Socialt stöd;
två studier och en litteraturgenomgång.

ISBN 978-91-639-6672-9

Socialt stöd – en spegling av personlighetsdrag,
fil. mag. examen uppsats, (+Appendix A och B).

Socialt stöd vid hörselhandikapp (+Appendix).

Socialt stöd vid kronisk sjukdom och handikapp – en litteraturgenomgång.

Eija I. Korhonen

ORCID ID
orcid.org/0000-0002-3495-9119

Psykologiska Institutionen,
Göteborgs Universitet

Socialt stöd - en spegling av personlighetsdrag

Eija I. Korhonen

ORCID ID

orcid.org/0000-0002-3495-9119

Examen uppsats, fil.mag., vt-95

Psykologiska Institutionen,

Göteborgs Universitet

Socialt stöd - en spegling av personlighetsdrag

Sammanfattning

Målsättningen med studien var att med hjälp av faktoranalys utveckla dels SSFV-frågeformuläret (Socialt Stöd från Familj och Vänner) som mäter uppfattat socialt stöd och dels SH-formuläret (Självhävdelse) som konstruerades för denna studie, mot konceptuell och empirisk klarhet. SSFV-formuläret har hög validitet och reliabilitet, medan SH-skalorna bör bearbetas vidare.

Avsikten med undersökningen var också att se hur väl de sex SH-skalorna kan tänkas representera olika positiva resp. negativa aspekter av personligheten, vilka i sin tur har samband med det sociala stödet, mätt med SSFV. Som förväntades förklarade en av SH-skalorna, "den positiva självhävdelsen" (PSE) en stor del av variationen, ca 37 %, i de totala mätvärdet för det uppfattade stödet i undersökningsgruppen bestående av 51 slumpmässigt utvalda personer.

SH-skalorna bygger på ett antagande att den intraindividuella aggressionen är en förutsättning för överlevnad och inte nödvändigtvis destruktiv. Den intrapersonella aggressionens främsta positiva uttrycksform antogs vara just "positiv självhävdelse" (PSE). SH-skalorna exemplifieras med tre hypotetiska kontinua och det var också av intresse att se om dessa kunde fungera som förklaringsmodell för de positiva resp. negativa aspekter av personligheten. Såsom förväntades, erhölls signifikanta, negativa korrelationer mellan de motsatta polerna på dessa hypotetiska kontinua.

Socialt stöd - en spegling av personlighetsdrag

Uttrycket ”socialt stöd” är en paraplyterm som täcker en mängd olika fenomen. Inom forskningsområdet har man dels försökt att definiera det multidimensionella begreppet utifrån skilda teoretiska ramar och dels genom operationalisering.

Utöver strukturella egenskaper som en individs sociala integration i en umgängeskrets, den s.k. nätverksmodellen, har man närmat sig begreppet genom att dela upp stödet i funktionella komponenter. Till dessa hör i vilken grad en viss relation erbjuder en speciell funktion. Därutöver har man skilt mellan det faktiskt erhållna stödet som en individ får från sin omgivning och den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt om ett behov skulle uppstå.

Forskningen har visat att socialt stöd påverkar vårt välbefinnande och att det främst är den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt som positivt bidrar till vår psykiska och fysiska hälsa (se vidare litteratursammanfattningar av Cohen & Wills, 1985; Sarason, Sarason & Pierce, 1990b).

Mängder av studier har dessutom funnit att stöd fungerar som stressbuffert, dvs. lindrar de negativa effekterna av den stress som vissa händelser i livet orsakar (Bolger & Eckenrode, 1991; Caldwell, Pearson, & Chin, 1987; Ganellen, & Blaney, 1984; Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992; Lefcourt, Martin, & Saleh, 1984; Roos & Cohen, 1987; Smith, Smoll & Ptacek, 1990; Wethington & Kessler, 1986; m.fl.).

En tidig teoretiker, Cobb (1976), betonade den subjektiva, kognitiva uppfattningen om socialt stöd. Cobb menar att de positiva effekterna av stöd beror på att individen erhåller information som ger henne a) en känsla av att andra bryr sig om henne, b) att hon är älskad och uppskattad och c) att hon tillhör ett socialt nätverk som präglas av kommunikation och ömsesidighet i åtaganden. Med andra ord uppfattas vad någon säger eller gör för en som socialt stöd först då, när det påverkar någon av de tre ovan nämnda dimensionerna.

Den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt har också samband med hur vi hanterar eller agerar i olika situationer, dvs. vår förmåga till coping (Holohan & Moos, 1987; Thoits, 1986; 1992). Vår perception av stöd påverkas bl.a. av den emotionella beskaffenheten, graden av intimitet och kvalitén, i våra relationer (Miller & Lefcourt, 1983; Reis, 1990; Sarason, Pierce & Sarason, 1990b) samt vår integration, känslan av tillhörighet i ett socialt nätverk (Cohen & Wills, 1985; Hobfall & Stokes, 1988).

I studier där man inkluderat mätvärden både för det faktiskt erhållna stödet och för den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt vid behov, har man funnit att de endast till ringa del är korrelerande (Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987; Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987; Schwarzer & Leppin, 1991).

Schwarzer och Leppin (1991) skriver att det uppfattade stödet och det faktiskt erhållna stödet kan tänkas skilja sig med avseende på när de blir betydelsefulla för en individ. Deras resonemang klargör dock inte skillnaderna i betydelsen. Sarason, Shearin, Pierce och Sarason (1987) påpekar att det faktiskt erhållna stödet kan påverkas av livsomständigheter. T.ex. kan

en person som vid mättillfället handskas med omtumlande händelser i sitt liv erhålla mer stöd än hon normalt skulle ha fått.

Mätvärden för den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt däremot, har vid långtidsundersökningar visat hög stabilitet. Sherbourne, Meredith, Rogers och Ware (1992) fann att uppfattningen om att stöd finns tillgängligt inte förändrades över en period på två år. I Sarason, Sarason och Shearin's (1986) undersökning förändrades inte uppfattningen om stöd över en period på tre år. Resultaten i denna undersökning påverkades inte heller av yttre förändringar, såsom byte av bostadsort.

Det har ifrågasatts vad uppfattat socialt stöd egentligen mäter. Reflekterar det den faktiska tillgängligheten av socialt stöd utifrån en individs omgivning, och är i så fall denna uppfattning realistisk? Man har försökt att bestämma validiteten av uppfattat socialt stöd som mätinstrument genom att använda sig av social integrationsfrekvens som rättesnöre. Schwarzer och Leppin (1991) citerar flera studier, som ser dessa självrapporter som pålitliga.

Det kognitivt uppfattade sociala stödet som en spegling av personlighetsfaktorer - en teoretisk ram

Ur psykodynamisk synvinkel (Bowlby, 1969, 1973, 1980) är det våra tidiga erfarenheter som formar utvecklingen av och kvalitén på våra intima, vuxna relationer. Sarason, Sarason och Shearin (1986) fann i en retrospektivt upplagd studie att psykologistuderande som rapporterade sig ha haft varma, vårdande föräldrar och en positiv bindning till dessa också upplevde sig ha mycket stöd och var också tillfreds med sina sociala relationer. ”Attachment”-teorin föreslår att de individer som under sin uppväxttid utvecklar trygga band med sina omvårdare, kommer också i sitt vuxna liv ha en bred och effektiv copingrepertoar.

Sarason, Pierce och Sarason (1990a, 1990b, 1990c, 1992) har föreslagit att den kognitiva uppfattningen om tillgängligt socialt stöd kan reflektera drag i en individs personlighet, likväl som spegla den faktiska villigheten hos omgivningen att stå till tjänst med stöd. Stabiliteten i stöduppfattningen över tid, som långtidsstudierna har visat på, styrker deras antagande.

Sarason m.fl. (1990a, 1990b, 1990c, 1992) diskuterar socialt stöd som en produkt av interaktion mellan tre variabler. Dessa är (1) motivationer och förväntningar hos både hjälpgivaren och hjälpmottagaren, dvs. det intrapersonella sammanhanget, (2) den stödjande relationens karaktär, dvs. det interpersonella sammanhanget, och (3) stöd eller hjälp som erbjuds/erhålls vid för tillfället rådande omständigheter, dvs. det situationsspecifika sammanhanget.

Denna interaktionella syn betonar det viktiga sambandet mellan eventuella stödjande handlingar och den innebörd som läggs vid dem, dvs. hur "givarens" intentioner uppfattas av "mottagaren".

Det av Sarason m.fl. diskuterade *intrapersonella sammanhanget* består av "givarens" och "mottagarens" unika, stabila mönster av hur man uppfattar sig själv, viktiga andra och de personliga relationerna.

Den intrapersonella strukturen har sin grund i Bowlby's attachmentteori (Bowlby, 1969, 1973a, 1980), som talar om arbetsmodeller för individens förväntningar, uppfattningar och respons till potentiellt stödjande handlingar. Dessa arbetsmodeller är kognitiva representationer av "självet", "betydelsefulla andra" och "relationernas karaktär" och de har samband med individens självkänsla och uppfattningen om att vara älskad och värderad av andra. Arbetsmodeller av signifikanta andra och av relationer leder till olika typer av förväntningar och tolkningar av andras beteenden och de interagerar med situationen.

För att öka förståelsen hur människors uppfattning om tillgängligt socialt stöd är relaterad till deras uppfattning om andra människor, och hur dessa uppfattningar skulle kunna grunda sig på sammanhängande arbetsmodeller av en själv och av andra, undersökte Sarason, Pierce, Shearin, Sarason, Waltz och Popper (1991), relationerna mellan försökspersonernas syn på sig själva och deras uppfattning om hypotetiska, "typiska" kamrater.

De fann att personer med höga mätvärden på uppfattat socialt stöd mätt med SSQ (Social Support Questionnaire; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) i större utsträckning tyckte att även andra hade mycket stöd. Försökspersonerna som upplevde sig ha mycket stöd, uppgav också att de var mer tillfreds med stödet och hade överlag en mer optimistisk syn på tillvaron, än de personer som upplevde sig ha dåligt med stöd.

Vidare beskrev de försökspersoner som uppfattade sig ha mycket stöd, i större utsträckning sig själva i positiva termer. De kände sig mer kompetenta och interpersonellt lyckade, medan de försökspersoner som tyckte sig ha dåligt med socialt stöd, upplevde en känsla av att sakna personlig kompetens.

Försökspersonerna som hade höga mätvärden på uppfattat socialt stöd i Sarasons m.fl. (1991) undersökning, ansåg även att andra hade en positiv uppfattning om dem. Korrelationerna i studien visar att uppfattningen om att stöd finns tillgängligt inte bara är relaterat till försökspersonernas syn på sig själva och sina relationer, utan också hur andra människor uppfattar personen i fråga. Mätvärden på hur andra faktiskt uppfattade försökspersonerna, hade i denna undersökning samband med försökspersonernas uppfattning om tillgängligt stöd oberoende av mätvärdena på självuppfattningen, medan försökspersonernas uppfattning om stödet och deras bild av hur andra såg på dem, också var beroende av självuppfattningen.

Sarason m.fl. (1990a, 1990b, 1990c, 1992) menar att det uppfattade sociala stödet kan till en del beskriva människors arbetsmodeller, dvs. deras syn på sig själva och andra. Forskningen föreslår arbetsmodeller som viktiga källor för individuella skillnader som påverkar bl.a. förväntningarna av att stöd finns tillgängligt, strategierna för att framlocka stöd, och hur vi tolkar motpartens och vårt eget beteende.

Sarason et. al (1990a, 1990b, 1990c, 1992) framhåller att förväntningar vad beträffar uppfattningen om att stöd finns tillgängligt, reflekterar ett stabilt drag i personligheten som också påverkar beteendet. Detta personlighetsdrag kallar Sarason m.fl. (1990a, 1990c, 1992) *känslan av stöd*.

Känslan av stöd verkar spela en viktig roll för hur man tolkar sitt eget och andras beteende och de stödjande relationernas karaktär. Dessutom är känslan av stöd också relaterad till en individs självbild. Människor som har en uppfattning om att stöd finns tillgängligt, rapporterar också en positiv självuppskattning (Sarason, Sarason & Shearin, 1986; m.fl.) och en tro på att även andra har en positiv bild av dem (Sarason m.fl., 1986; Sarason m.fl., 1991).

Enligt Sarason m.fl. (1990a, 1990c, 1992) har känslan av stöd samband med ett annat personlighetsdrag, nämligen *känslan av att vara accepterad*.

Känslan av att vara accepterad föds ur vår uppfattning om att andra bryr sig om oss och accepterar oss för vad vi är, både på gott och ont. Känslan av att vara accepterad ökar när vi observerar att andra faktiskt hjälper och stödjer oss utan villkor. När så sker, förstår vi att det är vårt värde som person i den andres ögon som lockar fram en sådan respons. På detta sätt, menar Sarason m.fl. (1990a, 1990c, 1992) är känslan av att vara accepterad en aspekt av personligheten som innefattar en positiv självbild och en positiv syn på sociala relationer, samt en förväntan att andra värderar oss för vad vi är.

Både känslan av stöd och känslan av att vara accepterad kan ses som produkter av vår historia av sociala interaktioner. Sarason m.fl. (1990a, 1990c, 1992) säger att människor som utvecklat en självuppfattning som bygger på känslan av att vara accepterad kan konfronteras med stressfyllda situationer utan rädsla för att ett misslyckande skulle kunna medföra en förlust av känslan av att vara älskad, omtyckt och värderad av betydelsefulla andra. Känslan av att vara accepterad och känslan av stöd är delar av vår personlighet, menar Sarason m.fl. (1990a, 1990c, 1992).

Vidare diskuterar Sarason m.fl. (1990a, 1990b, 1990c, 1992) socialt stöd som ett *interpersonellt sammanhang*. Varje individs interpersonella relationer skiljer sig både vad beträffar kvalitén i relationerna och i kvantitet. En individ i en persons nätverk kan vara både källa till negativa och positiva interaktioner. Tagen till ytterlighet kan t.ex. ett föräldrapar som bekostar sitt barns utbildning, ständigt påminna vederbörande om sina försakelser, medan ett annat föräldrapar aldrig förväntar sig ens ett tack. I konfliktfyllda relationer kan stöd således påverka mottagarens välbefinnande negativt.

Nära relationer kännetecknas ofta av en rad starka känslor. Dessa kan variera alltifrån hat och svartsjuka till kärlek. Varken vidden av känslor och/eller deras styrka kan förklara relationernas kvalité eller innebörd för vederbörande, men de utgör ett sammanhang i vilken sociala interaktioner, vars ambition är att stödja, utspelas.

