



Gezondheidsmonitor stad Antwerpen 2017

Hoofdstuk 3 Subjectieve gezondheid

Opdrachtgever

Stad Antwerpen / Samen Leven

Uitvoerder

Stad Antwerpen / Studiedienst / Jerry Ruys

Verantwoordelijke uitgever

Stad Antwerpen / Studiedienst

Datum

08/08/2017



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
3 Subjectieve gezondheid	3
3.1 Multivariate analyse	5
3.2 Bivariate analyse	8
3.2.1 Objectieve gezondheidsindicatoren	8
3.2.2 Leefstijl	11
3.2.3 Socio-demografische kenmerken	13
3.3 Vergelijking Antwerpenaren – Vlamingen	17
Lijst van figuren.....	18
Lijst van tabellen.....	18
Lijst van grafieken	18



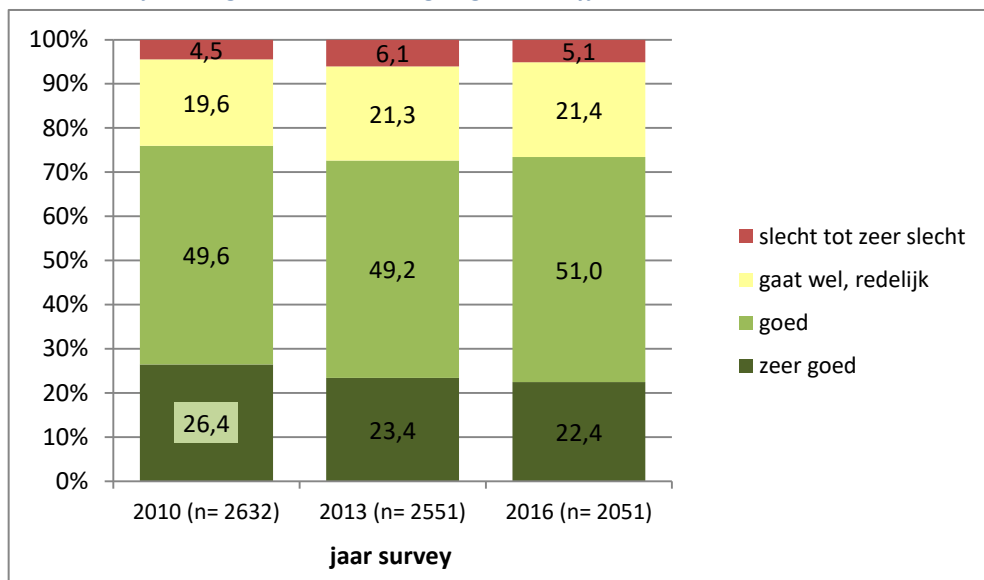
3 Subjectieve gezondheid

In dit hoofdstuk stellen we **het eigen oordeel van de Antwerpenaar over zijn algemene gezondheid** centraal. De eerste gezondheidsgerelateerde vraag uit de Antwerpse gezondheidsenquête peilt naar het oordeel van de eigen algemene gezondheid van de respondent. Hiervoor wordt een 5-puntenschaal gebruikt (zeer goede gezondheid tot zeer slechte gezondheid). Er bestaat geen eenduidige objectieve maat voor gezondheid. Gezondheid is niet simpelweg de afwezigheid van ziekte en ook niet de optelsom van een reeks fysieke aandoeningen en psychische problemen, hoewel die er allemaal deel van uitmaken. De enige manier om een relatief beeld te verwerven van de individuele gezondheidssituatie in het algemeen is de vraag te stellen aan de mensen zelf.

Hoe gezond voelt de Antwerpenaar zich? Het overgrote deel van de Antwerpenaren geeft aan zich gezond te voelen. **Degenen die hun gezondheid als zeer goed beoordelen (22,4%) en degenen die hun gezondheid als goed beoordelen (51%) vormen samen 73,4%. In vergelijking met de resultaten van 2010 (76%) is dit een negatieve evolutie; in vergelijking met de resultaten van 2013 (72,6%) betekent dit een quasi status-quo.** Het aandeel respondenten dat zeer positief over zijn algemene gezondheid oordeelt blijft 4 procentpunten beneden het toenmalige aandeel. Anders gesteld: terwijl 2010 slechts 24% van de respondenten geen goede gezondheid had, loopt dit aandeel in 2013 op tot 27,5% en in 2016 tot 26,5%. Slechts 5% vindt dat zijn gezondheid slecht of zeer slecht (0,6%) is. Wel merken we in vergelijking met de resultaten van de gezondheidsenquête 2013 een licht gunstige evolutie hierin.

We merken geen significante evoluties inzake subjectieve gezondheidsbeleving in de verschillende leeftijdsgroepen.

Grafiek 1 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens surveyjaar

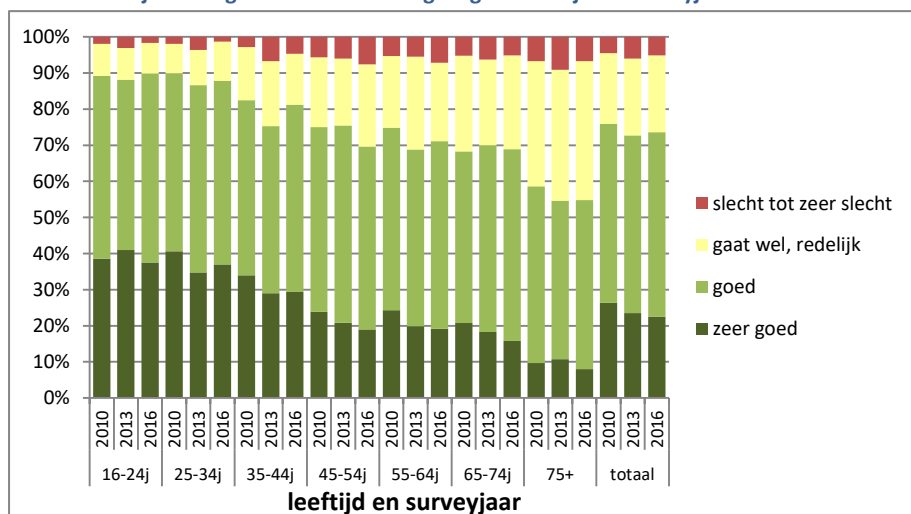


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2010, 2013 en 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 2 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens leeftijd en surveyjaar

