

Ekonomiska påfrestningar, socialt stöd och ohälsa - en prövning av ekonomi-sociala band modellen

Anders Pihl

Bengt Starrin

I en tid där pengar blir en alltmer avgörande tillgång för människors möjligheter att utveckla de livsmönster som framträder som de "normala" får också bristen på pengar andra effekter än vad som följer av absolut fattigdom. Ekonomiska påfrestningar riskerar att medverka till människors utträde ur denna "normala" sociala gemenskap med ökande psykisk ohälsa som följd. I denna artikel prövas en modell för ekonomiska påfrestningar och sociala band och effekter på självrapporterad psykisk ohälsa. Analysen leder till förslag om utveckling av modellen.

Anders Pihl är utredare vid samhällsmedicinska enheten i Örebro läns landsting och doktorand vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Bengt Starrin är verksam vid Högskolan i Karlstad, inst för Samhällsvetenskap, Centrum för folkhälsoforskning.

INLEDNING

En hel del forskning har ägt rum om betydelsen av såväl ekonomiska förhållanden som betydelsen av sociala relationer för människans hälsa och välbefinnande. Men det är två forskningslinjer som levt relativt åtskilda. I denna studie har vi för avsikt att föra samman dessa två forskningslinjer i en och samma modell, som vi benämner ekonomi-sociala bandmodellen. Modellen postulerar betydelsen av interaktionen mellan två förhållanden för förståelse av ohälsans befolkningsmässiga variationer nämligen den grad av ekonomiska resurser som individen förfogar över och karaktären hos de sociala banden mellan människor.¹

Ekonomiska förhållanden

Forskningen om sambandet mellan ekonomiska förhållanden och ohälsa har skett både på individuell nivå och aggregerad nivå. På den individuella nivån har den ägt rum genom användande av begrepp som social klass,

socio-ekonomiska förhållanden, fattigdom, ekonomisk deprivation, ekonomisk stress och ekonomisk sårbarhet. Rent allmänt kan sägas att den forskning som intresserat sig för att belysa sambandet mellan ekonomiska förhållanden å ena sidan och ohälsa å andra sidan funnit att framförallt låg ekonomisk status, låg social klass, ekonomisk stress och fattigdom hänger samman med ökad risk för hälsomässiga problem och försämrat välbefinnande.²

Sambandet mellan fattigdom och hälsa kan sägas vara en klassiker inom områden som socialmedicinsk och annan välfärdsforskning. Men det var genom den engelske sociologen Peter Townsends arbeten som frågan på allvar återigen kom att aktualiseras. Han var en av de första att hävda den relativa fattigdomens betydelse för förståelsen av hälsans ojämlika fördelning i England. Townsend menar att den relativa fattigdomen i varierande omfattning utestänger människor från livsmönstrens huvudströmningar i det samhälle de lever eftersom pengar blir alltmer betydande för att "normala" livsplaner skall kunna förverkligas.³

Den aggregerade forskningen har bl a fokuserat två förhållanden nämligen ekonomiska konjunkturers betydelse för hälsan och betydelsen av ekonomisk jämlikhet för befolkningens hälsa. Den mest kände och kanske också den mest kontroversielle bland dem som studerat ekonomiska konjunkturers betydelse för hälsan är Brenner som i en rad studier påstod sig kunna visa att konjunkturedgångar leder med en viss tidsmässig fördröjning till försämrad hälsa och ökad dödlighet.⁴

Wilkinson som intresserat sig för inkomstfördelning-

Stora olikheter i inkomster är ett uttryck för ett värderingsmässigt mindre sammanhållet samhälle

ens betydelse visar i sina studier att sambandet mellan ett lands inkomstfördelning och dödlighet är mycket starkt.⁵ Liknande resultat har erhållits från studier av förhållanden i USA.⁶ Utifrån sina iakttagelser har Wilkinson formulerat en hypotes om den sociala sammanhållningens (social cohesion) betydelse för folkhälsan. Stora olikheter i inkomster betraktar Wilkinson som ett uttryck för ett värderingsmässigt mindre sammanhållet samhälle. Vad man på sätt och vis aktualiserar är de sociala banden på samhällsnivån.