En annan viktig aspekt av det interpersonella sammanhanget är enligt Sarason m.fl. (1990a, 1990c, 1992) hjälpgivarens sensitivitet för mottagarens behov. Bowlby (1969, 1973b, 1980) observerade att den avgörande faktorn för ett barns optimala utveckling inte var den sorts stöd som föräldrarna gav barnet, utan kontinuiteten i stödet och graden av sensitivitet, känslighet för barnets behov.

Sarason m.fl. (i tryck, i Sarason m.fl., 1990a), kom fram till att collegestuderande vars relationer till föräldrarna karaktäriserades av hög grad av sensitivitet, klarade sig bättre på ett krävande test, som dessutom upplevdes stressfyllt, än studerande vars relationer med föräldrarna var mindre sensitiva. Det är möjligt, menar Sarason m.fl. (1990a), att individer

som växer upp i relationer som karaktäriseras av hög grad av sensitivitet, utvecklar en självuppfattning som inkluderar både känslan av att de är accepterade och känslan av stöd.

Den interpersonella sensitiviteten understryker att socialt stöd inte bara handlar om transaktioner. Den reflekterar också hur hjälpgivarens respons motsvarar de personliga behoven.

Sarason m.fl. (1990a, 1990b, 1990c, 1992) påpekar att interaktion sker i ett *situationsspecifikt sammanhang*. Mest uppmärksamhet har riktats mot situationer som upplevs som stressfyllda. Enligt stressbuffertmodellen, anses socialt stöd främst lindra de negativa effekterna av den stress som vissa händelser i livet orsakar, men det finns även forskningsresultat som tyder på att stöd påverkar beteendet oavsett upplevelsen av stress (Cohen & Wills, 1985). Det situationspecifika sammanhanget är således, enligt Sarason m.fl. (1990a), mer komplicerat än vad stressbuffert-hypotesen föreslår.

En del arbetsmodeller är bättre lämpade än andra för vissa specifika situationer. Stöd som bekräftar en individs känsla av att vara värdefull bidrar till välbefinnandet och hjälper individen att handskas med händelser där hon t.ex. upplever sin självkänsla hotad. Människor skiljer sig emellertid åt hur, när och under vilka omständigheter de känner sig hotade.

Socialt stöd har betydelse i varje situationspecifikt sammanhang och speciellt vid händelser som uppfattas som stressfyllda, men det har också betydelse i utvecklandet av copingrepertoarer och individuella arbetsmodeller.

Det kognitivt uppfattade stödet och självuppskattningen

Socialt stöd, copingresurser och personlighetsfaktorer är alltså intimt sammanlänkade. Vår uppfattning av att socialt stöd finns tillgängligt för oss om vi behöver speglar också vår förmåga att hantera och agera i olika situationer, dvs. våra copingfärdigheter.

Det kognitivt uppfattade stödet har i ett flertal studier även visat sig ha samband med mätvärden för en positiv självuppfattning, dvs. en individs självkänsla (Fitzpatrick, Newman, Lamb & Shipley, 1988; Frankel, & Turner, 1983; Jahanshahi, 1991; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983; Sarason, Pierce, Shearin, Sarason, Waltz & Popper, 1991).

Enligt tidigare forskning är en individ starkt motiverad till att skaffa sig relationer som överensstämmer med hennes arbetsmodeller om sig själv, och där andras faktiska syn på henne harmonierar med hennes egen självuppfattning. (Swann & Hill, 1982). Dessa resultat speglar att vi dras till relationer som bekräftar vår bild av oss själva, vilket i sin tur förstärker vår självkänsla.

I Sarasons m.fl. (1991) undersökning bekräftades hypotesen att försökspersonernas uppfattning om sig själva överensstämmer med den bild, eller uppfattning, som andra har om dem. Resultaten från studien indikerar att uppfattat socialt stöd speglar en interaktion mellan en individs behov och möjligheter, samt en individs resurser inbäddade i personligheten, och

att människors uppfattningar om andra är distinkta och relationsspecifika. Detta talar för att människor är medvetna om skillnader och likheter i hur betydelsefulla andra uppfattar dem.

Även ovan nämnd studie av Sarason m.fl. (1991) inte är longitudinellt upplagd, verkar resultaten också peka på att uppfattningen om socialt stöd härstammar från en historia av sociala upplevelser som reflekterar ett positivt synsätt på andra och en tillit till att stöd finns tillgängligt vid behov. Det har sin grund i en uppfattning om att vara värdefull, som bekräftats av viktiga andra i ens omgivning. En tillräckligt positiv uppväxttid bidrar till a) känslan av att vara älskad och att viktiga andra bryr sig om en, b) att andra ser positivt på en, och c) att andra finns tillgängliga för att hjälpa en om så önskas eller behövs, och med dessa tre aspekter är vi tillbaka på Cobb's (1976) tidiga definition av uppfattat socialt stöd.

Uppfattningen om tillgängligt socialt stöd tycks alltså vara en produkt av såväl arbetsmodeller av en själv och av andra. Arbetsmodellerna, i sin tur, är produkter av en individs historia av sociala interaktioner, och av mera närbelägna upplevelser vilka är specifika för varje relation. Även om det främst är föräldrarna som influerar utvecklingen av sina barns arbetsmodeller, modifieras dessa t.ex. genom kamratrelationer och relationer till andra betydelsefulla vuxna.

I det här sammanhanget är det lätt att förstå att arbetsmodeller av en själv som inkluderar en sund, positiv bild av den egna personen, dvs. en bra självkänsla, har samband med det stöd som man uppfattar som tillgängligt om ett behov skulle uppstå, och s.a.s. lägger grunden för våra sociala interaktioner. Innebörden av en sund självkänsla som byggs upp under vår uppväxt i relation till omgivningen, kan inte nog betonas.

Aggression – också en positiv energikälla?

Aggression är en term som är svår att definiera och som har en starkt negativ laddning i vårt språkbruk. Inte desto mindre förmodar jag, att en viss nivå av aggression är en förutsättning för överlevnad.

Att spädbarn är potentiellt aggressiva kan knappast undgå någon. Redan i späd ålder kommer aggressionen till uttryck t.ex. genom frustation eller ilskna skrik när kroppen ger signaler om hunger. Babyns skrik förmedlar att allt inte står rätt till och modern svarar genom att på bästa sättet ta hand om barnet och tillfredsställa dess behov.

Aggression behöver inte betyda destruktivitet. Thompson (1964, i Storr, 1969) menar att "aggression uppstår ur en medfödd tendens att växa och behärska livet, som tycks vara karakteristisk för all levande materia. Det är bara när denna livskraft hämmas i sin utveckling som den förbinds med inslag av vrede eller hat". För att kunna rikta vrede eller hat mot något/någon, måste man ha utvecklat en känsla av ett själv eller ett "jag".

Kohut (1977) talar om icke-destruktiv aggressivitet som först tjänar till att etablera ett rudimentärt själv och sedan till att upprätthålla detta själv. Kohut menar att barnets raseri och destruktivitet inte bör uppfattas som uttryck för en primär instinkt som strävar mot sitt mål eller söker ett utlopp, utan som regressionsprodukter, fragment av större psykiska konfigurationer som tillsammans utgör det, av Kohut kallade, centrala självet. Han menar

vidare att aggressiviteten fungerar som beståndsdel i dessa konfigurationer, inte som raseri, utan som ren självhävdelse.

Kohut (1977) skriver att ”det aggressiva beteendets baslinje är inte det rasande och destruktiva barnet – det är från första början, ett barn som hävdar sig och vars aggressivitet ingår som en beståndsdel i den bestämdhet och tillförsikt med vilken det framställer sina krav på de självobjekt som förser det med en miljö av (genomsnittlig) empatisk förståelse.”

Individen måste dock under uppväxten lära sig att kanalisera den kraft eller energi som vår inneboende aggression utgör på ett sådant sätt, att det står i den egna personens, självets- eller "jagets" tjänst i dess förhållande till omvärlden i positiv bemärkelse, och detta kan antas ske huvudsakligen genom socialiseringsprocessen.

Det späda barnet, som är beroende av sin omvårdare, utvecklar en allt tydligare "känsla av själv" (Stern, 1991). I och med att känslan av självet utvecklas uppfattar sig barnet som en egen individ och han/hon börjar också utforska sin omgivning. Känslan av självet förändras allteftersom och barnet utvecklar förmågan att samordna vad som sker inom psyket med yttre beteenden såsom handlingar och ord (Stern, 1991).

Winnicott (1958) skriver att "ursprungligen är aggressivitet nästan liktydigt med aktivitet". När det lilla barnet aktivt utforskar sin omgivning, försöker hon/han också att behärska den. Dessutom utforskar hon/han samtidigt sin egen person i relation till omvärlden.

Det kan sägas att det är genom vår historia av interaktioner som vi får lära oss att på ett positivt sätt relatera till vår omvärld. Samtidigt som det lilla barnet lär sig att relatera till omgivningen pågår utvecklingen av självet och identitetsutvecklingen. Det lilla barnet lär sig om sitt "jag" som har en egen vilja, ibland skilt från omvärlden, i samspel med omvärldens mångfald av betydelser, begränsningar och förväntningar. Barnet lär sig att på ett positivt sätt hävda sig/sitt jag i relationen till omvärlden.

Denna vår medfödda, inneboende kraft eller energi som aggression utgör och som här kallas för positiv självhävdelse (PSE) antas ha samband med den egna självbilden och självuppskattningen, och spegla till vilken grad man känner sig kompetent och/eller självsäker. Senare i livet, när man möter de prövningar som livet utsätter en för, gagnas man av att man lärt sig att kanalisera den kraft eller energi som vår ursprungliga, inneboende aggression utgör, utåt på ett positivt, konstruktivt sätt.

Har man inte under sin uppväxt utvecklat en tillräckligt ”bra” självkänsla och "sund" självbild, samt "sund" självuppskattning, kan hända, att aggressionens energi vänds inåt mot den egna personen. Detta kan resultera i självdestruktiva, eller som här kallas för "jagförsvagande" (JT) tendenser.

En annan intraindividuell lösning kan vara att man i sin uppfattningsvärld förhöjer sitt eget värde i förhållande till andra, grovt uttryckt sätter den egna personen på piedestal och riktar den aggression som man inte har lärt sig positiva uttrycksformer för, utåt mot andra personer i form av misstro och/eller fientlighet, här förkortad MF. Mekanismen bakom detta antas vara att individen på detta sätt lyckas behålla sin självbild intakt.

I Sarasons m.fl. (1991) undersökning om hur man uppfattar en hypotetisk, ”typisk” student fann man att denna uppfattning om den ”typiska studenten” var relaterad till försökspersonernas självbild. De personer som hade låga mätvärden på uppfattat socialt stöd uppskattade dessutom andras välbefinnande i flera negativa termer, än de som hade mycket stöd. Dessa jämförelser nedåt kan tänkas spegla att man genom att tro att andra har det ännu sämre ställt, kan se sig själv och sin situation i ett något mer positivt ljus. På liknande sätt kan det tänkas att genom att rikta aggressionens energi mot omvärlden i form av misstro och/eller fientlighet, lyckas man bibehålla en positiv självbild.

För att kunna mäta dels självkänslan, dels den energi som vår inneboende aggression utgör, och relatera dessa till mätvärden för det sociala stödet man uppfattar sig ha, tänker jag mig tre hypotetiska kontinua, F, G och H (figur 1; också i Appendix B). De enskilda frågorna betecknade (pos) eller (neg) kan tänkas representera motsatta riktningar av ett sådant hypotetiskt kontinuum.

Det första kontinuet (F) representerar den energi som den intraindividuella aggressionen utgör, riktad utåt i form av den positiva självhävdelsen i ena riktningen av kontinuet, och aggressionens kraft vänd inåt mot den egna personen i form av självdestruktiva, jagförsvagande tendenser i den andra riktningen.

(pos)	Skalans beteckning	(neg)
< ----------		---------- >
positiv självhävdelse (PSE-skalan)	F	jagförsvagande tendenser (JT-skalan)
< ----------		---------- >
tillit och/el. förtroende (TF-skalan)	G	misstro och/el. fientlighet (MF-skalan)
< ----------		---------- >
positiv självkänsla (SE-hög)	H	negativ självkänsla (SE-låg)

Figur 1: Positiva och negativa aspekter av personligheten tänkta som tre hypotetiska kontinua.

Det andra kontinuet (G) representerar i ena riktningen den intraindividuella aggressionen, som i likhet med den positiva självhävdelsen, riktas utåt, men nu i sin negativa uttrycksform, som fientlighet och/eller misstro. Som dess hypotetiska motpol i den andra riktningen av kontinuet, finns frågor om graden av tillit och/eller förtroende som man känner gentemot andra människor.

Det tredje kontinuet (H) avser spegla en individs självkänsla, dvs. mätinstrument för en sund, positiv självuppfattning och låg självuppskattning som motpoler.

Målsättning

Om man definierar aggressionen som en nödvändig, icke destruktiv livskraft såsom Kohut (1977) menar, som först tjänar till att etablera ett rudimentärt själv och sedan till att upprätthålla detta själv, bidrar den energi som aggressionen utgör till att bygga upp en sund självbild och självkänsla.

Vår självbild och självkänsla påverkas av vår historia av interaktioner och forskningen har funnit starka positiva samband mellan självkänslan och det uppfattade sociala stödet. Enligt Sarason m.fl. (1990a, 1990b, 1990c, 1992) speglar det uppfattade stödet de arbetsmodeller (Bowlby, 1969, 1973a, 1980) vi har av oss själva och av andra och det är under vår uppväxt som vår känsla av stöd och vår känsla av att vara accepterade formas.

En sund självkänsla antas också innebära att man på ett konstruktivt sätt kan kanalisera den energi eller livskraft som den inneboende aggressionen utgör, och som här kallas för positiv självhävdelse (PSE), utåt omvärlden.

De två övergripande målsättningarna med denna studie

* är att med utgångspunkt i att det uppfattade sociala stödet speglar en individs personlighetsdrag, undersöka om den positiva självhävdelsen (PSE) har samband både med en sund självkänsla och med det uppfattade stödet. Ju bättre man lyckats med att under uppväxten lära sig att utnyttja och kanalisera den livskraft eller energi som har sitt ursprung i den medfödda aggressionen, desto bättre självkänsla förmodas man ha, och desto mer av uppfattat socialt stöd antas man också uppge.

  och

* att bearbeta och utveckla mätinstrumenten för detta ändamål.