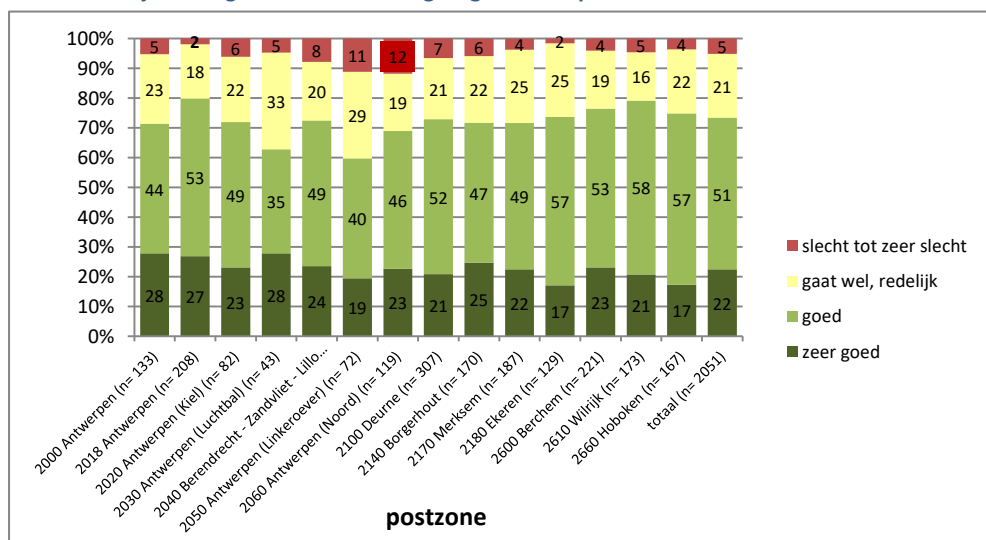


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2010, 2013 en 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Het aantal respondenten per postzone van hun woonplaats is relatief beperkt. Een significantietoets op de verschillen leert ons dat alleen het aandeel respondenten dat de eigen algemene gezondheid als slecht beoordeelt bij de respondenten uit 2060 Antwerpen Noord significant groter is dan bij de respondenten van postzone 2018. Het betreft voor de respondenten van Antwerpen Noord 12%, terwijl bij de respondenten van 2018 Antwerpen slechts 2% de eigen algemene gezondheid als slecht beschouwt.

Hoewel de verschillen in aandeel respondenten met een subjectieve goede gezondheid niet significant blijken te zijn, geven we toch de resultaten mee in figuur1. Behalve in Antwerpen Luchtbal, Linkeroever en Antwerpen Noord geeft telkens minstens 7 op 10 van de respondenten aan dat ze een goede algemene gezondheid hebben. Alleen in Antwerpen Linkeroever beoordeelt minder dan 6 op 10 van de respondenten de eigen gezondheid als goed. Let wel: de percentages voor de respondenten uit postzones 2040 Bezali, 2020 Antwerpen Kiel, 2030 Antwerpen Luchtbal en 2050 Antwerpen Linkeroever zijn gebaseerd op een totaal van minder dan 100 respondenten.

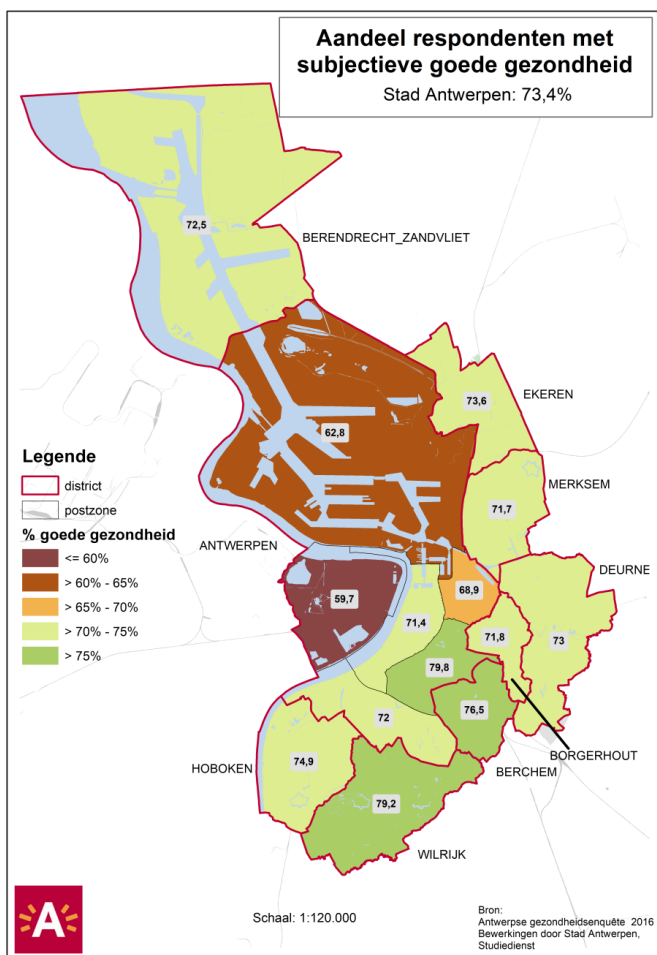
Grafiek 3 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens woonplaats



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Figuur 1 Aandeel respondenten met goede subjectieve gezondheid volgens woonplaats



3.1 Multivariate analyse

Na het gemiddelde van alle respondenten over het algemene oordeel over zijn/haar gezondheid te hebben getoond, geven we de resultaten weer van een **multivariate regressieanalyse**. Hierbij gaan we na of er verschillen bestaan tussen de bevolkingsgroepen (leeftijd, geslacht, herkomst, socio-economische status, beroep, opleidingsniveau, positie in gezin). Met deze werkwijze schakelen we bepaalde 'schijnverbanden' uit omdat we mogelijk beïnvloedende variabelen onder controle brengen en zo behouden we alleen de verbanden die statistisch met zekerheid bestaan. We onderzoeken met behulp van deze werkwijze ook of er verbanden bestaan tussen enerzijds de subjectieve algemene gezondheid en anderzijds het fysieke gezondheidsniveau, het psychische gezondheidsniveau en de leefstijl van Antwerpenaren.

In het weergegeven statistische model (tabel 1) werden alleen de variabelen weerhouden die invloed uitoefenen op de subjectieve algemene gezondheid. Het gehele **statistische model** heeft een **verklaringskracht** (Adjusted R Square) **van 41%** t.o.v. de variantie van de algemene subjectieve gezondheid. Uit de tabel lezen we af dat de **indicator 'aanwezigheid en impact andere ziekte' veruit de grootste invloed uitoefent op de subjectieve**



gezondheidsbeleving (Adjusted R Squared = 0,204). Naast deze indicator verklaren ook andere indicatoren in grote mate het subjectieve oordeel over de eigen algemene gezondheid. In volgorde van verklaringskracht:

- aanwezigheid en impact andere ziekte: 20,4%
- aanwezigheid en impact slaapstoornis: 14%;
- aanwezigheid en impact psychisch probleem: 11,4%;
- aanwezigheid en impact hoge bloeddruk: 11%;
- leeftijd: 8,1%;
- frequentie sportbeoefening: 7,2%
- opleidingsniveau: 7,1%
- socio-economische status: 5,3%;
- wandelfrequentie: 4,2%;
- Body Mass Index: 3,9%

De invloed van geslacht en etnische herkomst blijkt quasi nihil en de verschillen inzake subjectieve gezondheidsbeleving volgens socio-economische status blijken net niet significant.