Sociala band

Studiet av socialt stöd och dess samband med hälsa och hälsorelaterade beteenden har varit mycket omfattande under de senaste 20 åren. En betydande katalysator för denna utveckling kan den numera klassiska Alameda County-studien sägas ha varit.⁷ En befolkningsinriktad forskning med socialepidemiologiska perspektiv började komma igång i Sverige i slutet av 70-talet och inspirerades bl a av Alameda County-studien. Ett antal avhandlingar producerades under 80-talet som hade sociala nätverk/socialt stöd och hälsa som studieobjekt.⁸ Man kunde visa att omfattningen av och kvaliteten i människors sociala relationer har betydelse för såväl psykisk hälsa som dödlighet. I försöken att klarlägga mekanismerna bakom detta samband har i huvudsak två hypoteser formulerats. Den ena framhåller det sociala stödets *direkta* effekt och menar att frånvaron av socialt stöd i sig är en belastning eller stressfaktor som framkallar sjuklighet. Denna hypotes kan sägas höra hemma i interaktionistiska teorier eller teorier om integration. Den andra hypotesen hävdar det sociala stödet som en resurs som bidrar till att modifiera och lindra effekterna av påfrestningar. Det sociala stödet antas således verka som en *buffert* mot påfrestningar.⁹

Bufferthypotesen har ofta testats genom studier av interaktionen mellan stressfaktorer av olika slag, särskilt så kallade "life events" (kritiska levnadshändelser), och socialt stöd. Ett stort antal studier rör det sociala stödets effekter på mental hälsa.

Aro och medarbetare visar i en studie att rapporterade psykosomatiska symtom bland finska tonåringar ökade av kritiska levnadshändelser. En bufferteffekt med minskande symtom kunde visas genom goda relationer till föräldrar och vänner.¹⁰ I en studie bland vuxna norrmän visar Dalgard och medarbetare att individer med en intern "locus of control" inte är lika beroende av det sociala stödet som individer med upplevelser av maktlöshet, eller en extern "locus of control".¹¹ Hanson och

Östergrens studie av män i Malmö födda 1914 visar att det emotionella stödets kvaliteter (adequacy) snarare än enbart tillgängligheten av socialt stöd (availability) har effekt på sådant som t ex upplevelsen av nervösa besvär eller sömnproblem.¹² I en amerikansk studie bland äldre kvinnor fann man ett starkt samband mellan närhet och förtroende (intimacy) i det sociala nätverket och förekomsten av depressionssymtom. Frånvaron av förtroende i kvinnornas vardagsliv gav betydligt högre frekvenser av depressionssymtom.¹³

Stressfaktorer – exemplet ekonomiska påfrestningar

Ett stort antal olika stressfaktors effekter på hälsa har studerats, dels som oberoende riskfaktorer, dels hur dessa interagerar med andra förhållanden för uppkomsten av ohälsa. I en översikt av forskningen utmönstrar Thoits tre grupper av stressfaktorer. En första grupp av faktorer går under beteckningen kritiska levnadshändelser (life events) som skilsmässa eller barnafödande. Händelserna inträffar mer eller mindre akut och kan vara såväl önskade som oönskade. En andra typ av stress kan sägas vara mer ihållande och närmast kronisk (chronic strain), t ex fattigdom eller ekonomiska svårigheter. Slutligen finns en tredje grupp av akuta stressinslag i vardagen som med ett slanguttryck bäst kan betecknas som "strul" (daily hassles), som långa bilköer eller ständiga avbrott i arbetet för att gå på möten.¹⁴

Det mått på ekonomiska svårigheter som vi kommer att använda i denna studie kan, i ljuset av Thoits indelning, betraktas som mer ihållande eller återkommande stress. Vi har mätt frekvensen av återkommande svårigheter med hushållets löpande utgifter under det senaste året. Att återkommande uppleva en situation där man så att säga måste "vända på pengarna" innehåller både en akut och en mera kronisk dimension. Det är månadsskifte och räkningar måste betalas nu. Man vet också att det förmodligen inte kommer att bli bättre till vare sig nästa eller många kommande månadsskiften. Dessa "känslor" kan kanske sägas ligga nära fattigdomens absoluta dimension, livets nödort, tak över hu-

Att bli "ertappad" framme vid kassan med att sakna täckning på sitt konto är lika pinsamt som när snatterilarmet tjuvar, även om det skulle visa sig vara falska larm

vudet och brödfödan. Men häri finns förmodligen också känslor som bär skammens prägel och som får konsekvenser för integrationen mellan individ och samhälle. Tillgången till pengar har blivit en närmast avgörande förutsättning för att få plats i samhällets strömfåra och bli respekterad som tillhörig. Att bli "ertappad" framme vid kassan med att sakna täckning på sitt konto kan vara lika pinsamt som när snatterilarmet tjuter, även om det skulle visa sig vara falska larm. Att svara mot annonskampanjens kriterier för erbjudandet om en personlig bankman är att vara en del i samhällets strävanden. Att inte göra det är att vara annorlunda.

