

Hur kan en individs sociala nätverk och sociala stöd påverka hälsan?

Bertil S Hanson

Det finns i dag ett starkt empiriskt stöd för att det finns ett orsakssamband mellan ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd å ena sidan och en ökad sjuklighet och dödlighet å den andra. Det är viktigt att nu fördjupa kunskapen om hur orsakskedjorna ser ut. I populationsundersökningen "1914 års män" i Malmö har en ny metod använts för att beskriva olika aspekter av en individs sociala nätverk och sociala stöd. Resultaten visar på ett samband mellan olika aspekter av socialt nätverk och socialt stöd och olika riskfaktorer, levnadsvanor och dödlighet. Endast en mindre del av sambandet mellan ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd och dödlighet medierades emellertid via riskfaktorer och levnadsvanor. Mekanismerna bakom denna mera direkta effekt på hälsan är ofullständigt kända, men kan tänkas medieras via en inverkan på tex olika neuroendokrina och immunologiska system.

Med dr Bertil S Hanson är överläkare, vid socialmedicinska avdelningen, Malmö allmänna sjukhus och forskare vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö vid Lunds universitet.

Inom den medicinska forskningen har forskning om det sociala nätverkets och det sociala stödets betydelse för hälsan utvecklats snabbt de senaste 15–20 åren. Denna forskningstradition har sina rötter i stressforskningen och forskningen kring sk stressfulla livshändelser. 1976 presenterade den amerikanske epidemiologen John Cassel sin sk sårbarhetsteori (1). Han menar att det finns faktorer i människors psykosociala miljö som kan öka eller minska individens generella sårbarhet för olika sjukdomsframkallande faktorer. Bakgrunden till denna nya teori var att man funnit skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika socialgrupper, civilståndsgrupper, religiösa

grupper osv. Dessa skillnader kunde bara delvis förklaras av skillnader i traditionella riskfaktorer, levnadsvanor eller allmänna levnadsvillkor. Skillnaderna kunde inte heller hänskjutas till enskilda sjukdomar utan översjukligheten orsakades av en lång rad olika sjukdomar. I det här sammanhanget har en individs sociala nätverk och sociala stöd kommit i förgrunden.

Individens relation till omgivningen kan betraktas som en dynamisk process eftersom omgivningen hela tiden förändras, vilket innebär krav på en kontinuerlig adaptation från individens sida. Individen behöver olika typer av resurser för att kunna hantera dessa krav från omgivningen. Det handlar om individuella resurser som utbildning, kunskaper, psykologiska resurser etc, men också resurser och stöd som individen kan få från sin omgivning via sina sociala relationer. Det sociala nätverkets och det sociala stödets betydelse för hälsan bör ses i ett sådant resursperspektiv.

Det finns nu en lång rad olika studier som visar på ett samband mellan ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd å ena sidan och en rad olika sjukdomar å den andra (2). Flera prospektiva studier har visat samstämmiga resultat när det gäller sambandet mellan socialt nätverk, socialt stöd och dödlighet (3). Flera av dessa studier har dock svagheter. Hälсотillståndet vid basundersökningen har inte alltid varit fullständigt undersökt, varför sambandets riktning ibland kunnat diskuteras. De olika sociala nätverks- och stödbegreppen har ofta varit oprecist definierade.

.....

Det finns faktorer i människors psykosociala miljö som kan öka eller minska individens generella sårbarhet för olika sjukdomsframkallande faktorer.

.....

Det finns nu en lång rad olika studier som visar på ett samband mellan ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd å ena sidan och rad olika sjukdomar å den andra.

I populationsundersökningen "1914 års män" i Malmö har vi utvecklat en metod för att beskriva en individs sociala nätverk och socialt stöd (4). Metoden bygger på en teori om sociala resurser. De olika sociala nätverks- och stödbegreppen är väldefinierade och välvägränsade. De beskriver olika delaspekter av en individs sociala nätverk och sociala stöd, vilket gör det möjligt att analysera vilka delaspekter det är som har störst betydelse för hälsan (5).

MATERIAL OCH METOD

Populationsundersökningen "1914 års män" i Malmö startade 1969 med syftet att studera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och lungsjukdom. En andra tvärsnittsundersökning genomfördes 1982–83. Då inbjöds alla män födda jämn månad 1914 och boende i Malmö, totalt 621 män. 500 (80,5 %) deltog i undersökningens alla delar. En bortfallsanalys genomfördes med hjälp av telefonintervjuer och intervjuer i samband med hembesök. Den visade att bortfallet till vissa delar var selekterat, men att deltagarna kunde anses som representativa (5).