Tabel 1 Regressiemodel subjectieve gezondheidsbeleving ($R^2=0,427$; $F=26,5$; $P<0,000$)

Source	Type III Sum of Squares	Mean Square	F	Sig.	Noncent. Parameter	Observed Power ^b	Adjusted R Squared
Corrected Model	311,381a	9,158	26,141	,000	888,81	1,000	1
Intercept	587,260	587,26	1676,28	,000	1676,28	1,000	1
GESL	,031	,031	,089	,766	,089	,060	0,001
leeftijd_4	12,508	4,169	11,901	,000	35,702	1,000	0,081
opleidingsniv	7,977	1,595	4,554	,000	22,771	,974	0,071
etniciteit_geograf_2_bis	3,965	1,982	5,658	,004	11,317	,862	0,003
ses	1,180	1,180	3,368	,067	3,368	,450	0,053
impact_hoge_bloeddruk	10,317	3,439	9,816	,000	29,449	,998	0,11
impact_andere_ziekte	43,235	14,412	41,137	,000	123,411	1,000	0,204
impact_psych_probl	16,712	5,571	15,901	,000	47,703	1,000	0,114
impact_slaapstoornis	9,053	3,018	8,614	,000	25,842	0,995	0,140
frequentie_wandelen_bis	4,652	2,326	6,639	,001	13,278	,913	0,042
Q23_3	7,846	1,569	4,479	,000	22,396	,971	0,072
Q12_BMI	2,759	0,920	2,625	,049	7,876	,645	0,039

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Tabel 2 toont de Parameter Estimates. Hier lezen we per onafhankelijke variabele die in het statistisch regressiemodel is opgenomen hoe groot het te verwachten verschil in het oordeel over de algemene gezondheid is volgens variabele-categorie. Dit verschil wordt uitgedrukt in een cijfer dat refereert aan het verschil tussen de gemiddelde score van de respondenten uit de referentiecategorie en de gemiddelde score van de respondenten uit de vergelijkcategorie op een vijf-puntenschaal (waarbij score 1 = zeer goede gezondheid en score 5 = zeer slechte gezondheid).

Let wel: een negatieve afwijking t.o.v. de referentiecategorie betekent hier dus een meer gunstig oordeel over de eigen algemene gezondheid. Zo lezen we bijvoorbeeld (zie eerste kolom) dat de respondenten van de referentiecategorie bij de variabele 'leeftijd' t.o.v. de andere drie leeftijdscategorieën gemiddeld minder gunstig scoren. De referentieleeftijd is hier de leeftijdsgroep 75-plus. Hoe jonger de leeftijdsgroep hoe groter de afwijking in gunstige zin t.o.v. het gemiddelde subjectieve gezondheidsoordeel van de 75-plussers. Zo zien we ook dat respondenten met een gezond gewicht en – in mindere mate respondenten met licht of matig overgewicht – hun algemene gezondheid gemiddeld gunstiger beoordelen dan de referentiecategorie van respondenten met ernstig overgewicht. Respondenten met ondergewicht beoordelen hun algemene gezondheid gemiddeld slechter dan hen met ernstig overgewicht.



Tabel 2 Parameter Estimates Afhankelijke variabele Subjectieve algemene gezondheid

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Intercept	3,912	,212	18,451	,000	18,451	1,000
[GESL = vrouw]	,011	,036	,298	,766	,298	,060
[GESL = man]	0a					
[leeftijd = 16-34j]	-,370	,071	-5,190	,000	5,190	,999
[leeftijd = 35-44j]	-,314	,075	-4,182	,000	4,182	,987
[leeftijd = 45-74j]	-,149	,061	-2,439	,015	2,439	,683
[leeftijd = 75+]	0a					
[opleidingsniv = geen diploma]	,275	,086	3,181	,002	3,181	,888
[opleidingsniv = lager onderwijs]	,279	,072	3,894	,000	3,894	,973
[opleidingsniv = buitengewoon onderwijs]	,250	,119	2,102	,036	2,102	,556
[opleidingsniv = lager secundair]	,152	,057	2,696	,007	2,696	,769
[opleidingsniv = hoger secundair]	,114	,044	2,610	,009	2,610	,741
[opleidingsniv = hoger onderwijs]	0a					
[etniciteit = Noord-Afrika – West-Azië]	,165	,067	2,459	,014	2,459	,690
[etniciteit = Oost-Europa]	,250	,097	2,581	,010	2,581	,732
[etniciteit = autochtoon en rest wereld]	0a					
[ses = lage socio-economische status]	,091	,050	1,835	,067	1,835	,450
[ses = geen lage socio-economische status]	0a					
[bloeddruk = geen hoge bloeddruk]	-,622	,145	-4,302	,000	4,302	,990
[hoge_bloeddruk = geen of weinig impact]	-,516	,150	-3,441	,001	3,441	,930
[hoge_bloeddruk = matige impact]	-,322	,163	-1,974	,049	1,974	,505
[hoge_bloeddruk = grote impact]	0a					
[andere_ziekte = geen andere ziekte]	-,658	,068	-9,721	,000	9,721	1,000
[andere_ziekte = geen of weinig impact]	-,285	,106	-2,700	,007	2,700	,770
[andere_ziekte = matige impact]	-,305	,087	-3,504	,000	3,504	,938
[andere_ziekte = grote impact]	0a					
[psych_probl = geen psychische problemen]	-,578	,088	-6,589	,000	6,589	1,000
[psych_probl = geen of weinig impact]	-,409	,114	-3,596	,000	3,596	,949
[psych_probl = matige impact]	-,360	,108	-3,318	,001	3,318	,912
[psych_probl = grote impact]	0a					
[slaapstoornis = geen slaapstoornis]	-,328	,086	-3,795	,000	3,795	,967
[slaapstoornis = geen of weinig impact]	-,216	,095	-2,272	,023	2,272	,622
[slaapstoornis = matige impact]	-,099	,093	-1,056	,291	1,056	,184
[slaapstoornis = grote impact]	0a					
[frequentie_wandelen = nooit tot max. 1x/maand]	,182	,056	3,253	,001	3,253	,902
[frequentie_wandelen = max. 3x/week]	-,022	,038	-,586	,558	,586	,090
[frequentie_wandelen = min. 4x/week]	0a					
[frequentie_sport = nooit]	,220	,121	1,815	,070	1,815	,442
[frequentie_sport = max. 1x/maand]	,222	,130	1,703	,089	1,703	,398
[frequentie_sport = 2 tot 4x/maand]	,163	,126	1,289	,198	1,289	,251
[frequentie_sport = 2 tot 3 x/week]	,037	,125	,297	,766	,297	,060
[frequentie_sport = 4 tot 6x/week]	-,063	,146	-,430	,667	,430	,071
[frequentie_sport = elke dag]	0a					
[BMI = ondergewicht]	,051	,114	,450	,653	,450	,073
[BMI = gezond gewicht]	-,119	,055	-2,162	,031	2,162	,579
[BMI = overgewicht]	-,043	,057	-,759	,448	,759	,118
[BMI = ernstig overgewicht]	0a					

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



3.2 Bivariate analyse

De richting en grootte van de afwijking inzake algemene gezondheid tussen variabele-categorieën kunnen we ook aflezen uit de grafieken in dit deel. Voor alle (onafhankelijke) variabelen die in het statistisch regressiemodel invloed uitoefenen op de subjectieve gezondheidsbeleving (afhankelijke variabele) bekijken we dus ook het verband tussen beide variabelen op basis van een **bivariate analyse**. Al de indicatoren die in onderstaande paragraaf 3.2.1 in relatie gesteld worden tot de subjectieve gezondheidsbeleving komen nog uitgebreid aan bod in hoofdstuk 4 en 5 van de gezondheidsmonitor. Aan de indicatoren die in paragraaf 3.2.2 in relatie gesteld worden met de subjectieve gezondheid schenken we nog uitgebreid aandacht in hoofdstuk 6.