Utveckling av frågeformulären

Ett frågeformulär, SSFV (Socialt stöd från familj och vänner), från en tidigare studie av författaren[1] (Fördjupningskurs 1, Psykologiska Institutionen, Gbg:s Universitet), vars avsikt är

[1] Socialt stöd vid hörselhandikapp (1994).

att mäta det sociala stödet som man uppfattar sig ha, bearbetades, och en enkät, SH (Självhävdelse), konstruerades för denna studie.

1 Avsikten är att med hjälp av faktoranalys empiriskt verifiera de fem dimensionerna av uppfattat socialt stöd som SSFV-formuläret avser att mäta, och att göra instrumentet effektivare genom att de valda items representerar de fem dimensionerna av socialt stöd så tydligt som möjligt och med så hög reliabilitet och validitet som möjligt.

2 Dessutom konstruerades frågor för att mäta den intraindividuella aggressionen, SH-frågeformuläret. Målsättningen inkluderar också en empirisk definition med hjälp av faktoranalys av de variabler som ingår i SH-formuläret. Avsikten är att utveckla dessa skalor mot så hög reliabilitet och validitet som möjlig. Det är också av intresse att se om de hypotetiska kontinua kan exemplifiera de motsatta polerna (Figur 1) och således utgöra en förklaringsmodell.

Socialt stöd från familj resp. vänner, SSFV

∗ I linje med tidigare forskning (Sarason m.fl., 1987; Sherbourne, m.fl., 1991) förväntas det att ju mer stöd man har från sin familj, desto mer stöd uppfattar man sig också ha från andra personer.

Sambanden mellan de olika SH-skalorna

1 Det förväntas signifikanta, negativa samband mellan de SH-skalor som är varandras motpoler på de tre hypotetiska kontinua F, G och H.

2 Dessutom förmodas att de SH-skalor som avser mäta positiva aspekter av personligheten, (positiv självhävdelse, PSE, positiv självkänsla, SE-hög, och tillit och/eller förtroende, TF) uppvisar sinsemellan signifikanta, positiva samband.

Sambanden mellan SSFV- och SH-skalorna och prediktion av stöd

Det förmodas alltså att den intraindividuella aggressionen i form av positiv självhävdelse är en nödvändighet för att man på ett konstruktivt sätt kan relatera till omvärlden, utveckla och bibehålla en sund självkänsla och sunda sociala relationer. Därmed antas att

1. i prediktion av mätvärden för socialt stöd, är det framför allt den positiva självhävdelsen (PSE), dvs. aggressionens energi utnyttjad på ett konstruktivt sätt, som är den starkaste

prediktorvariabeln. Det är också av intresse att undersöka om. försökspersonernas kön, ålder, utbildning eller boendeform påverkar resultaten.

2. I linje med tidigare forskning förväntas att de som upplever sig ha mycket stöd, också uppger högre mätvärden för positiv självkänsla, d.v.s. de har en positiv, sund uppfattning om sig själva (Fitzpatrick, et.al., 1988; Frankel, et.al., 1983; Jananshahi, 1991; Sarason et.al., 1991). Det kognitivt uppfattade sociala stödet, SSFV skalorna, antas alltså ha samband med de SH-skalor som mäter positiva aspekter av personligheten (positiv självhävdelse, PSE, positiv självkänsla, SE-hög, och tillit och/eller förtroende, TF).

Metod

Tillvägagångssätt vid sampelurval

Ur telefonkatalogen valdes slumpmässigt ut 125 personer, bosatta inom riktnummersområdet (031) för Göteborg. Då flyttning till en ny miljö kan tänkas påverka det stöd man uppfattar sig ha från sin omgivning, användes avsiktligt 1994-års katalog för att minimera sannolikheten att försökspersonerna bytt miljö nyligen.

Dessa 125 telefonadresser ordnades efter slumptalstabell och avsikten var att i ordningsföljd kontakta personerna tills den planerade kvoten av cirka 70 svarande uppfylldes. Under arbetets gång visade sig dock att 125 slumpmässigt utvalda telefonnummer var en adekvat siffra för att ungefärligen nå upp till det önskade antalet försökspersoner.

Telefoneringen skedde huvudsakligen vid sex tillfällen och begränsades till att genomföras under en veckas tid, 5 april - 12 april 1995.
Genom dessa 125 telefonadresser nåddes 105 personer. I sex fall var den i fråga varande personen bortrest enligt den person som för tillfället tog hand om hemmet. Sammanlagt 26 personer kunde inte nås av följande anledningar:

* I fem fall var telefonnumret ändrat och hänvisning saknades.
* I ett fall var nummeruppgiften hemlig.
* I tre fall var kataloguppgifterna felaktiga.
* I två fall hade vederbörande avlidit.
* I nio fall nåddes vederbörande inte under den ifrågavarande veckan (två automatsvarare).
* I sex fall var vederbörande bortrest enligt den person som för tillfället tog hand om hemmet.

Undersökningen presenterades således per telefon för 99 personer. Av dessa tackade 29 personer nej till frågeformuläret. 70 personer var villiga att delta i undersökningen. De skäl som anfördes för att inte medverka, samt könsfördelningen framgår av tabell 1.

Tabell 1: Antalet personer som tackade nej till att fylla i SSFV; SH-frågeformuläret och deras motivation, samt könsfördelning och uppskattad medelålder.

Antal	Motivering	Medelålder	Män	Kvinnor
14	”jag är för gammal och/eller sjuk”	74*	4	10
12	”jag vill inte/det är inget för mig”	45**	4	8
3	”jag har för mycket arbete”	34	1	2
29	*Summa ”nej tack” svar*		*9*	*20*

* medelålder baserad på 11 individer.
** medelålder baserad på 7 individer.

Frågeformuläret med följebrev och svarskuvert sändes till 70 personer. Utskick skedde i omedelbar anslutning till samtalet, då vederbörande gav sitt samtyckte.

Försökspersonerna

Femtiofyra personer återsände frågeformuläret. Svarsfrekvensen, beräknat på antalet utskickade enkäter, blev således 77.1 %, medan det, beräknat på de 99 personer som nåddes per telefon under den begränsade tidsram som sattes för samtalens genomförande, blev endast 54.5 %. Bland de återsända formulären fanns en blank enkät med motivationen ”ej ifylld pga. tidsbrist, formuläret för omfattande” och två enkäter med för omfattande interna bortfall. I de sistnämnda fallen var de svarande 80 resp. 89 år.

Det slutliga antalet försökspersoner blev 51, varav 28 var kvinnor och 23 män. Medelåldern för män var M= 46.0 år (22 - 71 år), och för kvinnor M= 46.5 år (22 - 79 år), och för gruppen totalt M= 46.3 år (22 - 79 år).

Av det slutliga antalet undersökningsdeltagare var 52.9 % yrkesverksamma, 23.5 % pensionerade, 13.7 % arbetslösa och 9.8 % studerande vid mättillfället. Antalet individer, medelålder och könsfördelning framgår av tabell 2.

Tabell 2: Sysselsättning, medelålder och könsfördelning i undersökningsgruppen, 51 individer (medelålder för hela gruppen; 46.3 år).

	Yrkesverksamma,		Pensionärer,		Arbetslösa,		Studerande,	
	antal ind.	medelålder	antal ind.	medelålder	antal ind.	medelålder	antal ind.	medelålder
Män	*12*	42.5	*6*	64.5	*3*	32.3	*2*	32.5
Kvinnor	*15*	44.6	*6*	64.8	*4*	39.8	*3*	29.0
Totalt	*27*	43.7	*12*	64.7	*7*	36.6	*5*	30.4

I undersökningsgruppen hade 31.4 % grundskolekompetens, 35.3 % var utbildade på gymnasieskolenivån, och 33.3 % hade studier på högskola bakom sig. Antalet individer med resp. utbildning, medelålder och könsfördelning framgår av tabell 3, nedan.

Tabell 3: Utbildning, medelålder och könsfördelning i undersökningsgruppen.

	Grundskoleutbildning,		Gymnasieskoleutbildning		Högskoleutbildning,	
	antal ind.	medelålder	antal ind.	medelålder	antal ind.	medelålder
Män	9	55.5	8	38.5	6	41.8
Kvinnor	7	57.6	10	41.5	11	44.2
Totalt	*16*	56.4	*18*	40.2	*17*	43.4

Femton män och 15 kvinnor, sammanlagt 30 personer, dvs. 56.9 % av undersökningsgruppen (medelålder, M= 44.0 år) var antingen gifta eller sammanboende, och 7 män (medelålder, M= 42.7 år) och 9 kvinnor (medelålder, M= 60.7 år), sammanlagt 16 personer, dvs. 31.4 % av undersökningsgruppen (medelålder, M= 51.7 år), levde ensamma. Fyra kvinnor levde som ensamstående föräldrar (7.8 %), och en person delade hushåll med annan släkting än föräldrar eller egna barn, eller tillsammans med en vän. Boendeformerna framgår av tabell 4.

Tabell 4: Boendeform, antalet individer, frekvens och könsfördelning för undersökningsgruppen.

	Ensamhushåll	Gifta/samman-boende utan hemmavarande barn	Gifta/samman-boende med hemmavarande barn	Ensamstående föräldrar	De som bor med annan släkting än föräldrar el. barn, el. med vän
Män	7	8	7	-	1
Kvinnor	9	6	9	4	-
Totalt	*16*	*14*	*16*	*4*	*1*
Frekvens	*31.4 %*	*27.5 %*	*31.4 %*	*7.8 %*	*1.9 %*

Antalet familjemedlemmar, dvs. även de personer med vilka man inte vid mättillfället bodde under samma tak med, men var släkt med, och hade kontinuerligt kontakt med, varierade från 0 till 20, (Md= 6). En försöksperson hade inga familjemedlemmar.

Sammanlagt hade 37 personer barn, dvs. 72.5 % av undersökningsgruppen. 19 personer hade minderåriga barn i hushållet, dvs. 37.3 % av gruppen. Fyra personer av dessa var ensamstående föräldrar. I två fall bodde de vuxna barnen hemma.

Antalet vänner varierade från 3 till 40, (Md= 13). Trettionio individer, dvs. 76.4 % av undersökningsgruppen, uppgav sig ha tillräckligt med vänner, medan 17.6 %, dvs. 9 individer tyckte sig inte ha tillräckligt med vänner. Tre personer svarade inte på frågan (5.9 %).

Mätmetoder

Ett frågeformulär för uppfattat socialt stöd från tidigare studie av författaren[2] bearbetades (SSFV) och ett nytt formulär för att mäta den intrapersonella aggressionen konstruerades (SH).

SSFV; Socialt Stöd från Familj och Vänner

SSFV är en vidareutveckling av en enkät som konstruerades av författaren under uppsatsarbete vårterminen 1994 (Fördjupningskurs 1, Psykologiska Institutionen vid Gbg:s Universitet) och prövades bland hörselhandikappade försökspersoner.

SSFV-frågeformuläret mäter den kognitiva uppfattningen om att socialt stöd finns tillgängligt vid behov, dels från familjen (sektion A) och dels från vännerna (sektionerna B - E). SSFV bygger till en del på kända, beprövade mätinstrument, vilka presenteras i appendix A.

[2] Frågeformuläret SSVH, ”Socialt stöd vid hörselhandikapp”, Eija I. Korhonen, (1994).

Utöver 14 bakgrundsfrågor, är SSFV uppdelad i sex sektioner, (A - E och N), som innehåller totalt 32 frågor eller påståenden med fasta svarsalternativ och ger en totalpoäng av max. 96 poäng. Ju högre poäng, desto mer uppfattat socialt stöd. Sektion A och Sektion E innehåller dessutom påståenden som tillsammans bildar Sektion N, som mäter eventuella negativa effekter av stöd.

SSFV:s sektioner och deras reliabilitet (Cronbach, 1951; 1990) enligt den preliminära statistiska översikten (Appendix A), baserad på denna undersökningsgrupp (N=51), samt reliabiliteten vid en tidigare studie bland hörselhandikappade försökspersoner[2] (N=29) framgår av tabell 5.

Tabell 5: SSFV:s sektionsindelning och reliabilitet enligt preliminär analys (Appendix A) och reliabilitet vid tidigare undersökning[3].

Subskala	Avser mäta:	α* (Appendix A)	α**
Sektion A	stödet från familjen	.91	.91
Sektion B	intimitet eller närhet i vänskapsrelationer	.88	.83
Sektion C	tillhörighet el. tillgängligt stöd från vänner	.65	.79
Sektion D	mera påtaglig hjälp från vänner	.86	.89
Sektion E	emotionellt stöd från vänner	.90	-
Sektion N	negativa effekter av stöd	.63……..	-

* Alphakoefficienter (Cronbach, 1951) beräknade på denna undersökningsgrupp (N=51), totalt α= .93.
** Alphakoefficienter (Cronbach, 1951) beräknade på tidigare undersökning bland hörselhandikappade försökspersoner, N= 29, alpha totalt, α= .92.

Sammantaget är SSFV:s frågor väl samlade kring samma variabel, nämligen den kognitiva uppfattningen om att socialt stöd finns tillgängligt från familj och vänner, med en reliabilitetskoefficient α = .93, baserad på denna undersökning (Appendix A). SSFV:s ursprungliga items och sektioner, samt deras interkorrelationer finns närmare presenterade i appendix A som innehåller en statistisk översikt av SSFV.

SH; Självhävdelse

Frågeformulärets andra del, SH, följer direkt på SSFV-skalan. SH-frågeformulär är en samlande benämning för 6 skalor som var och en behandlas i analysen som fristående. De enskilda frågorna i de olika skalorna är samlade under 3 beteckningar, F, G, och H. Påståenden med tillägget (pos) mäter positiva aspekter av personligheten, medan påståenden med tillägget (neg) mäter negativa aspekter av personligheten. Benämningarna för de 6 skalorna och reliabiliteten enligt den preliminära statistiska översikten presenterad i appendix B framgår av tabell 6.