Männen intervjuades och fick besvara frågeformulär om tidigare sjukdomar, läkemedelsbehandling, levnadsvanor (kost-, alkohol- och rökvanor, fysisk aktivitet), utbildning och yrke, civilstånd samt socialt nätverk och socialt stöd. Hälсотillståndet undersöktes med olika biokemiska analyser och kliniskt fysiologiska undersökningar som spirometri, 24-timmars-EKG, segmentell blodflödesmätning, mätning av blodflödet i halskärnen. Slutligen genomfördes också en läkarundersökning och alla informerades om sitt hälsotillstånd.

Socialt nätverk och socialt stöd

En ny metod utvecklades för att mäta olika delaspekter av en individs sociala nätverk och sociala stöd (4).

Socialt nätverk är ett strukturellt begrepp som beskriver individens relationer till sin sociala omgivning.

ning. Begreppet kan definieras rent kvantitativt, men också mera kvalitativt. I den här undersökningen valde vi att definiera tre underbegrepp:

- Social förankring, som beskriver graden av tillhörighet till och förankring i olika formella och informella grupper, men också känslan av samhörighet i dessa grupper.
- Kontaktfrekvens, som är ett strikt kvantitativt mått på hur ofta individen träffar släktingar, grannar, vänner, arbetskamrater etc.
- Socialt deltagande, som beskriver hur aktivt individen deltar i formella och informella gruppers aktiviteter i samhället.

Individens sociala nätverk behöver inte vara odelat positivt för individen. De positiva effekterna beror på nätverkets förmåga att tillföra individen olika typer av resurser, dvs ett socialt stöd.

Socialt stöd är ett funktionellt begrepp som kan definieras med olika delkategorier:

- Emotionellt stöd innebär tillgång till nära och förtroliga relationer.
- Informativt stöd innebär tillgång till personer som kan ge råd, vägledning och information.
- Materiellt stöd innebär tillgång till personer som kan ställa upp med olika typer av praktisk hjälp.

De olika skalorna har en hög reliabilitet och en god intern konsistens (4,6). Olika validitetsaspekter har också analyserats och skalornas validitet får anses vara god (5).

Riskfaktorer, sjuklighet och dödlighet

Blodtryck och plasmakolesterol mättes på standardiserat sätt (5). Rökvanor (rökare, fd rökare, aldrig rökare) och alkoholvanor (gram alkohol per vecka) kartlades med enkätteknik. Metodernas reliabilitet och validitet analyserades och befanns vara god (5,7). Kostvanorna mättes med "dietary history"-metodik (8). Dåliga kostvanor definierades med utgångspunkt i intaget av följande näringsämnen: protein, kalcium,

De positiva effekterna beror på nätverkets förmåga att tillföra individen olika typer av resurser, dvs ett socialt stöd.

De män som hade en dålig social förankring hade ett högre systoliskt och diastoliskt blodtryck än de män som hade en bra social förankring.

järn, retinol, tiamin, riboflavin och askorbinsyra. Den fysiska aktiviteten skattades på ett standardiserat sätt i tre kategorier (hög, medel, låg) (5,9).

Alla uppgifter om tidigare sjukdomar validerades gentemot journaler och dödligheten följdes med hjälp av det lokala dödsorsaksregistret vid Socialmedicinska avdelningen i Malmö (5).

RESULTAT

Civilstånd och socialgrupp

Ensamboende män hade i jämförelse med samboende ett sämre utvecklat socialt nätverk och ett sämre social stöd oavsett vilken delaspekt som studerades. Lika så hade män i socialgrupp III ett sämre socialt nätverk och stöd än män i socialgrupp I och II (4). Män i socialgrupp III hade genomgående färre personer i sitt sociala nätverk och en större andel av personerna tillhörde den egna släkten.

Riskfaktorer och levnadsvanor

De män som hade en dålig social förankring hade ett högre systoliskt och diastoliskt blodtryck än de män som hade en bra social förankring (10). Sambandet mellan social förankring och blodtryck kvarstod även sedan hänsyn tagits till andra faktorer som påverkar blodtrycket (blodtrycksmedicinering, alkoholintag, rökvanor, fysisk aktivitet, kroppsmassindex).

Männen med dålig social förankring åt också en sämre sammansatt kost när det gällde kostens innehåll av olika näringsämnen.

De män som hade en god tillgång till emotionellt stöd (nära vänner och släktingar) hade vid 68 års ålder slutat röka i större utsträckning än de män som hade en dålig tillgång till emotionellt stöd (6). Sambandet påverkades inte när hänsyn togs till olika sjukdomstillstånd och levnadsvanor i den multivariata analysen.