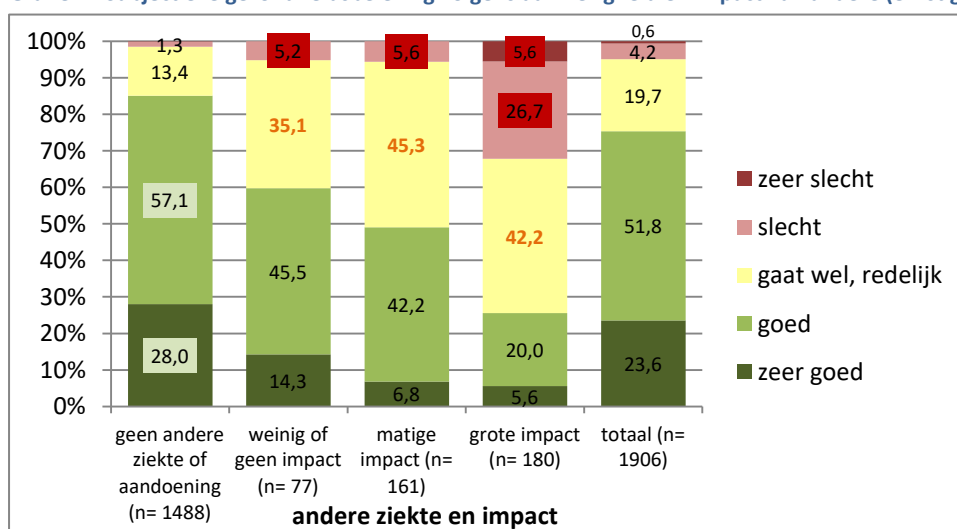
3.2.1 Objectieve gezondheidsindicatoren

Onze multivariate analyse toonde dat hoe groter de impact die de ziekte of aandoening, de slaapstoornissen, de psychische problemen of hoge bloeddruk heeft op het dagelijkse leven, hoe negatiever de gezondheidsbeleving is. Onderstaande grafieken, gebaseerd op bivariate analyse, toont die tendensen op visueel aantrekkelijke manier.

De invloed van de impact van een andere ziekte of aandoening die respondenten eventueel tijdens het voorbije jaar hebben ondervonden op de het subjectieve gezondheidsgevoel interfereert met de leeftijd van de respondent. Tussen verschillende leeftijdsgroepen zien we een verschillend patroon. Bij de twee jongste leeftijdsgroepen tesamen (jonger dan 35 jaar) en bij de 75-plussers blijkt het verschil inzake de beoordeling van de eigen algemene gezondheid tussen respondenten die het voorbije jaar geen en zij die wel een andere ziekte of aandoening hebben gehad (specifiek zij die daarvan een grote impact hebben ondervonden) duidelijk kleiner dan bij de 35- tot 64-jarigen. Voor de bovenstaande verbanden tonen we echter geen grafiek, omdat de aantallen per leeftijdsgroep te klein zijn.

Het viel te verwachten dat wanneer we ook de eventuele impact van een ziekte of aandoening, psychisch probleem, enzovoort op het dagelijks functioneren mee in rekening brengen er sowieso een sterk verband met de algemene gezondheid zou gevonden worden. Alle grafieken vertonen een zeer duidelijk verband, waarbij **het aandeel mensen met een slechte gezondheid toeneemt naarmate de aandoening (ernstige ziekte, hoge bloeddruk) of het probleem (psychisch probleem, slaapstoornis) een grotere impact op het dagelijks functioneren uitoefent**. De verschillen zijn groot, maar vergelijkbaar tussen elke afzonderlijke grafiek.

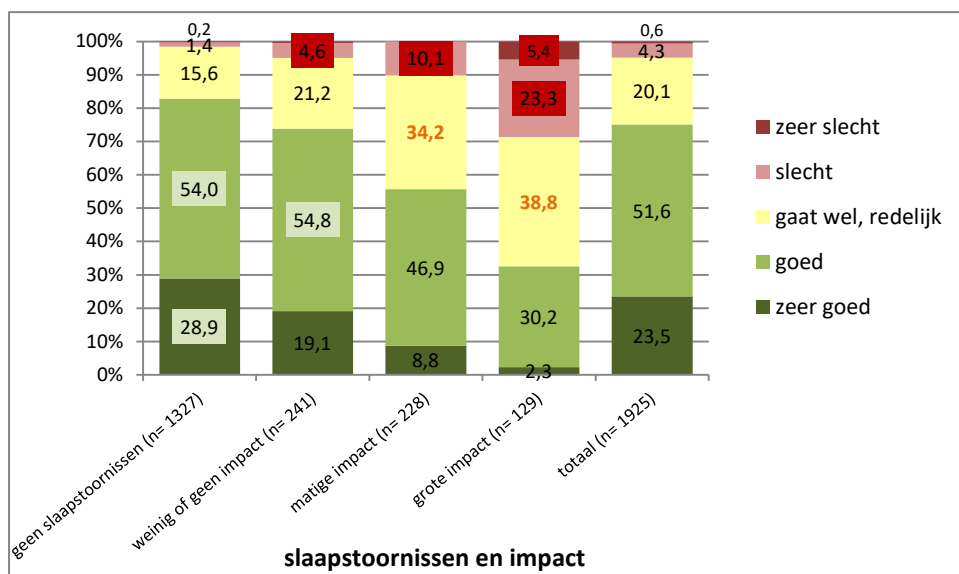
Grafiek 4 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van andere (ernstige) ziekte of aandoening