Syftet med vår analys är att pröva ekonomi-sociala band-modellen och dess effekter på självrapporterad psykisk ohälsa.

METOD OCH MATERIAL

Underlaget för den följande analysen har hämtats från en befolkningensenkät genomförd i Örebro län runt årsskiftet 1993/94. En utförlig redovisning av undersökningen med tillhörande frågeformulär har presenterats i en tidigare utgiven rapport.¹⁵ I befolkningen 20-64 år gjordes ett stratifierat slumpmässigt urval i åldersklasserna 20-34, 35-49 och 50-64 år i länets 11 kommuner. Urvalet omfattade 13.500 individer. Det är ett stort urval och har sin orsak i syftet att beskriva självrapporterad hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i de elva kommunerna. Kommunvariabeln kommer dock inte att ingå i denna analys.

Ett frågeformulär om 79 frågor med totalt 170 uppgifter att lämna för respondenten distribuerades per post. Datainsamlingen pågick från slutet av oktober 1993 till februari 1994. Ingen personidentifiering har behållits efter det att formulären samlats in. Det slutliga antalet giltiga formulär som ingår i undersökningen uppgår till 9 970 vilket motsvarar ett deltagande om 74 procent. Den bortfallsanalys som det funnits möjlighet att genomföra visar att i det insamlade materialet föreligger det en underrepresentation av unga och förmodligen också av socioekonomiskt resurssvaga grupper.¹⁶

Undersökningens variabler

Frågor om *socialt stöd* har använts som indikator på karaktären hos de sociala banden och har konstruerats som ett additivt index baserat på tre frågor i formuläret vilka var för sig uttrycker emotionella eller instrumentella aspekter av mottaget stöd. Indexsumman har kunnat anta värden 0-3 där 0-1 är "svagt stöd", 2 är "medium" och 3 poäng motsvarar "starkt stöd".

En fråga som handlar om möjligheterna att klara sina eller hushållets löpande utgifter har använts som indikator på *ekonomiska svårigheter*. Den fråga som ställdes var "Har det under 1993 hänt att du haft svårigheter att klara löpande utgifter för mat, hyra och andra räkningar?". Svartalternativen "varje månad" och "flera gånger under året" har förts samman under beteckningen "återkommande svårigheter". Svartalternativet "någon gång" har benämnts "medium" och svartalternativen "aldrig" har benämnts "inga svårigheter".

Nedstämdhet betraktar vi som ett symtom som ligger nära depression. Den fråga som ställdes var "Hur ofta händer det att du har besvär av följande tillstånd eller symtom". Ett av de uppräknade tillstånden/symtomen var "nedstämdhet". Svartalternativen var "ofta", "ibland", "sällan" och "aldrig". Svartalternativen har dikotomiserats i "ofta" (ofta) och "icke ofta" (ibland, sällan eller aldrig).

Tankar på att slippa leva utgår från frågan "händer det att du tycker att det vore lika bra att få slippa leva". De dikotoma värdena är "ofta" (det händer ofta) respektive "inte ofta" (händer någon gång ibland, det har hänt någon enstaka gång, nej aldrig).

Läkarbesök för psykiska besvär utgår från frågan "har du under 1993 sökt sjukvård för psykiska besvär". Svartalternativen var "ja" och "nej".

Egenkontroll utgår från frågan "brukar du känna att du själv kan styra ditt eget liv". Svartalternativen var "ja oftast", "ja ibland", "nej sällan", "nej aldrig". "Ja oftast" och "ja ibland" har förts samman och benämnts "hög egenkontroll" och "nej sällan" och "nej aldrig" förts samman under benämningen "låg egenkontroll".

Bearbetning

Data har bearbetats med hjälp av konventionell tabellanalys och logistisk regressionsanalys. Vid den logistiska regressionsanalysen har två modeller testats. Modell A genomförs utan kontroll för bakomliggande variabler. Modell B kontrollerar för ålder, sysselsättningsstatus, etnicitet, alkoholvanor samt långvariga hälsoproblem. Båda modellerna testas separat för kvinnor respektive män. De trikotoma variablerna socialt stöd och ekonomiska svårigheter har förts samman i nio möjliga kombinationer. Av läsbarhetsskäl har vi i den följande redovisningen endast tagit med kombinationer med ytterlighetsvärden och utelämnar medelkombinationerna.