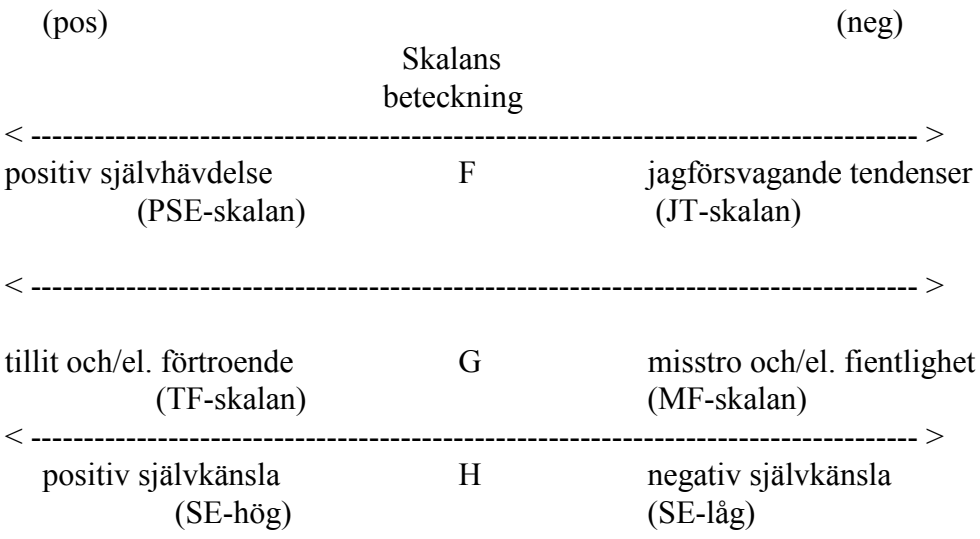
[3] Ibid.

Tabell 6: SH-skalornas benämningar och reliabilitet enligt preliminär analys (Appendix B).

Skalans benämning	Frågornas placering på hypotetiskt kontinuum	Skalan avser mäta	Alpha* (Appendix B) (N=51)
PSE-skalan	F(pos)	positiv självhävdelse	.66
JT-skalan	F(neg)	jagförsvagande tendenser	.62
TF-skalan	G(pos)	tillit och/eller förtroende	.81
MF-skalan	G(neg)	misstro och/eller fientlighet	.74
SE-pos.	H(pos)	positiv självkänsla	.85
SE-neg.	H(neg)	negativ självkänsla	.65

* alphakoefficienten (Cronbach, 1951) baserad på denna undersökningsgrupp (Appendix B).

Skalorna kan tänkas representera tre hypotetiska kontinua; F, G och H, såsom illustrerats i figur 1. De enskilda frågorna betecknade (pos) eller (neg) kan tänkas representera motsatta riktningar av ett sådant hypotetiskt kontinuum. Figuren återges också nedan (Figur 2).



Figur 2: SH-skalorna tänkta som tre hypotetiska kontinua.

Det är tänkt att man genom positiv självhävdelse kan använda sig av den kraft eller energi som vår inneboende aggression utgör på ett konstruktivt sätt. Aggressionen står i det egna jagets tjänst. Lyckas man inte att på ett positivt och konstruktivt sätt att hävda sig gentemot omvärlden, kan aggressionens energi antingen vändas inåt mot det egna jaget i form av självdestruktiva tendenser, här kallade för ”jagförsvagande tendenser”, eller ta sig till uttryck i misstro och/eller fientlighet mot omgivningen.

De olika SH-skalorna, samt deras reliabilitet och interkorrelationer finns närmare beskrivna i den preliminära statistiska översikt som presenteras i appendix B.

Enkäten avslutas med uppmuntran och utrymme för den svarande att framlägga egna åsikter, och en förfrågan om den svarande i framtiden kan tänka sig att delta i en liknande undersökning, samt ett tack för medverkan.

Rådata och statistiska metoder

Rådatan utgjordes av poängen på frågeformulären SSFV (Socialt Stöd från Familj och Vänner) och SH (Självhävdelse-skalorna).

Ett statistikprogram för datorer, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), användes. Som ett första steg i analysen av data utvecklades frågeformulären med hjälp av faktoranalys (Elmgren, 1955; Gorsuch, 1983; Kline, 1993; Magnusson, 1961) och reliabilitetskoefficienten (Cronbach, 1951; 1990) för de olika skalorna beräknades.

Data har vidare analyserats med hjälp av deskriptiv statistik (medelvärde, standardavvikelse och range), samt sambandsmått mellan variabler, Pearson korrelationer, r (Edwards, 1985). Vad beträffar variationen i socialt stöd, har skillnader mellan delgrupper testats med t-test och en-vägs variansanalys (Hinkle, Wiersma & Jurs, 1988).

Multipel regressionsanalys (Edwards, 1985) har genomförts för att peka på de faktorer som orsakar variation i mätvärden för det uppfattade sociala stödet. SSFV-mätvärden har således utgjort beroende variabeln medan dummykodade gruppvariabler och SH-skalornas mätvärden har använts som prediktorvariabler. Ytterligare regressionanalys har genomförts med mätvärden för positiv självhävdelse (PSE) som beroende variabel.

Resultat

Resultaten presenteras i följande ordning:

1) Psykometrisk utveckling av SSFV-skalan och den slutliga lösningen av SSFV med deskriptiv statistik baserad på mätvärden för undersökningsgruppen, samt subskalornas interkorrelationer.
2) Psykometrisk utveckling av SH-skalorna, deskriptiv statistik och SH-skalornas interkorrelationer.
3) Sambanden mellan SSFV och de olika SH-skalorna.
4) Prediktion av socialt stöd (SSFV) och positiv självhävdelse (PSE), samt skillnader mellan delgrupper.

Faktoranalyser, dels på SSFV items, och dels på SH-skalornas positiva respektive negativa items genomfördes

a) för att se huruvida frågeformulärens ev. uppdelning i de olika subskalor var adekvat och empiriskt kunde verifieras,
b) för att se om man kunde utesluta icke relevanta items utan att skalornas validitet eller reliabilitet påverkades,
c) för att se hur varje item relaterade, dels till andra items eller till den sektion som de tillhörde, och dels till totalpoängen.

Faktoranalysprogram tillgängligt i SPSS användes.

Psykometrisk utveckling av SSFV- frågeformuläret.

SSFV:s 24 items som mäter uppfattat socialt stöd inkluderades i faktoranalysen för att testa de ursprungliga 5 dimensionerna av stöd (Appendix A.).

Medelvärdet för SSFV:s totalpoäng för uppfattat socialt stöd (24 frågor), baserat på undersökningsgruppen, N=51, var M= 65.66, Sd= 15.84 (Appendix A). Interitem-korrelationerna varierade från r= .24 till r= .71. Varje items korrelation med totalpoängen varierade från r= .33 till r= .84 (Appendix A) och alphakoefficienten för SSFV poängen totalt var $\alpha = .93$ (Appendix A).

Alla items inkluderades i en preliminär principalkomponent analys. Fyra faktorer med egenvärden över ett och relativt höga laddningar (från .34 till .79) i en första, ej roterad faktormatris, bidrog till variansen.

En stark första faktor, sektion A, det uppfattade stödet från familjen, tillsammans med ett bidrag av sektion E, emotionellt stöd, förklarade 40.8 % av den totala variansen. För övrigt visade det sig att items under sektion E splittrade sig med relativt höga laddningar även över de övriga faktorerna. Något överraskande grupperade sig sektion C, tillhörighetskänsla och

tillgängligt stöd från vänner, och sektion D, mera påtaglig hjälp från vänner, tillsammans som en faktor.

Analysen visade att de ursprungliga fem dimensionerna av stöd inte kunde verifieras. En item i sektion A, två i sektion D, och tre items i sektion E uteslöts ur vidare analys och en andra faktoranalys genomfördes.

Den andra analysen visade också starka första, ej roterade laddningar (lägst .30). Eftersom items tillsammans representerar mätvärden för en övergripande dimension, socialt stöd mera generellt, och därmed, som det visade sig i den preliminära analysen, har samband med varandra, användes oblik rotation och delta definierades till $\Delta = 0$.

Tre dimensioner av stöd kunde verifieras. Dessa var 1) sektion A, stöd från familjen, 2) sektion B, intimitet eller närhet i vänskapsrelationer, tillsammans med item E5 som laddade högt på samma faktor, och 3) sektion C, påtagligt stöd, vilken består av en sammanslagning av sektion D:s tre items och sektion C:s items (Tabell 7).

Dessa 19 items fördelade på tre faktorer förklarade tillsammans 67.2 % av den totala variansen. Egenvärde för faktorerna steg till lägst 2. Lägsta kommunalitet hade fråga C4 (.33). Items, kommunalitet och faktorladdningar efter rotation av axlarna, samt sambandet mellan items och totalpoängen för stöd (korrigerad för ifrågavarande items inverkan) och reliabilitetskoefficienten (Cronbach, 1951) om item utesluts framgår av tabell 7.

Av tabell 8 kan man avläsa egenvärde, andelen förklarad varians uttryckt i procent, kumulativ procent och alphakoefficienterna (Cronbach 1951; 1990), för de tre dimensionerna av socialt stöd. Den totala samlade variansen (testhomogeniteten) för SSFV-skalan är $\alpha = .91$ (Cronbach 1951; 1990; Tabell 8 och 9).

Tabell 7: Faktoranalys av SSFV items efter oblik rotation av axlarna, kommunalitet, faktorladdningar, item/totalpoäng korrelation, och alpha för subskala om item utesluts.

Item nr	Kommu-nalitet	Subskala	Faktorladdningar			Item/totalpoäng korrelation	Alpha om item utesluts
			Stöd från fam. (A)	Intimitet (B)	(C)tillgängligt, påtagligt stöd		
A1	.93	Stöd från familjen	.98	.04	-.08	.94	.93
A3	.82	”	.87	-.01	.08	.86	.94
A4	.47	”	.60	-.06	.18	.61	.97
A7	.86	”	.84	.17	.04	.87	.94
A8	.91	”	.99	.01	-.10	.92	.94
A11	.87	”	.89	.06	.03	.91	.94
B1	.74	Intimitet eller	.19	.80	-.15	.76	.88
B2	.67	närhet i vänskap	-.03	.82	.07	.73	.88
B3	.81	”	.11	.84	.08	.83	.87
B4	.67	”	-.17	.85	-.12	.63	.90
B5	.66	”	.05	.75	.15	.73	.88
E5	.69	”	.26	.66	.14	.71	.89
C2	.49	Tillgängligt,	.18	-.01	.61	.59	.82
C3	.46	påtagligt stöd	-.08	.07	.69	.53	.82
C4	.33	”	-.10	.03	.61	.42	.84
C5	.41	”	.15	-.10	.58	.50	.83
D1	.77	”	.05	-.03	.86	.78	.78
D4	.69	”	.06	-.10	.81	.73	.79
D5	.49	”	.00	.17	.65	.56	.82

Tabell 8: Egenvärde, andelen förklarad varians uttryckt i procent och kumulativ procent, samt alphakoefficienterna för de tre faktorerna.

Faktor	Egenvärde	Variansen i procent	Kum. %	Alpha för subskala	Alpha totalt
(A) Stöd från familjen	7.71	40.6	40.6	.95	
(B) Intimitet, närhet i vänskap	3.05	16.1	56.7	.90	
(C) Påtagligt stöd från vänner	2.00	10.5	67.2*	.84	.91**

* total förklarad varians, ** alpha för SSFV-skalan totalt.

Den slutliga lösningen av SSFV, mätvärden på uppfattat socialt stöd från familj och från vänner, samt subskalornas interkorrelationer för undersökningsgruppen (N=51)

Subskalorna för uppfattat socialt stöd mäter var och en i den slutliga lösningen 24 poäng och dessa 19 SSFV items ger totalt 72 poäng. Dessutom innehåller sektion N 6 st. items som bildar en fristående skala. Sektion N mäter de negativa effekterna av socialt stöd och också den ger maximalt 24 poäng. Deskriptiv statistik för de olika SSFV skalorna presenteras i tabell 9.

Medelvärdet för uppfattat socialt stöd totalt blev för undersökningsgruppen (N=51), M=49.70, Sd= 12.39, och range från min. 25 till max. 69 poäng (Tabell 9).

Tabell 9: Max. poäng, medelvärde, standardavvikelse, range och reliabilitetskoefficienten Cronbachs alpha för SSFV:s sektioner.

	Sektion	Max	M	Sd	Range; min/max	alpha
A	Stöd från familjen, n=50	(24)	15.98	7.09	0-24	.95
B	Intimitet, n=51	(24)	15.12	5.42	0-24	.90
C	Påtagligt stöd, n=51	(24)	18.60	3.54	7-24	.84
B+C	Stöd från vänner totalt, n=51	(48)	33.72	7.17	13-46	.85
A-C	**Totalt, N=51**	**(72)**	**49.70**	**12.39**	**25-69**	**.91**
N	Negativa effekter, n=51	(24)	4.29	3.07	0-11	.63

Den första subskalan, Sektion A, mäter stöd från familjen. Medelvärdet för undersökningsgruppen (n= 50) var här M= 15.98, Sd= 7.09 och range mellan 0 och 24 poäng, dvs. hela skalomfånget användes. En försöksperson hade inga familjemedlemmar.

För sektion B som mäter intimitet/närhet i vänskapsrelationer ligger medelvärdet på M= 15.12, Sd= 5.42, och för sektion C, tillgängligt, mer påtagligt stöd , M= 18.60, Sd= 3.54. Sektionerna B och C tillsammans bildar en totalpoäng av mätvärden på stödet från vänner. Medelvärdet för B+C (n= 51) var M= 33.72, Sd= 7.17 (Tabell 9.).

Av tabell 10 kan man avläsa de olika SSFV skalornas interkorrelationer. Mätvärden för det uppfattade sociala stödet från familjen, (A), har signifikant positivt samband med stödet från vänner (B + C), r= 51, p<.001, vilket talar för att ju mer stöd man har från sina närmaste, desto mer stöd uppfattar man sig ha även från vännerna. Detta resultat är i linje med tidigare forskning (Sarason et.al., 1987; Sherbourne et.al., 1991).

Tabell 10: SSFV subskalornas interkorrelationer (Pearson r).

Subskala	(A) Fam. stöd	(B) Intimitet	(C) Påtagligt	B och C
(B + C) Stöd från vänner totalt	.51****	-	-	1
(C) Påtagligt stöd från vänner	.45***	.25	1	
(B) Intimitet, närhet i vänskap	.38**	1		
(A) Stöd från familjen	1			

**** = p< .000, *** = p< .001, ** = p< .01

Sambandet mellan skalorna intimitet (B) och påtagligt stöd från vänner (C) var inte signifikant, vilket tyder på att dessa två skalor mäter skilda aspekter av stöd.

Subskalornas interkorrelation är mindre än roten av produkten av deras reliabilitet $\left(\sqrt{\alpha \times \alpha \times \ldots}\right)$, teoretiskt den maximala korrelationen, vilket innebär att varje subskala har unik varians (Sherbourne & Steward, 1991).

Psykometrisk utveckling av SH-skalorna

Avsikten med SH-skalorna var att mäta hur man intrapersonellt lyckas att använda sig av den energi eller kraft som vår inneboende aggression utgör.