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



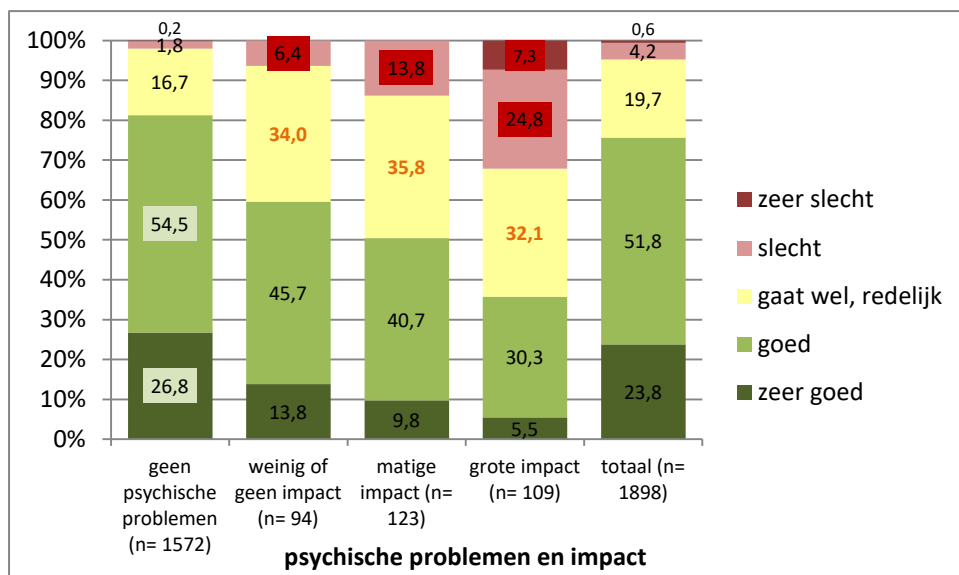
Grafiek 5 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van slaapstoornissen



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 6 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van psychische problemen

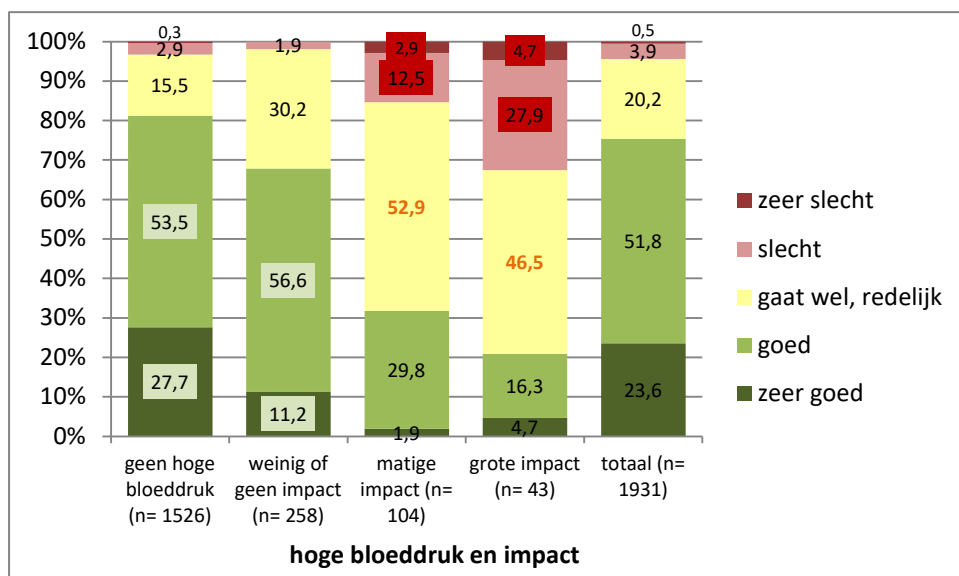


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 7 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van hoge bloeddruk



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

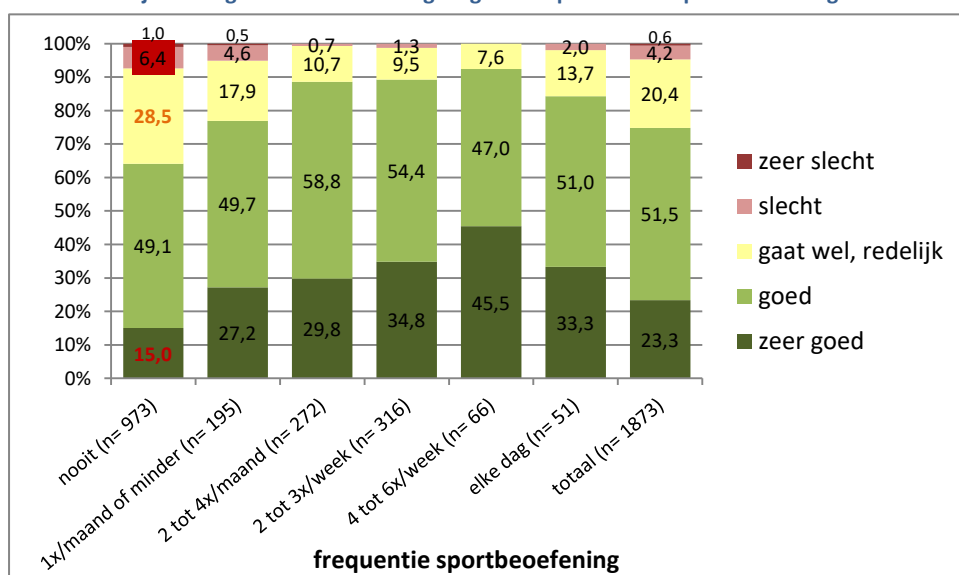


3.2.2 Leefstijl

De gezondheidsbeleving wordt negatiever naargelang men minder frequent aan sport doet en minder vaak gedurende 30 minuten stapt. Hier is het moeilijk in te schatten wat oorzaak en wat gevolg is. Mogelijk beweegt men minder als men een slechte gezondheid heeft. In elk geval zijn de verschillen opvallend. **Van de respondenten die nooit sport beoefenen schat 64% zijn algemene gezondheid als goed in (slechts 15% zeer goed). Bij de bijna dagelijkse sporters loopt dit aandeel op tot 92%.** Maar 65% van de mensen die maximaal één keer per week minstens 30 minuten stappen vindt de eigen algemene gezondheid goed. Bij de meer frequente stappers loopt dit percentage op tot 78%.

Respondenten met een gezond gewicht beoordelen de eigen algemene gezondheid significant vaker als zeer goed (28% t.o.v. 23% gemiddeld). Het aandeel respondenten dat de algemene gezondheid niet als goed maar ook niet als slecht beschouwd is duidelijk groter bij de mensen met overgewicht. **Zowel respondenten met ernstig overgewicht (8,4%) als respondenten met ondergewicht (15,5%) beoordelen de algemene gezondheid significant vaker als slecht.**