Tabell 1. Förekomsten av nedstämdhet, tankar på att slippa leva och läkarbesök för psykiska besvär bland kvinnor respektive män efter sociala bakgrundsförhållanden.

	Ofta nedstämd		Ofta tanken slippa leva		Läkarbesök för psykiska besvär	
	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %
20 - 34 år	4	2	1	1	2	2
35 - 49 år	5	3	1	1	3	2
50 - 64 år	5	3	1	1	5	2
Född i Sverige	5	2	1	1	4	2
Ej född i Sverige	9	9	3	4	5	4
Förvärvsarbetande	3	1	1	1	3	1
Arbetslös	10	6	2	3	7	2
Förtidspensionerad	12	7	3	2	10	8
Tjänstemän högre-mellan	5	2	1	1	3	2
Lägre tjänstemän	5	2	1	<1	4	2
Arbetare	5	3	1	1	4	2
Ej långvar. hälsoprob.	3	1	1	< 1	2	1
Långvar. hälsoprob.	9	5	2	3	8	4
Motionerar regelbundet	3	1	1	< 1	3	1
Motionerar aldrig	7	4	2	2	5	2
Lågrisk alkohol	3	1	1	1	2	1
Högrisk alkohol	17	6	6	3	13	5
Ej ekonomiska svårigh.	3	2	1	1	3	1
Återkommande svårigh.	11	7	3	3	7	4
Starkt socialt stöd	3	1	1	1	3	2
Svagt socialt stöd	21	9	6	4	11	4
Alla 20 - 64 år	5	3	1	1	4	2

RESULTAT

I tabell 1 redovisas förekomsten av de tre utfallen av psykiska besvär eller ohälsa som vi studerar i den här analysen: nedstämdhet, tankar på att slippa leva samt läkarbesök för psykiska besvär. Generellt föreligger en mindre skillnad mellan könen med en något högre förekomst av nedstämdhet bland kvinnor. I hela befolkningen 20-64 år rapporterar 5 procent av kvinnorna respektive 3 procent av männen en ofta förekommande nedstämdhet. Värt att notera är att inga skillnader föreligger mellan yrkesverksamma socio-ekonomiska grupper. Däremot ser vi betydande skillnader mellan å ena sidan icke yrkesverksamma och å andra sidan yrkesverksamma.

Betydande skillnader i psykisk ohälsa återfinns när man ser på omfattningen av socialt stöd och alkoholvanor. Bland kvinnor med svagt socialt stöd rapporterar 21 procent en ofta återkommande nedstämdhet mot 3 procent för kvinnor med ett starkt socialt stöd. Skillnaden är ungefär den samma bland män, men på lägre absolut nivå.

Frekventa eller återkommande tankar på att slippa leva rapporteras i mindre omfattning än nedstämdhet. Bland kvinnor är det återigen det sociala stödet och alkoholvanor som står för de största skillnaderna. Bland män är utbredningen av återkommande tankar på att slippa leva störst bland dem med svagt socialt stöd och bland dem med invandrarbakgrund.

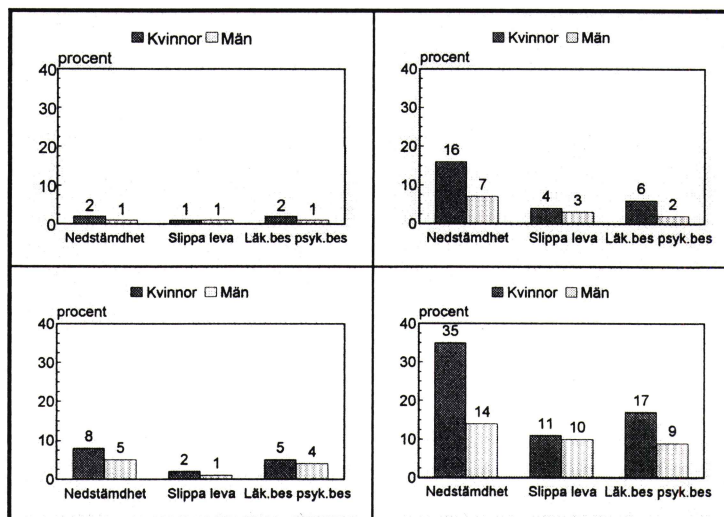
Även när det gäller förekomsten av läkarbesök under året på grund av psykiska besvär visar kvinnor med svagt socialt stöd och riskabla alkoholvanor de högsta frekvenserna. Bland kvinnor som betraktas som högrisk för alkohol, enligt vårt mått, rapporterar 13 procent besök hos läkare. Bland män är det förtidspensionerade som rapporterar den högsta frekvensen, 8 procent. Sammantaget visar tabell 1 att kvinnor i majoriteten av bakgrundsförhållanden har en större andel rapporterad psykisk ohälsa jämfört med män.