Separata, preliminära faktoranalyser genomfördes dels på de SH-skalor, som avser mäta positiva aspekter av personligheten och dels på de SH-skalor som avser mäta negativa aspekter av personligheten. Eftersom de positiva skalorna antogs ha samband med varandra och de negativa korrelera sinsemellan, användes oblik rotation och delta definierades till $\Delta = 1$.

För de SH-skalor som mätte positiva aspekter av personligheten visade en preliminär principalkomponentanalys av de 17 items fem faktorer med egenvärden över ett, som tillsammans förklarade 71.8 % av den totala variansen.

För de skalor som mätte de negativa aspekterna av personligheten visade analysen av de 19 items sex faktorer som förklarade 69.1 % av variansen. Före vidare analys uteslöts alla items med låg variation och hög snedhet i fördelningen, samt items som laddade högt på flera faktorer.

I faktoranalysen av de items som mäter positiva aspekter av personligheten, fördelade sig återstående 11 items på tre faktorer och förklarade tillsammans 69.2 % av den totala variansen. Egenvärde för faktorerna var lägst 1.4. Lägsta kommunalitet hade fråga G2 (.50).

Items, kommunalitet och faktorladdningar efter oblik rotering av axlarna, samt samband mellan items och totalpoäng, och alphakoefficienter (Cronbach, 1951; 1990) framgår av tabell 11.

Tabell 11: SH-skalornas positiva items, kommunalitet, faktor och faktorladdningar efter oblik rotation av axlarna, samt item/totalpoängkorrelationer och alphavärden.

Item nr	Kommu-nalitet	Skala	Faktorladdningar			Item/totalpoäng korrelation	Alpha om item utesluts
			Positiv självhävdelse (PSE)	Tillit och förtroende (TF)	Positivt självuppskatt-ning (SE-hög)		
F2	.56	positiv självhävdelse	.63	.00	-.24	.53	.71
F4	.52	”	.61	.13	-.18	.53	.70
F7	.65	”	.81	-.20	.01	.52	.71
F9	.67	”	.83	.10	.09	.61	.66
G2	.50	tillit och förtroende	.27	.55	-.15	.48	.84
G8	.85	”	-.24	.89	-.10	.73	.74
G9	.82	”	.16	.88	-.10	.75	.73
G15	.75	”	.26	.83	.21	.65	.78
H6	.84	positiv självkänsla	.07	.05	-.87	.79	.72
H7	.75	”	.06	-.07	-.86	.70	.80
H8	.70	”	-.02	.06	-.83	.84	.84

I faktoranalysen för de items som mäter negativa aspekter av personligheten fördelade sig 12 items på tre faktorer. Egenvärde för faktorerna var lägst 1.7, och de tre faktorerna förklarade 62.4 % av den totala variansen. Lägsta kommunalitet hade fråga G7 (.32).

Items, kommunalitet, faktorladdningar efter oblik rotation av axlarna, och sambanden mellan items och totalpoäng, samt alphakoefficienter (Cronbach, 1951; 1990) framgår av tabell 12.

Det bör påpekas att den starkaste faktorn som mäter negativa aspekter inte var PSE:s (positiv självhävdelse) motpol JT (jagförsvagande tendenser) på F-kontinuet, utan skalan misstro och/eller fientlighet (MF).

Tabell 12: SH-skalornas negativa items, kommunalitet, faktor och faktorladdningar efter oblik rotation av axlarna, samt item/totalpoängkorrelationer och alphavärden.

Item nr	Kommu-nalitet	Skala	Faktorladdningar			Item/totalpoäng korrelation	Alpha om item utesluts
			Misstro och fientlighet (MF)	Jagförsvagan-de tendenser (JT)	Negativ självuppskatt-ning (SE-låg)		
G3	.58	Misstro/fientlighet	.77	.03	-.04	.63	.80
G4	.52	"	.59	-.20	.19	.55	.81
G6	.67	"	.77	-.16	-.04	.71	.78
G7	.33	"	.58	.02	-.05	.45	.83
G10	.69	"	.83	.19	.07	.66	.79
G11	.64	"	.79	-.01	.04	.65	.80
F1	.68	Jagförsvagande tendenser	-.15	-.82	.16	.58	.75
F11	.82		.02	-.88	-.19	.70	.60
F12	.66	"	.11	-.78	.00	.56	.73
H3	.76	Negativ självkänsla	.16	-.30	.82	.47	.47
H5	.66	"	-.13	.13	.77	.48	.46
H9	.50	"	-.00	.19	.65	.36	.62

Tabell 13 visar deskriptiv statistik (M, Sd), egenvärde, andelen förklarad varians uttryckt i procent och den kumulativa procenten, samt alphakoefficienterna (Cronbach 1951;1990) för de sex SH-skalorna.

Tabell 13: Medelvärde, standardavvikelse, egenvärde, andelen förklarad varians uttryckt i procent, kumulativ procent, alphakoefficienterna (Cronbach, 1951) för de sex SH-skalorna.

Faktor	Skala	Hypotetiskt kontinuum	M	Sd	Egenvärde	Varians i procent	Kumulativ procent	Alpha för skalan
1	PSE-skalan	F(pos)	11.02	2.80	3.92	35.6	35.6	.75
2	TF-skalan	G(pos)	8.84	2.79	2.26	20.5	56.1	.82
3	SE-hög	H(pos)	7.78	2.48	1.43	13.0	69.2	.85
1	MF-skalan	G(neg)	6.20	3.80	3.79	31.5	31.5	.83
2	JT-skalan	F(neg)	3.24	2.03	2.00	16.6	48.2	.77
3	SE-låg	H(neg)	4.12	2.08	1.71	14.3	62.4	.62

SH-skalornas interkorrelationer

Som det framgår av tabell 14 finns det signifikanta positiva samband mellan SH-skalor vilka mäter positiva aspekter av personligheten, med undantag från korrelationen mellan skalan positiv självhävdelse (PSE) och skalan tillit/förtroende (TF).

Den partiala korrelationen mellan PSE och SE-hög blev r= .39, p<.01 när det kontrollerades för TF-skalans inflytande. När det kontrollerades även för inflytandet av SSFV:s totalpoäng, antog korrelationen mellan dessa variabler ett icke signifikant värde, r= .28, p=.051. En viss överlappning mellan dessa variabler förekommer.

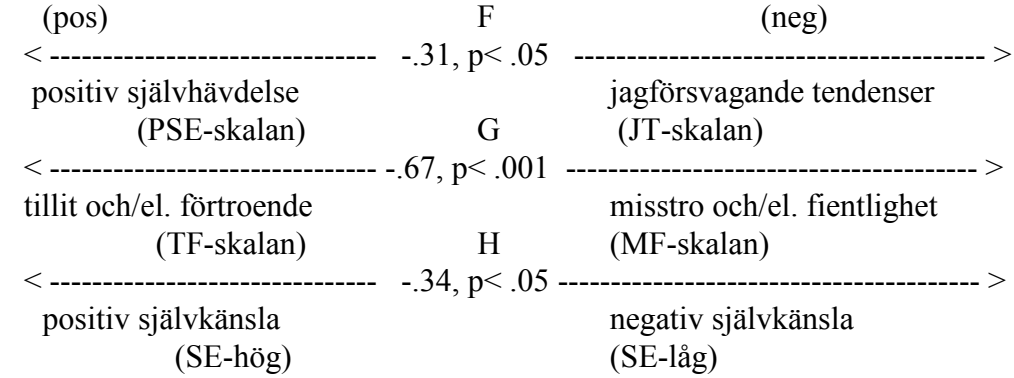
De negativa SH-skalorna uppvisade inte sinsemellan samband, vilket talar för att de alla mäter från varandra skilda aspekter.

Tabell 14: SH-skalornas interkorrelationer (Pearson r).

Skala		PSE	TF	SE-hög	MF	JT	SE-låg
Positiv självhävdelse; PSE	F(pos)	1					
Tillit/förtroende; TF	F(neg)	.20	1				
Positiv självkänsla; SE-hög	G(pos)	.43**	.30*	1			
Misstro/fientlighet; MF	G(neg)	-.05	-.67****	-.09	1		
Jagförsvagande tendenser; JT	H(pos)	-.31*	-.13	-.30*	.21	1	
Negativ självkänsla; SE-låg	H(neg)	.09	.02	-.34*	.16	.04	1

**** = p= .000, *** = p< .001, ** = p< .01, * = p< .05

Det uppdagades, såsom förväntats, signifikanta, negativa samband mellan de SH-skalor som är varandras motpoler på respektive kontinuum. Detta illustreras av figur 3.



Figur 3: SH-skalorna tänkta som tre hypotetiska kontinua och motpolernas korrelationer.

Korrelationen mellan skalorna positiv självhävdelse (PSE) och jagförsvagande tendenser (JT) på det hypotetiska kontinuet F var signifikant på 5 % nivån (r= -.31, p< .05; Tabell 14 och Figur 3), sambandet mellan skalorna tillit/förtroende (TF) och misstro/fientlighet (MF) på det hypotetiska kontinuet G var signifikant på 0,1% nivån (r= -.67, p<.001; Tabell 14 och Figur 3) och skalorna på kontinuet H, dvs. korrelationen mellan mätvärden för bra (SE-hög) resp. låg självkänsla (SE-låg) var signifikant på 5 % nivån (r= -.34, p< .05; Tabell 14 och Figur 3).

Skalornas reliabilitet förbättrades också betydligt efter att irrelevanta items uteslutits i samband med faktoranalysen, jämfört med den preliminära analysen (Tabell 13; jmf. också Appendix B).

Sambanden mellan SSFV- och SH-skalorna.

Av tabell 15 framgår sambandsmåtten (Pearson r) mellan de olika SSFV subskalorna, totalpoängen för uppfattat socialt stöd, och de olika SH-skalorna.

Tabell 15: Korrelationskoefficienterna mellan SSFV:s subskalor, samt totalpoängen för uppfattat socialt stöd och de olika SH-skalorna.

	Positiv själv-hävdelse, PSE	Tillit/ förtroende, TF	Positiv självkänsla, SE-hög	Jagförsvagan-de tendenser, JT	Misstro/ fientlighet, MF	Negativ självkänsl a, SE-låg
A; Stöd från familjen	.51****	.16	.35**	-.13	-.16	-.12
B; Intimitet	.54****	.32*	.22	.02	.04	.24
C; påtagligt stöd	.31*	.18	.21	-.00	.04	-.16
B+C; stöd, vänner	.56****	.33*	.27*	-.02	.01	.10
Stöd totalt	.62****	.29*	.36**	-.08	-.09	-.00
N; Neg. effekter	-.25	-.20	-.20	.08	.44***	.31*

****= p< .000, ***= p< .001, **= p< .01, *= p< .05

Det förväntades signifikanta samband dels mellan SSFV:s subskalor och SH-frågeformulärets skalor som mäter positiva aspekter av personligheten, och dels SSFV:s totalpoäng och mellan de ovannämnda skalorna.

Som framgår av tabell 15, har positiv självhävdelse (PSE) starkt samband med SSFV subskalor som mäter det stöd man uppfattar sig ha och med totalpoängen för SSFV. Utöver koefficienterna presenterade i tabell 15, var partialkorrelationskoefficienten mellan totalpoängen för SSFV och PSE-mätvärdena, med kontroll för SE-hög och TF-skalans inflytande, r= .55, p< .001.

SH-skalan tillit och/eller förtroende (TF) har samband med intimitet (sektion B), stödet från vännerna (sektionerna B och C) och totalpoängen för stöd. Positiv självkänsla mätt med SH-skalan SE-hög, korrelerar positivt med stödet från familjen (sektion A) och stödet från vännerna (sektionerna B och C), liksom med SSFV:s totalpoäng. Dock den partiala korrelationskoefficienten mellan SE-hög och SSFV:s totalpoäng, när TF-skalans och PSE-skalans inflytande kontrollerades för, nådde inte upp till signifikant nivå.

Det är intressant att iaktta, att ingen av SH-skalorna som mäter de negativa aspekterna av personligheten korrelerar med poängen för det uppfattade sociala stödet. Endast mätvärdena för de negativa effekterna av stödet (sektion N) har samband med mätvärdena för de negativa aspekterna av personligheten (skalorna MF och SE-låg).

Prediktion av socialt stöd och skillnader mellan delgrupper

I en stegvis multipel regressionsanalys användes mätvärden för det uppfattade sociala stödet mätt med SSFV som beroende variabel. Som oberoende variabler användes SH-skalorna, samt gruppvariabler som dummykodades.

Resultatet av den multipla regressionsanalysen presenteras i tabell 16. Den multipla korrelationen var signifikant, multipel R=.733; F(4,46)= 13.36; p<.001; Adj. R2=.5.

Tabell 16: Resultat av stegvis multipel regressionsanalys. Prediktion av SSFV.

Steg	Prediktorvariabel av SSFV mätvärden	R^2	ΔR^2	kumul. ökning av ΔR	β	p (T sign)	F*
1	positiv självhävdelse (PSE)	.38	.367	.367	.57	.000	30.01
2	delad boende med vuxen	.43	.41	.043	.30	.005	18.39
3	ålder, 41-60år, (kod 1)	.49	.45	.040	-.25	.019	14.78
4	fp:s kön, kvinna=0, man=1	.54	.497	.047	-.23	.027	13.36
				.05			

Multipel R= .73; F(4,46)= 13.36; p<.001; Adjusted R^2= .5

* alla F-värden signifikanta (<.001)

Vad beträffar prediktion av SSFV mätvärden var positiv självhävdelse (PSE) den starkaste prediktorvariabeln. Den förklarade 36.7 % av variationen i mätvärden för uppfattat socialt

stöd mätt med SSFV. Hypotesen att den positiva självhävdelsen skulle vara den starkaste prediktorvariabeln bekräftades härmed.

Att man inte levde som ensam, utan delade bostad med någon annan vuxen (ej enbart minderåriga barn) förklarade ytterligare 4.3 % av variationen av mätvärden för uppfattat socialt stöd. Försökspersonernas ålder påverkade också resultatet. Ålderskategorin 41 till 60 år bidrog med att förklara ytterligare 4 % av variationen. Slutligen hade även försökspersonernas kön betydelse i sammanhanget. 4,7 % av variationen i mätvärden för uppfattat socialt stöd visade sig bero på om man var man eller kvinna.