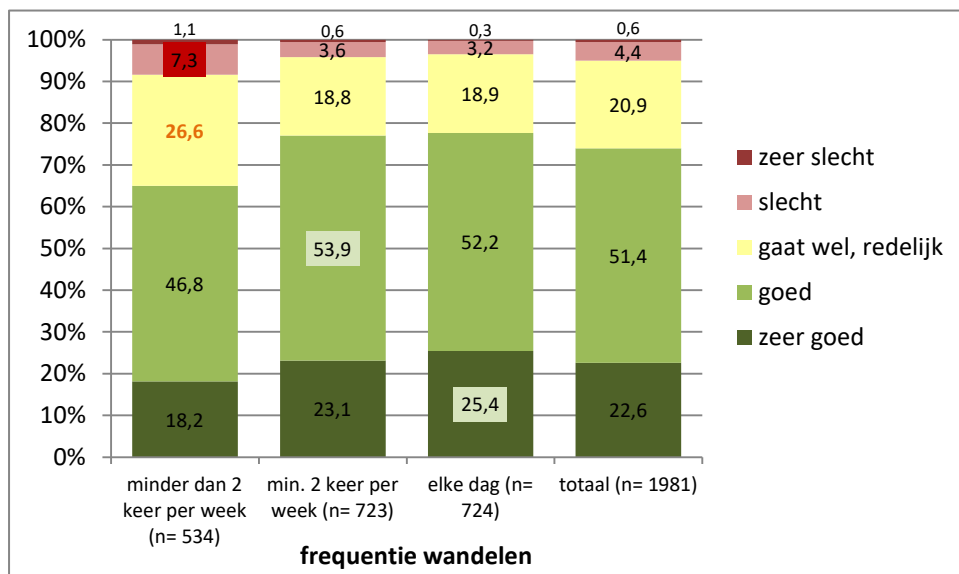
Grafiek 8 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens frequentie van sportbeoefening



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

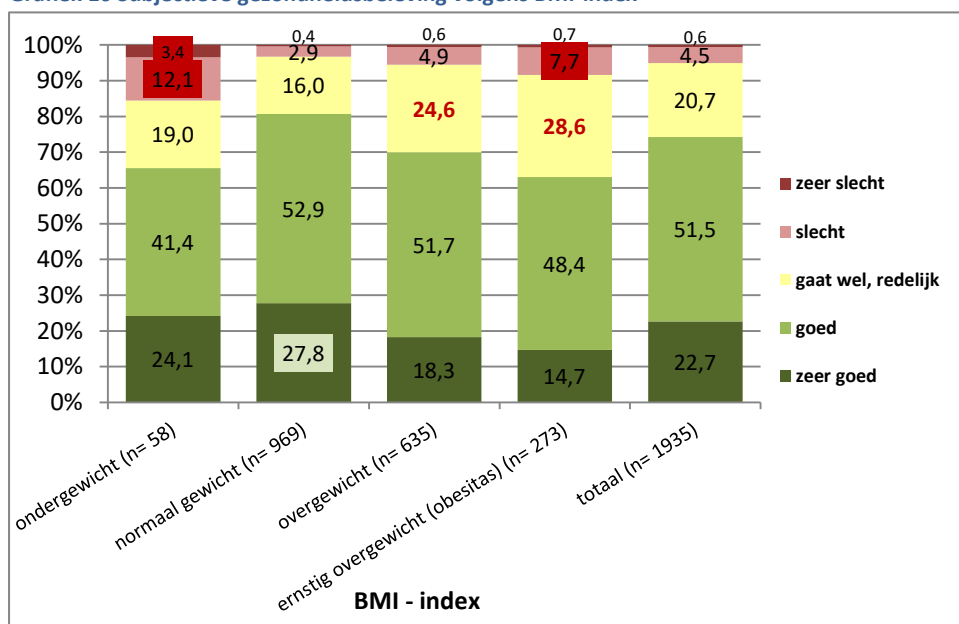
Grafiek 9 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens frequentie van wandelen/stappen



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 10 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens BMI-index



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



3.2.3 Socio-demografische kenmerken

Hoewel er wat betreft subjectieve gezondheid geen significant verschil tussen mannen en vrouwen werd gevonden, geven we in de eerste onderstaande grafiek – ter volledigheid – toch de resultaten voor mannen en vrouwen weer.

Waarschijnlijk het meest voorspelbare verband zien we in grafiek 12: hoe ouder men is, hoe minder men aangeeft zich gezond te voelen. **Vooraf het aandeel in zeer goede gezondheid neemt af met de leeftijd.** Het percentage in slechte gezondheid neemt ook toe maar vormt geen communicerende vaten met de ongunstige evolutie van de mensen in goede gezondheid. Het grote verschil situeert zich bij de mensen die zich niet gezond maar ook niet ongezond voelen.

Bij de groep respondenten van Noord-Afrikaanse en West-Aziatische herkomst (11%) zien we een opvallend groter percentage met een slechte gezondheid dan gemiddeld (5%). Bij de van origine Noord-Afrikanen en West-Aziaten verkeert slechts 65% van de respondenten in goede gezondheid.

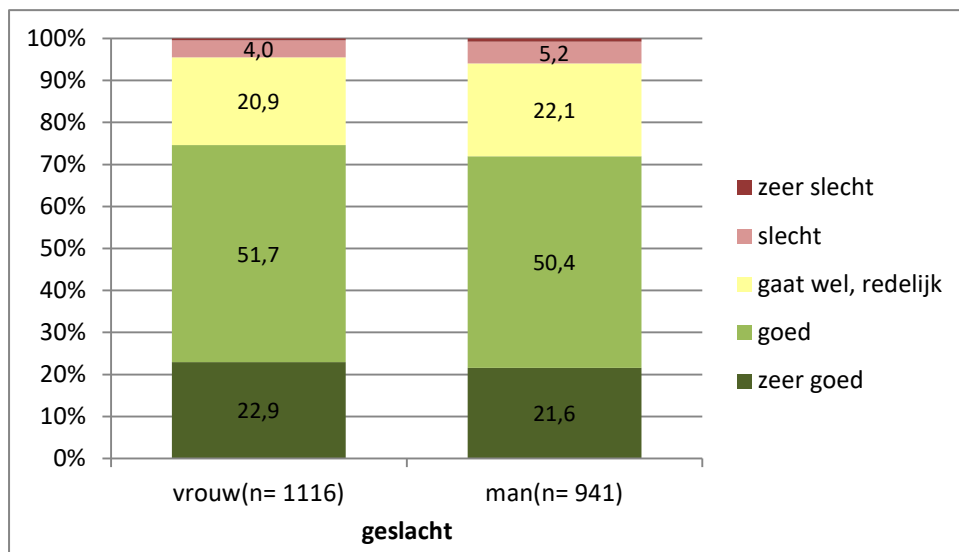
De nieuw samengestelde variabele 'socio-economische status' bleek ook in beperkte mate het subjectieve oordeel over de algemene gezondheid te verklaren. Maar liefst 11,4% van de respondenten met een lage socio-economische status vindt de eigen algemene gezondheid slecht (t.o.v. 2,6% bij de overige respondenten) en slechts 54% van hen vindt de eigen algemene gezondheid goed of zeer goed (t.o.v. 79% bij de overige respondenten). Maar deze verschillen tussen mensen met en zonder lage socio-economische status bleken net niet significant te zijn. Daarom focussen we hier op het opleidingsniveau van de respondenten, waarbij gevonden verschillen wel een significante invloed uitoefenen op de subjectieve gezondheid, althans bij de multiple regressie-analyse (lees: het onder controle houden van andere kenmerken van de respondenten). **Respondenten die een diploma hoger onderwijs hebben behaald vinden de eigen algemene gezondheid significant vaker goed tot zeer goed (86% t.o.v. 73% gemiddeld).** Maar liefst 32% van hen ervaart de gezondheid als zeer goed (t.o.v. 22,5% gemiddeld). Respondenten die hoogstens lager secundair onderwijs doorliepen (27%) en degenen die geen diploma secundair onderwijs behaalden (meer dan 32%) geven vaker aan dat ze de eigen gezondheid als niet goed en ook niet slecht bestempelen. Het aandeel met een slechte subjectieve gezondheid is significant groter bij de respondenten zonder diploma (14%) en de respondenten met een diploma van lager onderwijs (8,3%).