Män med en god social förankring och ett högt socialt deltagande hade en högre fysisk aktivitet jämfört med de män som var dåligt socialt förankrade och som hade ett lågt socialt deltagande (5). Även dessa samband kvarstod i de multivariata analyserna där hänsyn bl.a. togs till hälsotillståndet.

Något samband mellan socialt nätverk och socialt stöd å ena sidan och plasmakolesterol och alkoholkonsumtion å andra sidan fanns inte i denna undersökning av män födda 1914. Sådana samband har dock konstaterats i andra populationsundersökningar (11,12).

Dödlighet

67 (13,4 %) män dog under uppföljningsperioden 1982–1987. Ensamboende män, de med dålig tillgång till emotionellt stöd (nära vänner och släktingar) och de som var otillfredsställda med sitt sociala deltagande hade en högre dödlighet (mellan 2,0 och 2,5 gånger högre) än de som var samboende, hade bra emotionellt stöd och var tillfredsställda med sitt sociala deltagande (13).

Sambanden var oberoende av olika riskfaktorer (hypertoni) rökning, hyperkolesterolemi, låg fysisk aktivitet, högt alkoholintag, övervikt) och av hälsotillståndet vid uppföljningens början (tidigare hjärtinfarkt, diabetes mellitus, cancer, arteriosklerotisk sjukdom i benen). Vid den multivariata analysen togs också hänsyn till socialgrupp. De relativa dödlighetsriskerna (RR) var ungefär lika stora som för hypertoni (RR = 1,9), tidigare hjärtinfarkt (RR = 1,8), diabetes mellitus (RR = 2,7) och arteriosklerotisk sjukdom i benen (RR = 2,5).

DISKUSSION

Det finns i dag starka empiriska stöd för att det finns ett orsakssamband mellan socialt nätverk, socialt stöd å ena sidan och sjukdom å den andra. Kunskapsläget

De män som hade en god tillgång till emotionellt stöd (nära vänner och släktingar) hade vid 68 års ålder slutat röka i större utsträckning än de män som hade en dålig tillgång till emotionellt stöd.

har nyligen sammanfattats av professor House som menar att våra kunskaper i dag kan jämföras med vad vi visste om sambandet mellan rökning och ohälsa för 25 – 30 år sedan (3).

För att öka kunskapen och förståelsen av *hur* en individs sociala nätverk och sociala stöd påverkar hälsan måste mekanismer eller orsakskedjor klarläggas.

Olika orsaksvägar är möjliga

Man kan förstås tänka sig att människor som blir sjuka får ett försämrat socialt nätverk. Exempelvis kan en patient som får en kronisk sjukdom få svårt att upprätthålla sitt umgänge och sin sociala aktivitet. Å andra sidan kan man också tänka sig att det sociala nätverket mobiliseras när någon blir sjuk och att det sociala stödet utvecklas och förstärks.

Ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd kan också tänkas leda till sjukdom och förtidig död. Detta kan tänkas ske genom en ökad sjukdomsincidens eller genom en påverkan av sjukdomsförloppet. Olika mekanismer är möjliga.

Ett bra socialt stöd kan tänkas reducera olika typer av stressreaktioner i kroppen i olika kravfyllda situationer. Det sociala stödet skall ses som en expansion av de individuella resurser som behövs för att individen skall kunna hantera stress- och kravfyllda situationer i det dagliga livet (14).

Effekterna på hälsan kan också tänkas medieras via våra levnadsvanor som rök-, kost- och alkoholvanor och vår fysiska aktivitet eller via en påverkan via traditionella riskfaktorer som högt blodtryck och höga blodfetter. Det är väl känt från olika studier att omgivningens rök- och alkoholvanor påverkar de egna vanorna och tvärtom.

Ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd kan också tänkas att *mera direkt* påverka hälsan via en inverkan på olika neuroendokrina och immunologiska system (11,15,16). Exempelvis har man funnit att

Det finns i dag starka empiriska stöd för att det finns ett orsakssamband mellan socialt nätverk, socialt stöd å ena sidan och sjukdom å den andra.

Ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd kan också tänkas leda till sjukdom och förtidig död.

änkor har en nedsatt lymfocytfunktion och färre T-lymfocyter (16). Flera studier visar att endast en mindre del av sambandet mellan ett bristfälligt socialt nätverk och socialt stöd å ena sidan och dödlighet å den andra kan förklaras av skillnader i levnadsvanor och traditionella riskfaktorer (3,13). Dessa data stöder en mera direkt effekt av ett bristfälligt socialt stöd på hälsan, vilket stöder Cassels teori om förekomsten av en generell sårbarhet (1). Sociala relationer kan betraktas som fundamentala mänskliga behov. Integrationen i ett socialt nätverk förser individen med regelbundna erfarenheter, feedback och olika sociala roller. Social desintegration och social isolering kan uppfattas som stressorer i sig.

