for kost, hvor 33% af de inkluderede respondenter mod 15% af de ekskluderede efterlevede kostenbefalingerne. Endvidere havde en signifikant større andel af de inkluderede respondenter (57%) end af de ekskluderede (35%) en god funktionsevne. Ved ujusterede logistiske regressioner fandtes signifikante sammenhænge mellem sociale relationer og sundhedsadfærd for alle respondenter med type 2-diabetes og gruppen af inkluderede respondenter. For de ekskluderede respondenter fandtes kun signifikant association mellem samlivsstatus og fysisk aktivitet.

Diskussion

Undersøgelsen af sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes viser, at et godt funktionelt netværk er associeret med efterlevelse af kostenbefalingerne. Der ses endvidere en tendens til, at samlivsstatus og funktionelt netværk er positivt relateret til, hvorvidt respondenterne lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet. Undersøgelsesresultaterne stemmer herved overens med de eksisterende fund [3, 13]. Idet nærværende undersøgelse er baseret på et tværsnitsstudie, er det dog ikke muligt at fastlægge kausaliteten af de fundne sammenhænge.

Der er fremsat flere teorier til forklaring af sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd. *Umberson* opstiller en model, der begrebsliggør social kontrol som en dimension af social integration for at illustrere, hvordan sociale relationer kan indvirke på sund adfærd [14]. Med udgangs-

punkt i denne model kan undersøgelsens fund forklares både direkte og indirekte. Den direkte forklaringsmekanisme er, at sociale relationer kan virke kontrollerende gennem sanktioner og fysisk kontrol. En samlever kan f.eks. påminde om vigtigheden af at leve op til anbefalingerne for fysisk aktivitet og kost eller kontrollere tilgængeligheden af usunde fødevarer. Den indirekte virkningsmekanisme er, at sociale relationer kan fremme sund adfærd gennem internalisering af normer, hvilket kan udmønte sig i, at en person med type 2-diabetes i højere grad efterlever anbefalingerne for fysisk aktivitet, hvis personens samlever er fysisk aktiv.

Sammenhængen kan ligeledes forklares med *Banduras* teori om social læring [15], hvor adfærdændringer forudsættes *self-efficacy* (specifik selvtillid), der er et produkt af gensidigt samspil mellem personen og det sociale miljø [16].

Andelen med kendt type 2-diabetes ud fra undersøgelsens kriterier (1,9%) er lidt mindre end tidligere estimeret i den danske befolkning (2,2%) [17]. Dette kan skyldes, at SUSY2000 er en befolkningsundersøgelse, hvorfor undersøgelsens resultater kan være behæftet med en vis positiv selektion, således at respondenter med fysisk og psykisk overskud er overrepræsenteret. Diskrepansen mellem estimerne kan ligeledes tilskrives de valgte kriterier for type 2-diabetes, hvor personer under 40 år og personer, der udelukkende behandles med insulin, ikke medtages. Kriterierne er valgt for at undgå inklusion af personer med type 1-diabetes. Alderskriteriet er sat til 40 år, idet prævalensen af diagnosticeret diabetes blandt voksne danskere under 40 år er relativt lav [18]. Forekomsten af type 2-diabetes blandt yngre personer er dog stigende [1], hvorfor aldersgrænsen bør tages op til revision i fremtidige studier. Da insulinkriteriet har medført, at personer, der ude-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

lukkende var behandlet med insulin, er blevet ekskluderet, må det antages, at en del af de svært regulerbare personer med type 2-diabetes ikke er inddraget i undersøgelsespopulationen. De opstillede kriterier kan derfor give en sløring af resultaterne, hvilket der bør tages forbehold for i tolkningen.

Den endelige undersøgelsespopulation udgøres udelukkende af respondenter, der har besvaret alle anvendte variable, hvilket kan have medført selektionsbias. Bortfaldsanalysen viser dog ikke tegn på, at undersøgelsespopulationen udgør en særlig selekteret gruppe.

Datamaterialet er udelukkende baseret på selvrapportering. Det betyder, at respondenternes type 2-diabetes i forbindelse med dataindsamlingen ikke er bekræftet af en læge. Der er herved risiko for underrapportering, idet op mod 50% af alle type 2-diabetes-tilfælde er ikkediagnostiserede [1]. Underrapportering kan endvidere opstå ved, at nogle personer, der har diabetes og ikke modtager medicinsk behandling, ikke opfatter sig selv som diabetikere, og derfor ikke har tilkendegivet at have sygdommen. For at vurdere om der er overensstemmelse mellem selvrapporteret og lægediagnosticeret type 2-diabetes, kunne der være foretaget en samkørsel med Landspatientregistret, Sygesikringsregistret og Lægemedelstyrelsens Lægemedelstatistikregister.