I figur 1 redovisas förekomsten av psykiska besvär och ohälsa i relation till kombinationer av "ekonomisk påfrestning" och "socialt stöd". I figuren har endast fyra kombinationer av "ekonomisk påfrestning-socialt stöd"

Starkt socialt stöd

Svagt socialt stöd

Inga

EKONOMISKA
SVÅRIGHETERÅter-
kom-
mande

Figur 1. Ekonomi-sociala bandmodellen, nedstämdhet, slippa leva och läkarbesök för psykiska besvär bland kvinnor respektive män.

medtagits. Kombinationer av "medium" har således ej medtagits. Den mest gynnsamma kombinationen "inga ekonomiska svårigheter-starkt socialt stöd" har i samtliga fall av psykisk ohälsa de lägsta frekvenserna medan den minst gynnsamma, "återkommande ekonomiska svårigheter - svagt socialt stöd" i samtliga fall de högsta frekvenserna.

Av figur 1 framgår att skillnaderna i utbredningen av "nedstämdhet", "tankar om att slippa leva" och "läkarbesök på grund av psykiska besvär" är mycket stor mellan framförallt kombinationen "återkommande ekonomiska svårigheter/svagt socialt stöd" å ena sidan och kombinationen "inga ekonomiska svårigheter/starkt socialt stöd" å den andra.

När det gäller nedstämdhet blir interaktionseffekterna betydligt kraftigare bland kvinnor jämfört med män. Av kvinnor med återkommande ekonomiska svårigheter och svagt socialt stöd rapporterar 35 procent en ofta förekommande nedstämdhet jämfört med 14 procent bland motsvarande grupp av män.

Resultatet visar såväl det sociala stödets direkta effekt som dess buffertverkan. Vid en situation av oförändrat god ekonomi medför ett svagare socialt stöd en ökande frekvens av psykisk ohälsa. Vid återkommande

ekonomiska svårigheter har ett starkt socialt stöd betydligt lägre frekvenser av psykisk ohälsa än motsvarande grupp med svagt socialt stöd.

I tabellerna 2 och 3 testar vi genom logistiska regressionsanalyser de relativa effekterna av interaktionen mellan ekonomiska påfrestningar och socialt stöd på förekomsten av upplevd nedstämdhet respektive tankar på att slippa leva. Kombinationer av "medium" har ej medtagits i redovisningen.

Två modeller testas. Modell A genomförs utan kontroll för några confounders. Modell B kontrollerar för ålder, sysselsättningsstatus (förfärdarbete, arbetslös, förtidspensionerad), etnicitet (född i eller utanför Sverige), alkoholvanor och långvariga hälsoproblem/sjukdom.

Som framgår av modell A är den relativa risken för kvinnor att drabbas av nedstämdhet 24 gånger större i gruppen "återkommande ekonomiska svårigheter-svagt socialt stöd" jämfört med gruppen "inga ekonomiska svårigheter-starkt socialt stöd". Motsvarande relativa riskökning för att "slippa leva" är 31 gånger. För män är den relativa riskökningen 23 resp 24 gånger (nedstämdhet resp slippa leva).

I modell B reduceras oddsen (den relativa risken) för

Tabell 2. Ekonomi-sociala bandmodellen och nedstämdhet respektive tankar om att slippa leva, kvinnor 20-64 år, logistisk regression.

Ekonomi - socialt stöd	Modell A		Modell B	
	Odds ofta nedst	Odds slippa leva	Odds ofta nedst	Odds slippa leva
Inga svårigheter				
- starkt stöd	1.0	1.0	1.0	1.0
Inga svårigheter				
- svagt stöd	8.0 ***	10.0 ***	6.8 ***	13.4 ***
Återkommande svårigheter				
- starkt stöd	3.6 ***	4.5 *	2.6 ***	3.1 e.s.
Återkommande svårigheter				
- svagt stöd	24.0 ***	31.0 ***	14.9 ***	36.4 ***

Modell A Ojusterad.

Modell B kontrollerar för ålder, sysselsättningsstatus, etnicitet, alkoholvanor, långvariga hälsoproblem/sjukdom.