We hebben grafiek 15 toegevoegd, waarin per afzonderlijke leeftijdsgroep alsook voor de gehele netto-steekproef de significante verschillen inzake subjectief gezondheidsgevoel tussen respondenten met en respondenten zonder lage socio-economische status worden getoond. **Respondenten met een lage socio-economische status beoordelen de eigen algemene gezondheid significant minder vaak als goed tot zeer goed (54,4% t.o.v. 79,4% bij de overige respondenten en 73,4% gemiddeld).** Maar liefst 11,5% van de respondenten met een lage socio-economische status ervaart de algemene gezondheid als slecht tot zeer slecht (t.o.v. 2,6% bij de overige respondenten en 5,1% gemiddeld).

Aangezien we intussen weten dat het aandeel respondenten dat de eigen algemene gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt stelselmatig afneemt met de leeftijd, de respondenten met een lage socio-economische status bij de jongste leeftijdsgroep substantieel groter is dan bij de overige leeftijdsgroepen en er alleen in de jongste leeftijdsgroep geen significant verschil bestaat inzake subjectief gezondheidsgevoel tussen respondenten met en respondenten zonder lage socio-economische status (zie grafiek 15), kunnen we ervan uitgaan dat de verklaarde variantie van de variabele 'socio-economische status' ten aanzien van de subjectieve algemene gezondheid groter zou zijn ingeval we alleen een multivariaat verklaringsmodel zouden uitvoeren op basis van de respondenten die 25 jaar of ouder zijn.



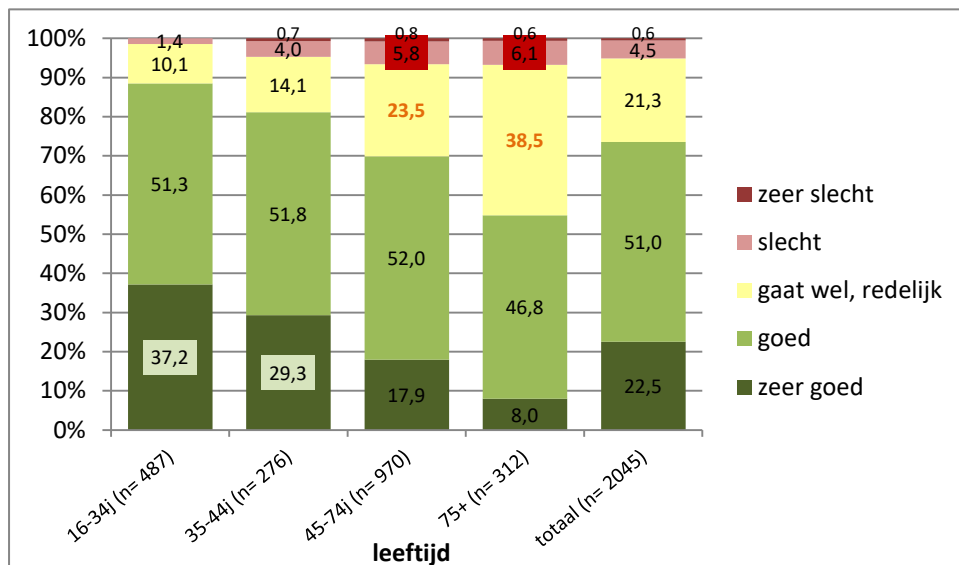
Grafiek 11 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens geslacht



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 12 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens leeftijd

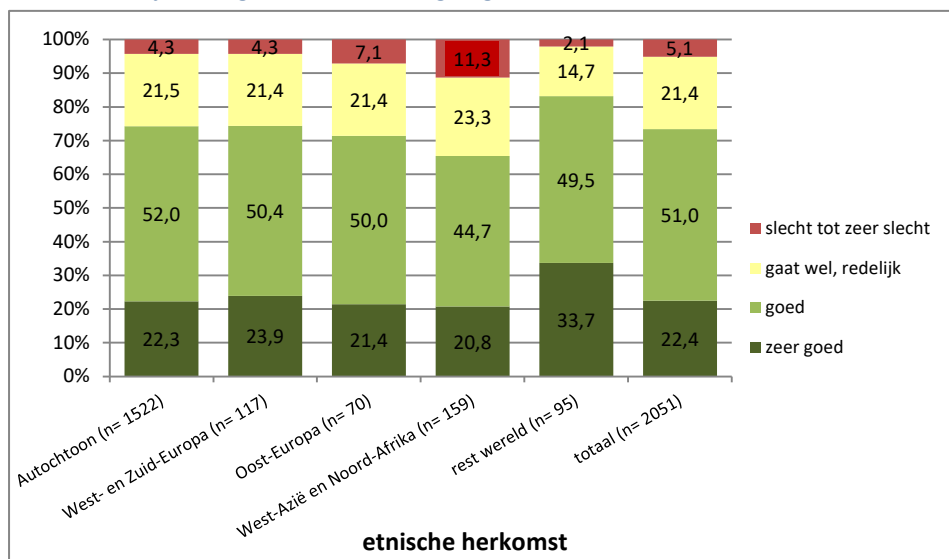


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



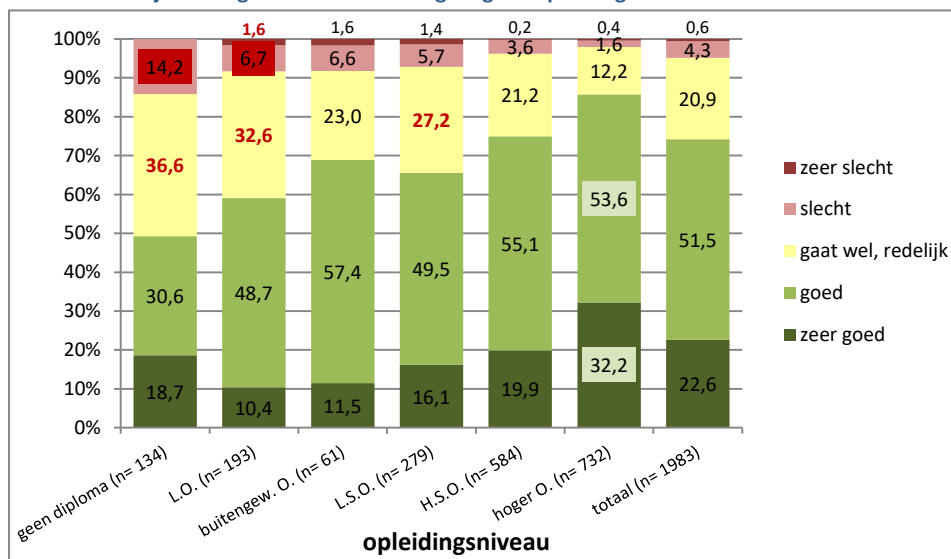
Grafiek 13 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 14 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens opleidingsniveau