Resultatet antyder att det vore på sin plats att genomföra separata analyser för männen och för kvinnorna. Detta gjordes dock inte nu på grund av den lilla sampelstorleken (23 män och 28 kvinnor). Däremot t-testades medelvärden för det kognitivt uppfattade sociala stödet för män och kvinnor. I t-test uppdagades inga skillnader i mätvärden för stödet. Däremot framkom det i t-test att kvinnorna, n= 28, M= 3.18, Sd= 1.4, i undersökningsgruppen hade signifikant mer kontakt med familjen, t(47,29)= -2.04, p< .05, än männen, n= 23, M= 2.37, Sd= 1.4. Kvinnorna, n= 28, M= 4.82, Sd= 1.7, uppgav också i större utsträckning lägre självkänsla mätt med SE-låg skalan, t(40.88)= -2.80, p< .01, än männen, n= 23, M= 3.26, Sd= 2.2.

Inga signifikanta skillnader i mätvärden för det uppfattade sociala stödet uppdagades mellan individer med olika utbildningsnivå eller mellan individer som yrkesarbetade, studerade, eller var pensionerade eller arbetslösa.

Vid prediktion av positiv självhävdelse (PSE), framkom det att mätvärden för det uppfattade sociala stödet totalt (SSFV totalpoäng) var den starkaste prediktorn som förklarade 36.7 % av variationen av PSE-mätvärden. Detta framgår av tabell 17. Ytterligare 5.8 % förklarades av PSE:s hypotetiska motpol, dvs. av jagförsvagande tendenser (JT-skalan).

Tabell 17: Resultatet av stegvis multipel regressionsanalys med PSE som beroende variabel.

Steg	Prediktorvariabel av PSE mätvärden	R^2	ΔR^2	kumul. ökning av ΔR	β	p (T sign)	F*
1	SSFV totalpoäng	.379	.367	.367	.59	.000	30.01
2	jagförsvagande tendenser (JT)	.448	.425	.058 *.43*	.-.26	.018	19.48

Multipel R= .67; F(2,48)= 19.48; p<.001; Adjusted R^2= .43

* alla F-värden signifikanta (<.001)

Vad beträffar prediktion av mätvärden för positiv självkänsla uppvisade män och kvinnor olika mönster som dock pga. ringa sampelstorlek utelämnas från redovisningen.

Skillnader mellan de som upplever sig ha mycket stöd och de som upplever sig ha dåligt med stöd

Vid uppdelning av försökspersonerna i två delgrupper, dels de som upplevde sig ha mycket stöd, n= 26, dels de som upplevde sig ha dåligt med stöd, n= 25 användes en brytpunkt vid poängvärdet Md= 52 för uppmätt socialt stöd totalt. Resultaten visade på en signifikant skillnad mellan delgrupperna på mätvärden för positiv självkänsla, SE-hög skalan.

De som hade mycket stöd, n= 26, M= 8.80, Sd= 2.04, skattade högre på mätvärdena för positiv självkänsla, SE-hög, $t(46.40)= -3.27$, $p< .01$, än de som hade dåligt med stöd, n= 25, M= 6.72, Sd= 2.49. En-vägs variansanalys bekräftade resultatet, $F(1,49)= 10.76$, $p< .01$. Detta är i linje med tidigare forskning (Fitzpatrick, et.al., 1988; Frankel, et.al., 1983; Jananshahi, 1991; Sarason et.al., 1991).

Sammanfattning av resultaten

Analys av SSFV

* Frågeformuläret SSFV:s (Socialt Stöd från Familj och Vänner) fem dimensioner av stöd kunde inte empiriskt verifieras i faktoranalysen. Däremot förklarade tre faktorer 67.2 % av den totala variansen. När irrelevanta items uteslutits, reflekterar SSFV:s återstående 19 items tre meningsfulla dimensioner av uppfattat socialt stöd och de har hög begreppslig validitet.

* SSFV:s subskalor var för sig, liksom totalpoängen för SSFV, visade hög reliabilitet, mätt i testhomogenitet (samlad varians), SSFV totalt, α= .91 (Cronbach, 1951; 1990). Endast sektion N som mäter negativa effekter av stöd hade låg reliabilitet. Sektion N inkluderades inte i faktoranalysen. Interkorrelationerna mellan SSFV:s subskalor varierade mellan r= .25 och r= .51 (Pearson r). Det enda icke signifikanta sambandet fanns mellan sektion B, intimitet, och sektion C, påtagligt stöd.

* Undersökningen visade också att ju mer stöd man har från sina närmaste, d.v.s. från familjen, desto mera stöd uppfattar man sig ha även från andra personer. Detta är i linje med tidigare forskning (Sarason m.fl., 1987; Sherbourne m.fl., 1991).

Analys av SH

* En preliminär faktoranalys av SH-skalorna visade dels, att de skalor som mäter positiva, respektive negativa aspekter av personligheten, bör analyseras var för sig, dels att flera items laddade högt på flera faktorer. Efter att alla irrelevanta items uteslutits, återstod 11 items som mäter positiva aspekter, och 12 items som mäter negativa aspekter av personligheten. De positiva och de negativa aspekterna fördelade sig vardera på tre empiriskt verifierbara faktorer.

* Efter att items uteslutits steg SH-skalornas reliabilitet, beräknat på varje skala för sig, betydligt jämfört med resultaten på den preliminära statistiska översikten presenterad i Appendix B.

* Det förväntades att de SH-skalor som är varandras motpoler på de tre hypotetiska kontinua skulle uppvisa signifikanta, negativa samband. Hypotesen bekräftades.

* De tre SH-skalor som avser mäta positiva aspekter av personligheten hade signifikanta interkorrelationer förutom mellan skalorna positiv självhävdelse (PSE) och tillit och/eller förtroende (TF).

* De tre SH-skalor som avser mäta negativa aspekter av personligheten saknade signifikant samband med varandra.

SSFV- och SH-skalornas korrelationer

* Av de SH-skalor som mäter positiva aspekter av personligheten hade positiv självhävdelse (PSE) det starkaste sambandet med SSFV subskalor för uppfattat socialt stöd, samt med totalpoängen för stödet.

* SH-skalan tillit och/eller förtroende (TF) saknade signifikant samband med stödet från familjen (sektion A) och det påtagliga stödet från vännerna (sektion C), men korrelerade däremot med mätvärden för intimitet (sektion B) och med totalpoängen för uppfattat stöd från vännerna (sektionerna B och C).

* Positiv självkänsla mätt med SE-hög-skalan korrelerade positivt med stödet från familjen (sektion A). Dessutom fanns det ett signifikant samband mellan SE-hög- poängen och det sammanslagna poängvärdet för stödet från vännerna (sektion B och sektion C), liksom mellan SE-hög och SSFV:s totalpoäng.

* Ingen av de SH-skalor som mäter positiva aspekter av personligheten nådde upp till signifikanta värden med stödets negativa effekter, sektion N.

* Ingen av de SH-skalor som mäter negativa aspekter av personligheten korrelerade med poängen för det uppfattade sociala stödet.

* Mätvärden för de negativa effekterna av stöd (sektion N) hade positivt samband med mätvärden för de negativa aspekterna av personligheten (skalorna MF och SE-låg).

Prediktion av SSFV och PSE, samt skillnader mellan delgrupper

* Som förväntat förklarade positiv självhävdelse (PSE) en stor del av variationen i mätvärden för det uppfattade sociala stödet, ca 37 %. Ytterligare 4.3 %, och 4 %, resp. 4.7 % av variationen förklarades i resp. följd av om man bodde ensam eller med en annan vuxen, ålder och kön. Hypotesen att den positiva självhävdelsen skulle vara den starkaste prediktorvariabeln av uppfattat socialt stöd bekräftades härmed.

* Vid prediktion av mätvärden för positiv självhävdelse (PSE), framkom att SSFV förklarade 36.6 % av variationen. Ytterligare 5.8 % förklarades av PSE:s motpol på det hypotetiska kontinuet (se Figur 3) jagförsvagande tendenser (JT).

* Vad beträffar skillnader mellan delgrupper uppdagades det att de som upplevde sig ha dåligt med stöd, dvs. låga SSFV-poäng, uppgav också lägre självkänsla mätt med SE-låg-skalan. Detta är i linje med tidigare forskning (Fitzpatrick, et.al., 1988; Frankel, et.al., 1983; Jananshahi, 1991; Sarason et.al., 1991).

* Kvinnorna uppgav lägre självkänsla än männen, men de visade sig ha mer kontakt med sina släktingar än männen. Varken utbildningsnivå eller yrkesverksamhet, studier, arbetslöshet eller ett liv som pensionär bidrog till signifikanta resultat.

Diskussion

Två övergripande resultat vilka är i linje med tidigare forskning, framkom i denna undersökning:

1 att ju mer stöd man har från sina närmaste, d.v.s. från familjen, desto mera stöd uppfattar man sig ha även från andra personer (Sarason m.fl., 1987; Sherbourne m.fl., 1991).

2 att de som upplevde sig ha mycket stöd, uppgav också högre mätvärden för positiv självkänsla, d.v.s. de hade en positiv, sund uppfattning om sig själva (Fitzpatrick, et.al., 1988; Frankel, et.al., 1983; Jananshahi, 1991; Sarason et.al., 1991).

Utöver dessa resultat visade det sig att det finns visst fog för antagandet att den intraindividuella aggressionen i form av positiv självhävdelse, (PSE), är en nödvändighet för att man på ett konstruktivt sätt skall kunna relatera till omvärlden och utveckla och bibehålla en sund självkänsla och sunda sociala relationer. PSE-skalan visade sig, såsom förväntades, vara den starkaste prediktorn av uppfattat socialt stöd.

Det sociala stödet som man uppfattar sig ha, kan alltså, i enlighet med Sarason m.fl:s (1990a, 1990b, 1990c, 1992) teoretiska ram och undersökningar, antas spegla, inte enbart det konkreta, objektivt registrerbara stödet, utan också en individs personlighetsdrag, inklusive den intraindividuella, medfödda drivkraften som här kallas för positiv självhävdelse. Dock, vad beträffar PSE:s roll i sammanhanget, behövs ytterligare undersökningar, samt bearbetning av SH-skalorna.

SSFV-skalan

Avsikten med att utveckla SSFV-skalan var dels att de valda items så tydligt som möjligt skulle representera de olika dimensionerna av uppfattat socialt stöd, dels att göra mätinstrumentet effektivare med så hög konceptuell validitet och reliabilitet som möjligt.

Inom forskningsområdet socialt stöd har det diskuterats om det är möjligt att empiriskt urskilja de olika dimensionerna av stöd, eftersom subskalorna har visat sig ha höga interkorrelationer. Det har rapporterats både resultat som stöder antagandet att det empiriskt går att urskilja de olika dimensionerna, och resultat som motsäger detta (Cutrona & Russell, 1987; Sarason et.al., 1987; Sherbourne & Steward, 1991; Vaux, 1992).

De höga interkorrelationerna mellan de olika subskalor som mäter socialt stöd kan tänkas ha sin förklaring i att de personer som uppfattar sig ha mycket stöd som fyller en viss funktion, eller mycket stöd från viss krets av närstående, t.ex. från familjen, ofta upplever sig ha mycket stöd överlag (Sarason et.al., 1987; Sherbourne et.al., 1991). Detta resultat erhölls också i

denna studie. De personer som upplevde sig ha mycket stöd från familjen, upplevde sig också ha mycket stöd från vännerna.

Resultatet kan också spegla att det kan vara frågan om personlighetsfaktorer som till en del ligger bakom mätvärden för det uppfattade sociala stödet. Man kan inte bortse från att integration i ett nätverk av nära och kära, har stor betydelse för en individ, även om familjestrukturen i dagens samhälle har förändrats. Det är trots allt i våra ursprungsfamiljer som vår personlighet till stor del formas.

I en studie av Sherbourne och Steward (1991), MOS- (Medical Outcomes Study) Social Support Survey, varierade interkorrelationerna mellan subskalor från r= .69 till r=.82. Sherbourne m.fl., (1991) skriver att detta inte är anmärkningsvärt eftersom subskalorna representerar dimensioner av en övergripande faktor, socialt stöd generellt, och att indelning i subskalor ändå är relevant. De stöder sitt antagande på att korrelationerna mellan subskalorna är mindre än roten av produkten av subskalornas reliabilitet $\left(\sqrt{\alpha \times \alpha \times \ldots}\right)$, teoretiskt den maximala korrelationen mellan två mått. När så är fallet, säger Sherbourne och Steward (1991), innebär det att varje subskala har unik varians.

Ursprungligen var SSFV mätinstrumentet för uppfattat socialt stöd uppdelat i fem, sinsemellan högt korrelerande subskalor (Appendix B). Dessa interkorrelationer var dock mindre än roten av produkten av subskalornas reliabilitet (Sherbourne et.al., 1991).

Resultatet från faktoranalysen visar emellertid att SSFV mäter tre dimensioner av stöd istället för de fem ursprungliga. De faktorer som tillsammans förklarade 67.2 % av variansen i mätvärden för uppfattat socialt stöd i denna undersökning (N=51) var

1) stödet från familjen,
2) närhet eller intimitet i vänskapsrelationer, samt
3) påtagligt stöd.

Subskalornas interkorrelationer låg mellan r= .25 och r= .51 (Tabell 10). Det enda icke signifikanta koefficientvärdet förekom mellan subskalorna "påtagligt stöd" (sektion C) och "intimitet" (sektion B) vilka kan ses som två, faktiskt helt väsenskilda dimensioner av stöd.

SSFV:s sektion B mäter intimitet eller närhet i vänskapsrelationer. Det visade sig i faktoranalysen, att intimitet (sektion B) och emotionellt stöd (sektion E) var mycket närbesläktade begrepp. Eftersom det emotionella stödet handlar om kommunikationen vänner emellan och "intimiteten eller närheten" i vänskapsrelationer om att vara känslomässigt tillgänglig, är det inte anmärkningsvärt, att dessa två subskalor grupperade sig som en faktor.

Mer överraskande grupperade sig items under sektion C och items under sektion D som en faktor. Sektion C mäter det stöd som individen uppfattar tillgängligt vid behov, medan sektion D mäter mer påtaglig hjälp med något, t.ex. blomstervattning. Subskalorna C och D är inspirerade av ISEL, Interpersonnal Support Evaluation List (Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1983). Sektion C är inspirerad av ISEL:s subskala "belonging", medan sektion D till en del är en översättning av ISEL:s subskala "tangible support".

Enligt faktoranalysen, baserad på denna undersökningsgrupp (N=51), kunde sektion C och sektion D inte verifieras empiriskt som två skilda subskalor. I den preliminära statistiska överblicken (Appendix B), utmärkte sig den ursprungliga C-sektionen som den subskala som hade den lägsta reliabilitetskoefficieten (Cronbach, 1951).