Signifikans *** 0.001 ** 0.01 * 0.05 e.s. ej signifikant

nedstämdhet både för kvinnor (tabell 2) och män (tabell 3) till 14.9 respektive 8.1 gånger större för kombinationen återkommande ekonomiska svårigheter och svagt socialt stöd. För tankar om att slippa leva går kvinnor och män i motsatt riktning i den justerade modellen. Kvinnor ökar sin "risk" från 31.0 till 36.4 (tabell 2) medan män minskar från 24.4 till 12.9 (tabell 3).

Tabell 4. Inverkan av egenkontroll på förekomsten av psykisk ohälsa i ekonomi-sociala band-modellen bland kvinnor respektive män, 20-64 år.

Ekonomiska svårigheter-socialt stöd	Hög egenkontroll			Låg egenkontroll		
	Ofta nedstämd %	Ofta tanken slippa leva %	Läkarbesök psyk.besv. %	Ofta Nedstämd %	Ofta tanken slippa leva %	Läkarbesök psyk.besv. %
<i>Kvinnor</i>						
Inga svårigheter- starkt stöd	2	< 1	2	12	2	5
Inga svårigheter- svagt stöd	12	2	4	26	9	14
Återkommande svårigheter						
- starkt stöd	5	1	5	25	9	6
Återkommande svårigheter						
- svagt stöd	17	0	11	63	30	27
<i>Män</i>						
Inga svårigheter- starkt stöd	< 1	< 1	1	8	5	8
Inga svårigheter- svagt stöd	5	< 1	3	18	14	0
Återkommande svårigheter						
- starkt stöd	3	< 1	3	20	9	7
Återkommande svårigheter						
- svagt stöd	8	5	4	21	15	16

Tabell 3. Ekonomi-sociala bandmodellen och nedstämdhet respektive tankar om att slippa leva, män 20-64 år, logistisk regression.

Ekonomi - socialt stöd	Modell A		Modell B	
	Odds ofta nedst	Odds slippa leva	Odds ofta nedst	Odds slippa leva
Inga svårigheter				
- starkt stöd	1.0	1.0	1.0	1.0
Inga svårigheter				
- svagt stöd	11.5 ***	6,6 ***	10.9 ***	4.1 *
Återkommande svårigheter				
- starkt stöd	7.7 ***	3.0 *	4.7 ***	1.2 e.s.
Återkommande svårigheter				
- svagt stöd	23.1 ***	24.4 ***	8.1 ***	12.9 ***

Modell A Ojusterad

Modell B kontrollerar för ålder, sysselsättningsstatus, etnicitet, alkoholvanor, långvariga hälsoproblem/sjukdom.

Signifikans *** 0.001 ** 0.01 * 0.05 e.s. ej signifikant

Sammantaget visar analysen på kraftfulla interaktions-effekter av ekonomiska svårigheter och socialt stöd.

Egenkontroll - länken mellan individ och samhälle?

Dalgard och medarbetare visar i en studie att det sociala stödets buffrande verkan är större hos individer

med en extern kontroll-lokus. Man drar av detta slutsatsen att individer med intern kontroll-lokus inte är lika beroende av det sociala stödet vid kritiska levnadshändelser. Kontroll-lokus är det svenska uttrycket för "locus of control" och "handlar om var en människa förlägger möjligheten att göra någonting åt en påfrestad situation; hos sig själv eller hos omgivningen".¹⁷

En regelrätt skattning av kontroll-lokus baseras på ett batteri av frågor och har inte genomförts i den här undersökningen. Frågan "Brukar du känna att du själv kan styra ditt eget liv" betraktar vi som ett uttryck för egenkontroll som kan vara nära besläktat med egenskaper i kontroll-lokus. Vi har dikotomiserat svarsalternativen till hög (ja oftast, ja ibland) och låg egenkontroll (nej sällan, nej aldrig).

Tabell 4 redovisar inverkan av egenkontroll på ekonomi-sociala band-modellen och psykisk ohälsa. Vi kan konstatera att de modifierande effekterna är betydande. I den mest ogynnsamma kombinationen – "återkommande ekonomiska svårigheter/svagt socialt stöd" – ökar rapporteringen av psykisk ohälsa bland män och kvinnor kraftigt i gruppen med hög egenkontroll i jämförelse med gruppen låg egenkontroll. De relativa bufferteffekterna från det sociala stödet kvarstår i båda grupperna. Dock sker ökningarna på betydligt lägre procentuella nivåer i gruppen med hög egenkontroll.