Sjukdom är ett multifaktoriellt fenomen, som uppkommer efter ett komplicerat samspel mellan olika psyko-sociala faktorer, som socialt nätverk och socialt stöd, olika levnadsvanor och riskfaktorer, genetiska faktorer etc. Ytterligare undersökningar behövs nu för att klarlägga hur socialt nätverk och socialt stöd påverkar sjukdomsförloppet, från utvecklingen av olika riskfaktorer över uppkomsten av sjukdom till utfallet av sjukdomsförloppet (tillfrisknande eller död).

REFERENSER

1. Cassel J: The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 107: 23.
2. Cohen S, Syme SL, eds: Social support and health. New York: Academic Press, 1985.
3. House JS, Landis KR, Umerson D: Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540–5.
4. Hanson BS, Östergren P-O: Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia – Theoretical and methodological aspects on some results from the population study "Men born in 1914", Malmö, Sweden. *Soc Sci Med* 1987; 25:849–59.

5. *Hanson BS*: Social network, social support and health in elderly men. A population study. Lund: Studentlitteratur, 1988. (Akademisk avhandling).
6. *Hansson BS, Isacson S-O, Janzon L, Lindell S-E*: Social support and quitting smoking for good. Is there an association? — Results from the population study "men born in 1914", Malmö, Sweden. *Addict Behav* (in press).
7. *Isacson S-O, Hanson BS, Janzon L, Lindell S-E, Steen B*: Methods to assess alcohol consumption — results from the population study "Men born in 1914", Malmö, Sweden. *Br J Addict* 1987;82:1235–44.
8. *Hanson BS, Mattisson I, Steen B*: Dietary intake and psychosocial factors in 68-year-old men. A population study. *Compr Gerontol* 1987;1:62–7.
9. *Grimby G, Wilhelmsen L, Björntorp P, Saltin B, Tibblin G*: Habitual physical activity. Aerobic power and blood lipids. In: Pernow B, Saltin B, eds. *Muscle metabolism during exercise*. New York: Plenum Press, 1971:469–81.
10. *Hanson BS, Isacson S-O, Janzon L, Lindell S-E, Råstam L*: Social anchorage and blood pressure in elderly men — A population study. *J Hypertens* 1988;6:503–10.
11. *Thomas PD, Goodwin JM, Goodwin JS*: Effect of social support on stress-related changes in cholesterol level, uric acid level and immune function in an elderly sample. *Am J Psychiatry* 1985;142:735–7.
12. *Berkman, Syme SL*: Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109:186:204.
13. *Hanson BS, Isacson S-O, Janzon L, Lindell S-E*: Social network and social support influence mortality in elderly men. — The prospective population study of "Men born in 1914", Malmö, Sweden. *Am J Epidemiol* 1989;130:100–11.
14. *Cohen S, Wills TA*: Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98:310–57.
15. *Ursin H*: The physiology and pathophysiology of stress: How social supports and networks affect somatic health. In: Isacson S-O, Janzon L, eds. *Social support — health and disease*. Sixth International Berzelius symposium, Malmö, Sweden. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1986:137–48.
16. *Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L, Kiloh LG*: Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1977;2:834–6.

Inbjudan till

Humanistisk — Samhällsvetenskapliga Forskningsrådets områdesgrupp
för psykoterapiforsknings elfte arbetskonferens.

Årets tema är

"Förändring i psykoterapi"

Konferensen äger rum 22–23 mars 1990 på Säröhus utanför Göteborg.

Förutom plenarföredrag kommer arbetet att ske i mindre grupper, och deltagarna förutsätts presentera/diskutera egen forskning eller forskningsplaner i dessa grupper.

Anmälan till: **Gudrun Olsson, 031-63 16 46** eller **Lars Engkvist, 031-63 16 92**

Psykologiska Institutionen

Box 14158

400 20 GÖTEBORG

Uppge om Du vill bo i enkelrum eller dubbelrum och vem Du i så fall vill dela rum med. Sista anmälningsdag fredagen den 1990.02.23. Efter denna dag sker ombokningar på eget initiativ.

Deltagaravgift: 200 kr betalas till postgiro 15613–3, Tillämpad psykologi, Umeå universitet.

(Skriv på blanketten: Områdesgruppen 70 12 420–1, 218-8)

Kostnad för kost o logi: 1 320 kr, betalas direkt till hotellet.