Faktoranalysen visade att items under sektion C hade något lägre kommunalitet än övriga items. Fråga C4 hade den lägsta koefficienten, .33 (Tabell 7). Eftersom fråga C4 i den preliminära statistiska överblicken (Appendix B) hade det lägsta sambandsmåttet med summapoängen för sektion C, och dessutom låg variation, kan det tänkas att den borde uteslutas. Sektion C tillsammans med tre adekvata items från sektion D fick betydligt högre reliabilitet, än i den preliminära analysen. Alpha (baserad på denna undersökning, N=51) höjdes från α= .67 (Appendix B) till α= .84 i den slutliga lösningen. De två sektionernas frågor framstår nu som en faktor som för enkelhetens skull kallas ”påtagligt stöd från vänner, sektion C”.

Påtagligt stöd har genom tidigare forskning visat sig vara den form av socialt stöd som är lättast att mäta (MacCarthy & Brown, 1989; Patrick, Morgan & Charlton, 1986; Roos & Cohen, 1987). Detta visade sig vara fallet också i denna undersökning. Det visade sig att poängmedelvärdet för påtagligt stöd från vänner (C) jämfört med poängmedelvärdet för intimitet eller närhet i vänskapsrelationer (B) ligger betydligt högre. Det kan bero på att påtaglig hjälp är konkret till sin karaktär. Antingen får man vid tillfrågan t.ex. låna något, eller så får man det inte. Parterna behöver heller inte vara djupt engagerade i relationen. Det kan också tänkas att det är lättare för oss att bjuda på konkret hjälp än t.ex. att bjuda lite mer ”av oss själva” för när vi bjuder ”av oss själva” blir vi samtidigt emotionellt mer sårbara. Och alla vill vi väl ändå uppfattas som hjälpsamma?

Det övergripande mönstret i faktoranalysresultaten är att varje item laddar högt (lägsta faktorladdningen var .58, Tabell 7) på den faktor som de sorterar under och den proportion av den totala variansen som items i testet har gemensamt, kommunaliteten, var hög för varje item (lästa kommunalitet .33, Tabell 7). Antagandet att de tre faktorerna representerar ett övergripande koncept, socialt stöd mera generellt, får stöd av analysen.

SSFV:s subskalor uppvisar hög reliabilitet och testet som helhet har hög homogenitet (reliabiliteten mätt med Cronbachs alpha, α= .91).

Sammantaget kan man säga att SSFV-frågeformuläret har hög begreppslig validitet och hög reliabilitet.

SSFV-subskalan som mäter eventuella negativa effekter av socialt stöd (sektion N) inkluderades inte i faktoranalysen. Sektion N har relativt låg reliabilitet.

SH-skalan

Frågeformulärets andra del, SH-skalorna, antogs forma tre hypotetiska kontinua, F, G och H, med mätvärden för dels den positiva (pos) och dels för den negativa (neg) utsträckningen på varje kontinuum.

Mätinstrument som är varandras motpoler (Figur 1, 2 och 3) antogs alltså ligga i vardera riktningen på dessa kontinua. Dessa skalor avser mäta vad som här kallas för olika "aspekter av personligheten". Det bör påpekas att uttrycket "aspekter av personligheten" kanske inte är det bästa tänkbara, inte minst med tanke på att skalorna bör bearbetas. Det används dock även i fortsättningen i bemärkelsen "ett samlande begrepp".

Skalorna på det första kontinuet (F) avsåg representera den energi som den intraindividuella aggressionen utgör, riktad utåt i form av positiv självhävdelse (PSE) i ena riktningen av kontinuet, och aggressionens kraft vänd inåt mot den egna personen i form av självdestruktiva, jagförsvagande tendenser (JT) i den andra riktningen.

Det andra kontinuet (G) avsåg mäta i ena riktningen den intraindividuella aggressionen, som i likhet med den positiva självhävdelsen, riktas utåt, men nu i sin negativa uttrycksform, som fientlighet och/eller misstro (MF). Som dess hypotetiska motpol i den andra riktningen av kontinuet, fanns frågor om graden av tillit och/eller förtroende (TF) som man känner gentemot andra människor.

Det tredje kontinuet (H) avsåg spegla en individs självkänsla, dvs. mätinstrument för en sund, positiv självuppfattning och låg självuppskattning som motpoler.

Målsättningen var att med hjälp av faktoranalys bestämma det minsta antalet faktorer som behövdes för att förklara all gemensam varians för de items som avser mäta positiva aspekter av personligheten, och all gemensam varians för de items som avser mäta negativa aspekter av personligheten. Faktoranalyserna resulterade i 11 positiva items fördelade på tre faktorer och 12 negativa items fördelade på tre faktorer. Alla items hade relativt starka faktorladdningar (lägst .55; Tabellerna 11 och 12).

De ursprungliga SH-skalorna hade låg reliabilitet (Appendix B). När irrelevanta items hade uteslutits, höjdes SH-skalornas reliabilitet betydligt. Skalan SE-låg som mäter låg eller negativ självuppskattning har den lägsta reliabiliteten, $\alpha = .62$ (Tabell 13). Det tycks vara svårare att konstruera frågor som på ett adekvat sätt mäter negativa aspekter av personligheten, än frågor som mäter positiva aspekter av personligheten. Samma fenomen upptäcktes vad beträffar mätvärden för de negativa effekterna av stöd (sektion N) på SSFV-skalan. Detta kan bero på att vi människor ogärna delar med oss av de drag vi uppfattar som negativa hos oss själva och hos våra närmaste.

Avsikten med faktoranalysen var också att se om uppdelningen i de olika SH-skalorna var adekvat och att avgöra om de tre hypotetiska kontinua kunde exemplifiera de motsatta polerna. Detta antagande får visst stöd av resultaten, eftersom signifikanta, negativa korrelationer uppdagades mellan de SH-skalor som är varandras motpoler på respektive kontinuum (Figur 3).

Det starkaste sambandet fanns dock inte mellan skalorna på kontinuet F, positiv självhävdelse (PSE) och jagförsvagande tendenser (JT), utan mellan skalorna tillit/förtroende (TF) och misstro/fientlighet (MF) på kontinuet G. Dessa frågor kan helt enkelt vara lättare att formulera. Det kan också tänkas, att detta första utkast av den enkla modellen med skalor vilka är varandras motpoler på tre hypotetiska kontinua inte lyckas fånga de komplicerade, svårfångade aspekterna av det mänskliga psyket på ett adekvat sätt. Detta återstår att undersöka med hjälp av ytterligare studier.

Den positiva självhävdelsen definierades som en uttrycksform för den energi, som vår inneboende, medfödda aggression, definierad som en livskraft, utgör. Aggression är en term som har en starkt negativ laddning i vårt språkbruk. Den är dock inte nödvändigtvis destruktiv. Kohut (1977) menar att aggressiviteten fungerar som beståndsdel i de psykiska konfigurationer som han kallar för det centrala självet, inte som raseri, utan som ren självhävdelse.

Under sin uppväxt måste individen lära sig att kanalisera den kraft eller energi som vår inneboende aggression utgör på ett konstruktivt sätt. Detta antas ske huvudsakligen genom socialiseringsprocessen. Det är genom vår historia av interaktioner som vi får lära oss att på ett positivt, konstruktivt sätt hävda oss mot omvärlden. Denna positiva självhävdelse antogs ha samband med den egna självbilden, självuppskattningen, och spegla till vilken grad man känner sig självsäker och kompetent. Detta bekräftades av studien. Här är det på sin plats att påminna läsaren om att SH-skalorna representerar ett första utkast som bör bearbetas vidare. Till exempel skulle det kunna vara av intresse att jämföra begreppet ”positiv självhävdelse” med olika coping strategier, dvs. hur människor agerar i eller hanterar olika situationer, och hur den medfödda aggressions drivkraft kommer till uttryck beroende på situation, och hos olika individer.

Den positiva självhävdelsen (PSE) hade som förväntat, samband med mätvärdena för en positiv självkänsla mätt med skalan SE-hög. Däremot hade den inte samband med skalan tillit och/eller förtroende (TF). TF-skalan, i sin tur, korrelerade positivt med SE-hög-poängen.

Partialkorrelationskoefficienten mellan PSE och SE-hög, när det kontrollerades för TF-skalans inflytande var signifikant. Dessa två skalor tycks vara närbesläktade. Resultaten innebär att höga mätvärden för positiv självhävdelse (PSE) speglar en positiv, sund självkänsla (SE-hög). Detta är förståeligt, då positiv självhävdelse förmodas spegla till vilken grad man känner sig självsäker och kompetent – dvs. känslor som kan antas vara förknippade med positiv självkänsla!

De negativa SH-skalorna uppvisade inga sinsemellan samband, vilket tyder på att de alla mäter från varandra skilda aspekter av personligheten. Sambanden mellan de olika aspekterna av personligheten är naturligtvis mer komplicerade än vad som här har skisserats men det vore av intresse att vidare undersöka om de hypotetiska kontinua kan tänkas representera en förklaringsmodell. SH-skalorna bör bearbetas vidare mot högre konceptuell validitet och reliabilitet.

Det är också diskutabelt om det antal SH items som återstår i det slutliga resultatet är tillräckligt för att spegla de aspekter av personligheten som de är ämnade att spegla. Ytterligare studier med fler frågor som avser mäta de olika aspekterna av personligheten

behövs för att se om skalorna på de hypotetiska kontinua är representativa som varandras motpoler och för att urskilja och definiera begreppen och ge dem konceptuell klarhet.

Sambanden mellan SSFV- och SH-skalorna och prediktion av socialt stöd

Individens positiva självbild, liksom den positiva självhävdelsen antogs vara av största betydelse för vidmakthållandet av sunda, sociala relationer.

Som förväntats, visade sig PSE-skalan vara den starkaste prediktorn av uppfattat socialt stöd. Positiv självhävdelse (PSE) var den SH-skala som hade det starkaste sambandet med SSFV:s totalpoäng, samt med de olika SSFV-subskalorna separat. Den partiala korrelationskoefficienten mellan PSE och SSFV-totalpoängen vid kontroll av båda skalornas, SE- hög och TF:s, inflytande var $r = .55$, $p < .001$.

Detta resultat innebär att ju högre poäng man hade på PSE-skalan som mäter den positiva självhävdelsen, desto mera stöd uppfattade man sig också ha. PSE-skalan förklarade cirka 37 % av variationen i SSFV:s mätvärden. Boendeform, dvs. om man delade boende med någon annan vuxen eller om man levde ensam, ålder och kön förklarade ytterligare 4.3 %, 4 % resp. 4,7 % av variationen.

Positiv självkänsla eller självuppskattning mätt med SE-hög-skalan hade också samband med mätvärdena för uppfattat socialt stöd. Detta är i linje med tidigare studier (Fitzpatrick, Newman, Lamb & Shipley, 1988; Frankel, & Turner, 1983; Jahanshahi, 1991; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983; Sarason, Pierce, Shearin, Sarason, Waltz & Popper, 1991). Den partiala korrelationen mellan SE-hög och SSFV:s totalpoäng när det kontrollerades för skalorna TF:s och PSE:s inflytande nådde dock inte signifikans. Detta talar för att det är frågan om flera faktorers samverkan.

Resultaten indikerar att positiv självhävdelse och positiv, sund självkänsla eller självuppskattning är närliggande begrepp som ändå kan tänkas representera olika dimensioner av en individs personlighet. Ytterligare studier behövs för att särskilja begreppen.

Sarason, Pierce och Sarason (1990a, 1990b, 1990c, 1992) diskuterar att det uppfattade sociala stödet till en del kan spegla individuella skillnader. De utgår från Bowlbys attachmentteori (Bowlby, 1969, 1973a, 1973b, 1980) som talar om individuella arbetsmodeller för individens förväntningar, uppfattningar och respons till potentiellt stödjande handlingar. Dessa arbetsmodeller är kognitiva representationer av "självet", "betydelsefulla andra" och "relationernas karaktär" och de har samband med individens självkänsla och uppfattningen om att vara älskad och värderad av andra.

Enligt Sarason et.al. (1990a, 1990b, 1990c, 1992) tycks uppfattningen om tillgängligt socialt stöd vara en produkt av dessa arbetsmodeller. Arbetsmodellerna i sin tur är produkter av en individs historia av sociala interaktioner, och av mera närbelägna upplevelser, vilka är specifika för varje relation. Även om det främst är föräldrarna som influerar utvecklingen av sina barns arbetsmodeller, modifieras dessa t.ex. genom kamratrelationer och relationer till

andra betydelsefulla vuxna. Positiv självhävdelse och positiv självuppskattning kan tänkas representera olika dimensioner av arbetsmodeller.

En annorlunda intraindividuell lösning att kanalisera den intrapersonella aggressionen antogs vara att man riktar den aggression som man inte har lärt sig positiva uttrycksformer för, mot andra personer i form av misstro eller fientlighet (MF-skalan). Det kan hända att man i sin uppfattningsvärld s.a.s. förhöjer sitt eget värde i förhållande till andra, grovt uttryckt sätter den egna personen på piedestal. På detta sätt lyckas man behålla sin självbild intakt.

Det visade sig i undersökningen att endast mätvärden för stödets negativa effekter hade signifikanta samband med skalorna som mäter misstro och/eller fientlighet (MF) och negativ självkänsla (SE-låg). Skalan som mäter jagförsvagande tendenser (JT) saknade helt signifikanta samband med andra mätvärden.

Dessa resultat innebär att ju mer av misstro och/eller fientlighet man känner gentemot omvärlden, eller ju sämre självkänsla man har, desto mer av negativa effekter av stöd upplever man. Det kan tänkas att den aviga syn man mot omvärlden i form av misstro och/eller fientlighet också kan bidra till att det lätt skapas s.k. onda cirklar. Det kan t.ex. innebära att man upplever att man inte har tillräckligt med stöd från omgivningen, vilket i sin tur bidrar till att misstron mot ens medmänniskor ökar.

Med tanke på vad som framkommit genom tidigare forskning och även de resultat som denna undersökning tyder på, är det lätt att förstå att arbetsmodeller av "en själv" som inkluderar en sund, positiv bild av den egna personen, dvs. en bra självkänsla, har samband med det stöd man uppfattar som tillgängligt om ett behov skulle uppstå. En sund självkänsla s.a.s. lägger grunden för våra sociala interaktioner.

Resultaten indikerar också att positiv självkänsla inte ensamt förklarar hur vi fungerar i våra sociala relationer. Såsom ovan fastslagits var positiv självhävdelse den faktor som i denna undersökning förklarade största delen av variationen i mätvärden för det kognitivt uppfattade sociala stödet. Utöver en sund självbild bör vi under vår uppväxt också lära oss att på ett sunt sätt relatera till vår omgivning.