DISKUSSION

En prövning av ekonomi-sociala band-modellen har visat på betydande "interaktionseffekter" mellan "ekonomiska svårigheter" och "socialt stöd" och rapporteringen av psykisk ohälsa som nedstämdhet och självmordstankar samt läkarbesök för psykiska besvär. Men även direkta effekter av såväl ekonomiska påfrestningar som svagt socialt stöd. Effekterna är av likvärdig omfattning bland kvinnor och män. Kvinnor har dock högre absoluta frekvenser av nedstämdhet och läkarbesök för psykiska besvär vilket är i linje med en sedan länge känd bild.

"Interaktionseffekterna" av olika nivåer av ekonomiska svårigheter och socialt stöd visar på stegvist ökande rapporterad ohälsa vilket antyder att förhållandet bär präg av ett kontinuum. Detta förhållande är än tydligare när vi för in samtliga nio kombinationer i ana-

lysen (redovisas ej här).

Resultaten pekar också på att när faktorn grad av egenkontroll, ett uttryck för individens kontroll och styrning över sitt liv, förs in i modellen framträder en mycket kraftfull modifiering vilken kan antyda att kontroll-lokus är av avgörande betydelse för självupplevda hälsoeffekter.

Det bör påpekas att resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom studien är en tvärsnittsstudie. Det är inte möjligt att utifrån studien annat än spekulera vad gäller den kausala riktningen. Vad som är orsak och vad som är verkan kan vi inte uttala oss om.

Vi skall avsluta med att diskutera några utvecklingslinjer för ekonomi-sociala bandmodellen. En första utvecklingslinje berör själva mätningen. Vi har i denna studie använt oss av mycket grova mått på "ekonomi" och "sociala band". Det behövs en utveckling av instrumenten för att erhålla mer valida och "träffsäkra" mått för såväl hälsa/ohälsa som sociala band och ekonomiska förhållanden.

En annan utvecklingslinje av ekonomi-sociala band-modellen är av teoretisk art. En sådan utvecklingslinje kan möjligen finna näring i Mestrovic och Glassners diskussion om Durkheims begrepp *homo duplex*. Mestrovic och Glassner tycker sig i sin diskussion om stressforskningen och dess koppling till hälsa se i huvudsak två forskningstraditioner.¹⁸ Den ena traditionen kallar de "life event"-forskning. Den reducerar intresset till individen och betraktar kritiska levnadshändelser som färdigpackade (pre-packaged) stressorer utan att förklara varför de blir stressorer. Mestrovic och Glassner, som försöker formulera en durkheimsk hypotes om stress, menar att det är i integrationen eller desintegrationen mellan samhälle och individ som vi kan förstå varför någon händelse blir till en stressfaktor. Enligt Durkheims begrepp *homo duplex* är människan en dubbelnatur med en sida som vetter ut mot samhället och som i individen representerar samhället, dess värderingar o s v, och en sida som är vänd inåt individen och personen. Integration är harmonin mellan dessa strömmar (*courants*) som på samhällelig nivå representerar egoism och anomi som den ena polen, medan altruism och fatalism representerar den andra. Socialt stöd, som skapas ur och är en biprodukt av social integration, minimerar den obalans kritiska levnadshändelser som ekonomiska stress kan utöva på denna harmoni. Det sociala stödet rätar ut eller justerar obalansen mellan det inåtriktade (individen) och det utåtriktade (samhället, det sociala) hos den drabbade.

Kontroll-lokus kan vara av avgörande betydelse för självupplevda hälsoeffekter

Mestrovic och Glassner pekar således på två linjer som kan vara fruktbart att ta fasta på. Vad gäller utvecklingen av ekonomi-sociala band modellen skulle det innebära en utvecklingslinje utåt mot samhället som integrerar mer makrobetonade ansatser och en utvecklingslinje som vänds inåt mot individen och som förmår integrera mer mikroorienterade ansatser.

Följer vid den utåtriktade ansatsen kan frågor ställas vilken betydelse makroorienterade processer på samhällsnivå som tar sig uttryck i t ex en bestämd ekonomisk politik, fördelningspolitik och socialpolitik påverkar individens ekonomiska förhållanden och de sociala bandens karaktär. Här finns möjligheter att integrera fynd från makroorienterade studier om sambandet mellan ekonomisk (o)jämlighet och (o)hälsa av den typ som Wilkinson redovisat.¹⁹ Wilkinsons studier antyder också en möjlig koppling mellan ett lands fördelningspolitik och graden av integration i samhället.