Selvrapportering kan endvidere medføre informationsbias: Der kan for sundhedsadfærd gælde en samfundsnorm, som det kan være ønskværdigt at leve op til, hvilket kan have indvirket på respondenternes tilkendegivelser [9]. Denne bias kan være større for personer med kendt type 2-diabetes, idet det må antages, at denne population er mere oplyste om anbefalingerne for sund adfærd end baggrundsbefolkningen er. Der er derfor risiko for, at den rapporterede andel af undersøgelsespopulationen, der lever op til de officielle anbefalinger om sund adfærd, er højere end den faktiske.

I forhold til måling af sociale relationer viser undersøgelsen, at det er centralt at belyse såvel strukturelle som funktionelle aspekter. Det kunne dog yderligere have været centralt at belyse flere dimensioner af såvel det strukturelle som det funktionelle niveau, f.eks. bredden af respondenternes sociale relationer (kollegiale forhold, tilknytning til foreninger m.m.) samt respondenternes forankring i deres sociale relationer og eventuelle relationelle belastninger [8]. Spørgeskemaet i SUSY2000 giver dog ikke mulighed for at afdække alle centrale aspekter af sociale relationer.

De anvendte anbefalinger for sundhedsadfærd er målrettede den brede befolkning, og ikke specifikt en population med type 2-diabetes. Dette giver visse begrænsninger i forbindelse med at belyse sundhedsadfærd blandt personer med type 2-diabetes. I relation til kost kunne det have været centralt at inddrage information om respondenternes samlede kalorie- og sukkerindtag, hvilke er væsentlige komponenter i type 2-diabetikers sygdomskontrol. For at imødekomme spørgeskemaets begrænsninger vedr. kost er skæringspunktet i kostindekset sat relativt højt i kategoriseringen af respondenterne.

For fysisk aktivitet, alkohol og rygning gælder principielt samme anbefalinger for personer med og uden diabetes, hvorfor SST's generelle anbefalinger benyttes i undersøgelsen.

I fremtidige undersøgelser af sundhedsadfærd blandt personer med type 2-diabetes kunne det være relevant at inddrage andre mål for sund adfærd såsom hjemmemåling af blodglukose og deltagelse i undervisning om type 2-diabetes. Dette giver spørgeskemaet i SUSY2000 dog ikke mulighed for.

Konklusion

Resultaterne af nærværende undersøgelse viser, at der foreligger et behov for fremme af sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes, og indikerer, at sociale relationer bør inddrages i rehabiliteringen.

Korrespondance: *Astrid Ledgaard Holm*, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5 A, 2., DK-1399 København K. E-mail: astridholm@stud.ku.dk

Antaget: 22. maj 2007
Interessekonflikter: Ingen

Projektet er støttet af Lægeforeningens Forskningsfond – The Danish Medical Association Research Fund/The Søren Segel & Johanne Wiibroe Segels Research Grant.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Type 2-diabetes. Medicinsk Teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2003:5.
2. Van den Arend I, Stolk R, Kran H et al. Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Educ Couns* 2000;40:187-94.
3. Albright T, Parchman M, Burge S et al. Predictors of Self-care Behavior in Adults With Type 2 Diabetes. *Fami Med* 2001;33:354-60.
4. Gerstle J, Contento I. Post-diagnosis family adaption influences glycemic control in women with type 2 diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc* 2001;101:918-22.
5. Fisher L, Chesla C, Bartz R et al. The Family and Type 2 Diabetes: A Framework for Intervention. *Diabetes Educ* 1998;24:599-607.
6. Wang C, Fenske M. Self-care of adults with NIDDM: influence of family and friends. *Diabetes Educ* 1996;22:465-70.
7. Kjølner M, Rasmussen N. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
8. Due P, Holstein B, Lund R et al. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1999;48:661-73.
9. Jørgensen M, Rosenlund M. National monitorering af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet – et metodestudie. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
10. Ernæringsrådet og Danmarks Fødevarerforskning. Kostrådene 2005. København: Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender – Danmarks Fødevarerforskning, 2005.
11. Sundhedsstyrelsen. Genstandsgrænser for voksne. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
12. Sundhedsstyrelsen. Tobaksrygning og ryggestop: Konsekvenser for sundheden. København: Sundhedsstyrelsen, Viden og Dokumentationsenheden, 2004.
13. Maunsbach M. »En ting er teori – noget andet er praksis ...« Aspekter af compliance og noncompliance blandt type 2 diabetikere [ph.d.-afhandl]. København: Månedsskr Prakt Lægegern, 1999.
14. Umberson D. Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *J Health Soc Behav* 1987;28:306-19.
15. Bandura. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
16. Berkman L. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 1995; 57:245-54.
17. Glümer C, Carstensen B, Sandbæk A et al. A Danish diabetes risk score for targeted screening. *Diabetes Care* 2004;27:727-33.
18. Glümer C, Jørgensen T, Borch-Johnsen K. Prevalences of Diabetes and Impaired Glucose Regulation in a Danish Population. *Diabetes Care* 2003;26:2335-40.