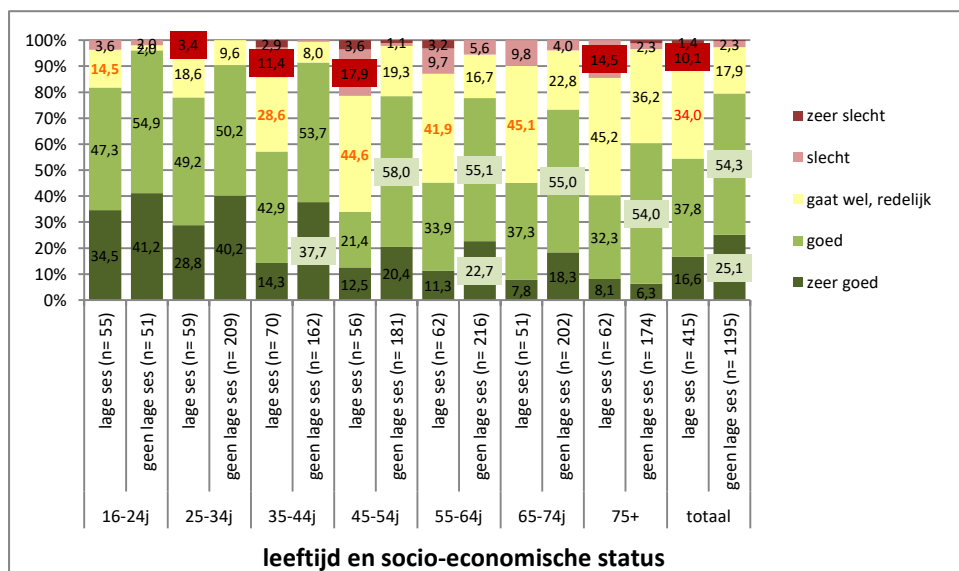


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 15 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens leeftijd en socio-economische status



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

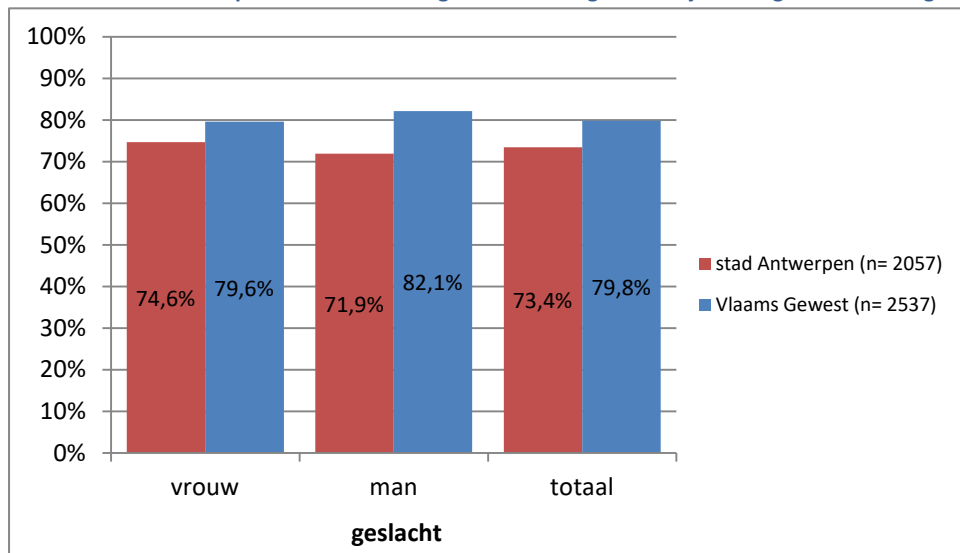


3.3 Vergelijking Antwerpenaren – Vlamingen

Antwerpenaren beoordelen hun algemene gezondheid opvallend minder vaak goed dan de gemiddelde Vlaming. Terwijl 80% van de Vlaamse respondenten van de nationale gezondheidsenquête de eigen algemene gezondheid goed tot zeer goed vindt, is dit aandeel bij de respondenten van de Antwerpse gezondheidsenquête 73%. Er is een verschil van maar liefst 6,4 procentpunten. Het verschil is groter bij de mannen (10 procentpunten). We zien ook dat in Antwerpen de vrouwelijke respondenten vaker een goede of zeer goede gezondheid rapporteren, terwijl dit voor de Vlamingen net omgekeerd is.

Opmerkelijk is ook dat het percentage respondenten met een goede gezondheid in Vlaanderen nagenoeg gelijk blijft in de surveys van 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013, terwijl het aandeel Antwerpse respondenten met een goede gezondheid tussen 2010 en 2016 daalde van 76% naar 73,4%.

Grafiek 16 Aandeel respondenten met een goede tot zeer goede subjectieve gezondheid volgens geslacht en woonplaats



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016 ; Nationale gezondheidsenquête, 2013
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Lijst van figuren

Figuur 1 Aandeel respondenten met goede subjectieve gezondheid volgens woonplaats.....	5
--	---

Lijst van tabellen

Tabel 1 Regressiemodel subjectieve gezondheidsbeleving ($R^2=0,451$; $F=19,3$; $P<0,000$)	6
Tabel 2 Parameter Estimates Afhankelijke variabele Subjectieve algemene gezondheid.....	7

Lijst van grafieken

Grafiek 1 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens surveyjaar	3
Grafiek 2 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens leeftijd en surveyjaar	4
Grafiek 3 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens woonplaats	4
Grafiek 4 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van andere (ernstige) ziekte of aandoening	8
Grafiek 5 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van slaapstoornissen	9
Grafiek 6 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van psychische problemen	9
Grafiek 7 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens aanwezigheid en impact van hoge bloeddruk	10
Grafiek 8 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens frequentie van sportbeoefening	11
Grafiek 9 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens frequentie van wandelen/stappen	12
Grafiek 10 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens BMI-index.....	12
Grafiek 11 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens geslacht	14
Grafiek 12 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens leeftijd.....	14
Grafiek 13 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens etnische herkomst	15
Grafiek 14 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens opleidingsniveau	15
Grafiek 15 Subjectieve gezondheidsbeleving volgens leeftijd en socio-economische status.....	16
Grafiek 16 Aandeel respondenten met een goede tot zeer goede subjectieve gezondheid volgens geslacht en woonplaats	17