Den inåtriktade ansatsen leder oss in på olika möjliga spår. Ett sådant möjligt spår är kontroll-lokus. Ett annat är ett spår som utvecklats inom det emotions-teoretiska området som i Scheffs teoretiska framställning har en tydlig koppling till sociala band.²⁰ Emotioner betraktas också av Lazarus som en viktig del för en nyorientering av stressteorin.²¹ Här kan också kopplingar göras till Brown och Harris klassiska arbete "Social origins of depression". De diskuterar betydelsen av interna aspekter som självaktning (self-esteem), som kan betraktas som socialt emotionella aspekter av skam och stolthet, och som spelar en avgörande roll för hanteringen av påfrestningar.²¹

NOTER

¹ Se Starrin B, Rantakeisu U & Hagquist C: Om arbetslöshetens ekonomi och skam. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 1996,1-2,91-114. - Rantakeisu U, Starrin B, Hagquist C: *Ungdomsarbetslöshet, vardagsliv och samhälle*. Studentlitteratur, 1996.

² För en översikt se Horwitz A V: The Economy and Social Pathology. *Annual Review of Sociology*, 1984,10,95-119.

³ Townsend P: *Poverty in the United Kingdom*. University of California Press, 1979.

⁴ Se t ex Brenner H: Mortality and the National Economy: A Review and the experiences of England and Wales, 1936-1976. *The Lancet*, 1979,15,568-573. - Brenner H: Mortality and Economic Instability. Detailed Analyses for Britain and Comparative Analyses for Selected Industrialized Countries. *International Journal of Health Services*, 1983,13,563-620. - Brenner H: Economic instability, unemployment rates, Behavioural risks and mortality rates in Scotland 1952-1983. *International Journal of Health Services*, 1987,17,3,475-487.

⁵ Wilkinson R G: *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London. Routledge, 1996.

⁶ Kawachi I, Kennedy B, Lochner K & Prothrow-Stith D: Social capital, income inequality and mortality. *Am J Publ Health* 1997, 87(9),1491-1498. - Kaplan G A, Pamuk E R, Lynch J W, Cohen R D & Balfour J L: Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways, *BMJ*, 1996,312,999-1003.

⁷ Berkman L F & Syme L S: Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiology* 1979,109 (2),186-204.

⁸ Orth-Gomér K: *Studies on ischemic heart disease: psychosocial risk indicators and ventricular arrhythmias*. (akad avh) Stockholm, 1979. - Hanson B S: *Social network, social support and health in elderly men: a population study* (akad avh) Lund, 1988. - Östergren P-O: *Psychosocial resources and health: With special reference to social network, social support and cardiovascular disease*. (akad avh) Lund, 1991. - Undén A-L: *Social support and health: methodology, relationship to work environment and to ischemic heart disease*. (akad avh) Stockholm 1991.

⁹ Vilhjalmson R: Life stress, social support and clinical depression: A reanalysis of the literature. *Soc Sci Med* 1993,37 (3),331-342. - Israel B A & Schurman S J: Social support, control and the stress process. I Glanz K, Lewis F M & Rimer B K (eds): *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers, 1990.

¹⁰ Aro H; Hänenin V & Paronen O: Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16-year-old adolescents. *Soc Sci Med* 1989,29 (9),1051-1056.

¹¹ Dalgard O S, Björk S & Tambs K: Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 1995,166,29-34.

¹² Hanson B S, Östergren P-O: Different social network and social support characteristics, nervous problem and insomnia: theoretical and methodological aspects on some results from the population study 'men born in 1914', Malmö, Sweden. *Soc Sci Med* 1987,25,849-859.

¹³ Goldberg E L, van Natta P & Comstock G W: Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *Am J Epidemiology* 1985,121 (3),448-456.

¹⁴ Thoits P: Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *J Health Soc Behavior* 1995 (Extra issue), 53-79.

¹⁵ Phil A, Persson C & Ydreborg B: *Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Örebro län. Befolkningenkäten 1994*. Örebro läns landsting, Samhällsmedicinska enheten, 1996.

¹⁶ Phil, Persson & Ydreborg (1996).

¹⁷ Gunnarsson L-G & Theorell T: Hjärnan skiljer inte mellan kropp och psyke. I Hertzting A (red): *Stressens olika ansikten. Kunskapsinsikt-handling*. Folkhälsoinstitutet, 1997.

¹⁸ Mestrovic S & Glassner B A: Durkheimian hypothesis on stress. *Soc Sci Med* 1983, 17(18), 1315-1327.

¹⁹ Wilkinson (1996)

²⁰ Scheff T J: *Microsociology. Discourse, emotion and social structure*. University of Chicago Press, 1990.

²¹ Lazarus R S: *Emotion and Adaptation*. New York. Oxford University Press 1991.

²¹ Brown G & Harris T: *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. Tavistock Publications, 1978.