Med detta är det sagt att innebörden av en positiv självuppfattning som byggs upp under vår uppväxt i relation till omvärlden har stor betydelse vad beträffar våra interpersonella relationer i vårt vuxna liv.

Referenser

Otryckt material:

Korhonen, E. (1994). Socialt stöd vid hörselhandikapp. Uppsats vid Psykologiska Institutionen. Göteborgs Universitet.

Tryckt material:

Bolger, N. & Eckenrode, J. (1991). Social relationships, personality, and anxiety during a major stressful event. Journal of Personality and Social Psychology, 61, (3), 440-449.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. 1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973a). Attachment and loss. 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973b). Affectional bonds: their nature and origin. I R. S. Weiss, (red.) Loneliness. The experience of emotional and social isolation. (ss. 38-52). Cambridge: The MIT Press.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. 3. Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.

Caldwell, R. A., Pearson, J. L. & Chin, R. J. (1987). Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. Personality and Social Psychology Bulletin, 13, (1), 5-17.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H. M. (1983). Measuring the functional components of social support. I I. G. Sarason & B. R. Sarason, (red:er). 1985. Social support: Theory, research and applications, (s. 73-94). Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin, 98, (2), 310-357.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrica, 16, (3), 297-334.

Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. 5th edition. New York: Harper & Row.

Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. I W.H. Jones & D. Perlman, (red:er). Advances in personal relationships, Vol 1. Greenwich, CT: JAI Press.

Dunkel-Schetter, C., Folkman S. & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. Journal of Personality and Social Psychology, 53, (1), 71-80.

Edwards, A. L. (1979). Multiple regression and the analysis of variance and covariance. New York: Freeman.

Elmgren, J. (1955. Psykologisk faktoranalys. Stockholm: Natur och Kultur.

Fitzpatrick, R., Newman, T., Lamb, R. & Shipley, M. (1988). Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis. Social Science and Medicine, 28, (1), 41-52.

Frankel, B. G. & Turner, R. J. (1983). Psychological adjustment in chronic disability: the role of social support in the case of the hearing impaired. Canadian Journal of Sociology, 8, (3), 273-291.

Ganellen, R. J. & Blaney, P. H. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of life stress. Journal of Personality and Social Psychology, 47, (1), 156-163.

Gorsuch, R. L. (1983). Factor Analysis. Hillsdale, N. J.; Lawrence Erlbaum.

Hinkle, D. E., Wiersma, W. & Jurs, S. G. (1988). Applied statistics for the behavioral sciences. Boston: Houghton Mifflin.

Hobfall, S. E. & Stokes, J. P. (1988). The process and mechanics of social support. I S. W. Duck, (red.). Handbook of Personal Relationships, (s. 497-517). New York; John Wiley.

Holohan, C. J. & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (5), 946-955.

Jahanshahi, M. (1991). Psychosocial factors and depression in torticol. Journal of Psychosomatic Research, 35, (4/5), 493-507.

Joseph, S., Andrews, B., Williams, R. & Yule, W. (1992). Crises support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise disaster. British Journal of Clinical Psychology, 31, 63-73.

Kline, P. (1993). The handbook of psychological testing. London: Routledge.

Kohut, H. (1977). Att bygga upp självet. Stockholm: Natur och Kultur.

Lefcourt, H. M., Martin, R. A. & Saleh, W. E. (1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. Journal of Personality and Social Psychology, 47, (2), 378-389.

MacCarthy, B. & Brown, R. (1989). Psychosocial factors in Parkinson's disease. British Journal of Clinical Psychology, 28, 41-52.

Magnusson, D. (1961). Testteori. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Miller, L. C. & Lefcourt, H. M. (1983). The stressbuffering function of social intimacy. I B. R Sarason, G. R. Pierce, & I.G. Sarason, (red:er). Social support: An interactional view, 1990. New York: J. Wiley & Sons.

Patrick, D. L., Morgan, M. & Charlton, J. R. H. (1986). Psychosocial support and change in the health status of physically disabled people. Social Science & Medicine, 22, (12), 1347-1354.

Reis, H. T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relations. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, (1), 15-30.

Roos, P. E. & Cohen, L. H. (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (3), 576-585.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Pscyhology, 44, (1), 127-139.

Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990a). Social support and interactional processes: a triadic hypothesis. Journal of Social and Personal Relationships, 7, (4), 495-506.

Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990b). (red:er). Social support; an interactional view. New York: John Wiley.

Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G., Waltz, J. A. & Poppe, L. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. Journal of Personality and Social Psychology, 60, (2), 273-287.

Sarason, B .R. & Sarason I. G. (red:er). Social support: Theory, research and applications. 1985. Dortrecht: Martinus Nijhoff.

Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Pierce, G. R. (1990c). Social support: The search for theory. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, (1), 133-147.

Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Pierce G. R. (1992). Three contexts of social support. I H. O. F. Veiel & U. Baumann, (red:er). The meaning and measurement of social support, (ss. 143-154). New York: Hemispere.

Sarason, B. R., Sarason I. G. & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. Journal of Social and Personal Relationships, 50, (4), 845-855.

Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (4), 813-832.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships, 8, 99-127.

Sherbourne, D. C. & Steward, A. L. (1991). The MOS social support survey. Social Science & Medicine, 32, (6), 705-714.

Sherbourne, D. C., Meredith, W. R. & Ware Jr, J. E. (1992). Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. Quality of Life Research, 1, 235-246.

Smith, R. E., Smoll, F. L. & Ptacek, J. T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: Life stress, social support and coping skills, and adolescent sport injuries. Journal of Personality and Social Psychology, 58, (2), 360-370.

Stern, D. (1991). Spädbarnets interpersonella värld - ur psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv, Stockholm: Natur och Kultur.

Storr, A. (1969). Den aggressiva människan. Stockholm: Pan/Norstedts.

Swann, W. B., Jr. & Hill, C. A. (1982). When our identities are mistaken: Reaffirming self-conceptions through social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 59-66.

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, (4), 416-423.

Thoits, P. A. (1992). Social support functions and network structures: A supplemental view. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (red:er). The meaning and measurement of social support, (s. 57-62). 1992. New York: Hemispere Publishing.

Thompson, C. (1964). Interpersonal psycho-analysis. (ss. 179). New York: Basic Books. I A. Storr. (1969) Den aggressiva människan. (s. 51). Stockholm: Pan/Norstedts.

Vaux, A. (1992). Assessment of social support. I Veiel, H.O.F. & Baumann, U. (red:er). The meaning and measurement of social support. 1992. New York: Hemispere Publishing.

Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior, 27, 78-89.

Veiel, H.O.F. & Baumann, U. (red:er). The meaning and measurement of social support. 1992. New York: Hemispere.

Winnicott, D. W. (1958). Aggression in relation to emotional development. Collected papers. (ss. 204-218). London: Tavistock.

Appendix A.

Statistisk överblick över SSFV-skalan (Socialt Stöd från Familj ochVänner)
baserad på 51 försökspersoner

Beräkningsmetoder

Beräkningar har utförts på följande nivåer för SSFV-skalan:

* item-nivå (förbisett bakgrundsfrågorna, varje enskild fråga; 32 stycken, varav en uteslöts under pågående analys)
* sektions-nivå (6 sektioner, varav en, sektion N, utgör en separat skala)
* totalpoängsnivå för SSFV, uppfattat socialt stöd.
* totalpoängsnivå för SSFV, sektion N, negativa effekter av stöd.

Data baserar sig på 51 ur telefonkatalogen slumpmässigt utvalda individer, bosatta inom stor-Göteborg. Av dessa har en person inte besvarat frågorna i sektion A som mäter uppfattat socialt stöd från familjen, eftersom han, helt enkelt inte, hade någon släkt. Således är fråga nr 3 i sektion B som mäter närhet eller intimitet i vänskapsrelationer i detta specifika fall också obesvarad eftersom den syftar på familjeangelägenheter. De övriga interna bortfall som förekommer på item-nivå i frågeformulären framgår ut tabell A1.

Tabell A1:

Sektion	Internt bortfall	r baserad på antal individer
A; stöd från familjen	Delfråga A11.	49
N; negativa effekter	Neg. effekt familjestöd A9 och A10	49
C; tillhörighetskänsla	Delfråga C5.	50
E; emotionellt stöd	Delfråga E1 och E6.	49
E; emotionellt stöd	Delfråga E5.	50

Fördelningarna beskrivs i medelvärde (M) och standardavvikelse (Sd), varians (s^2), samt variationsvidd (range), (Fhaner, 1986). Reliabiliteten har beräknats på de tre nivåerna enligt följande:

ITEMNIVÅ: För att undersöka om det finns enskilda frågor som inte har samband med den sektion som de sorterar under, har varje enskild frågas korrelation med den sektion som den tillhör (r item/sektion) beräknats med produktmomentkorrelation enligt Pearson (Edwards, 1985). Likaledes har varje enskild frågas korrelation med totalpoängen (r item/tot.) beräknats för att se om någon av frågorna inte bidrar till reliabiliteten i testet som helhet. Frågorna under sektion N, negativa effekter av stöd, bildar en egen totalpoäng.

SEKTIONSNIVÅ: För att undersöka om de fem sektionerna var för sig bidrar till testet som helhet har varje sektions korrelation med totalpoäng (r sekt/tot.) beräknats med produktmomentkorrelation (Edwards, 1985). Testhomogeniteten för varje sektion har

beräknats med Cronbachs alpha (alpha sekt), vilket är ett mått på den samlade variansen i respektive sektion (Cronbach, 1951, 1990). Sektion N, negativa effekter av stöd, redovisas för sig.

TOTALPOÄNGSNIVÅN: För att undersöka om SSFV-skalan, sektionerna A t o m E, som helhet kan antas mäta en och samma variabel har homogeniteten för testet beräknats med Cronbachs alpha (alpha tot), vilket är ett mått på den samlade variansen i testet (Cronbach, 1951, 1990). Alpha-koefficienten har även beräknats för negativa effekter av stöd, sektion N:s totalpoäng.

Itemanalys av SSFV-skalan

Utöver bakgrundsfrågor, nätverksstorlek och frågor om kontaktfrekvensen med familj och vänner hade SSFV från början 32 påståenden med fasta svarsalternativ uppdelade i sex sektioner, sektionerna A t o m E och N. Under analysen uteslöts en fråga (C1). Således återstår 31 påståenden.

Sektionerna A - E, mäter socialt stöd från familj och vänner, och bildar tillsammans en totalpoäng på det stöd som man uppfattar sig ha (25 st. frågor).

Sektion A, frågorna A1, A3, A4, A5, A7, A8 och A11, mäter det stöd som man uppfattar sig ha från sin familj, dvs. de personer som man är släkt med och har kontinuerligt kontakt med, även om man inte bor under samma tak, som t.ex. vuxna barn som har flyttat hemifrån. Sektionerna B t o m E däremot mäter det stöd som man uppfattar sig ha från sina vänner. De olika delskalorna beskrivs utförligare under analysen av SSFV:s sektioner.

Data baserar sig på 51 individer utom i sektion A där en person inte hade besvarat frågorna eftersom han inte hade några familjemedlemmar. Således är i detta fall även fråga nr 3 i sektion B som mäter närhet eller intimitet obesvarad, eftersom frågan handlar om familjeangelägenheter. Enstaka interna bortfall förekommer också i sektionerna C, E och N (tabell A1).

Sektion A och sektion E innehåller dessutom påståenden om stödets eventuella negativa effekter. Dessa är frågorna A2, A6, A9 och A10, samt E3 och E6, vilka sorterar under sektion N och tillsammans bildar en separat skala.

Det visade sig under analysen att fråga nr C1 saknade signifikant samband med totalpoängen ($r=-.04$, $p=.77$). Sektion C mäter tillhörighetskänsla i en vänskapskrets och tillgängligheten av stöd från den samma. Fråga nr C1 lyder: ”Upplever du att det är mest du som tar kontakt eller gör dina vänner det i lika stor utsträckning?” och har fyra fasta svarsalternativ graderade från 0; ”alltid jag”, till 4; ”mestadels mina vänner”. Spridningen för denna fråga var anmärkningsvärt lågt. 15 % av försökspersonerna svarade ”alltid jag”, och 85 % ”både jag och mina vänner tar kontakt lika ofta”. Ingen valde något av alternativen ”mestadels jag” eller ”mestadels mina vänner”. Fråga C1 uteslöts ur analysen.

I tabell A2 nedan anges medel- och spridningsmått, samt svarsskalans omfång och variationsvidden för varje fråga.

För att se hur relevant sektionsindelningen är, redovisas i tabell A2 också varje frågas korrelation med den sektion som den tillhör (r item/sekt.), och därtill varje frågas korrelation med totalpoängen på testet (r item/tot.). I tabell A3 redovisas sektion N separat eftersom den bildar egen totalpoäng för stödets negativa effekter.

Tabell A2 följer på nästa sida.

Tabell A2:

Medelvärde, standardavvikelse och range för varje enskild påstående i SSFV, uppfattat stöd (25 st.), samt korrelationskoefficienter (Pearson), dels för varje fråga med respektive sektion, dels med totalpoängen av stöd. Beräkningar baseras i sektion A på 50 personer och i övriga sektioner på 51 personer (sektion N bildar egen totalpoäng och redovisas i tabell A2).

	Fråga	*M*	*Sd*	*Range*	*r item/sek*	*r item/tot*
Sektion A	A1	2.90	1.32	4	.96****	.76****
stöd från	A3	2.57	1.39	4	.91****	.73****
familjen.	A4	2.18	1.16	4	.69****	.58****
Skala 0-4.	A5	2.47	1.14	4	.74****	.56****
	A7	2.80	1.31	4	.91****	.84****
	A8	2.84	1.32	4	.94****	.75****
	A11°	2.69	1.38	4	.94****	.81****
Sektion B	1	2.82	1.09	4	.83****	.61****
Intimitet i	2	2.57	1.17	4	.83****	.56****
vänskap.	3	2.70	1.16	4	.89****	.72****
B1 - B5.	4	2.06	1.19	4	.78****	.38**
Skala 0-4.	5	2.49	1.01	4	.81****	.66****
Sektion C	2	2.39	.57	2	.74****	.54****
Tillhörighet	3	2.12	.65	2	.73****	.42**
C2 - C5.	4	2.10	.67	2	.66****	.33*
Skala 0-3.	5°	2.42	.65	2	.69****	.37**
Sektion D	1	3.31	.91	4	.85****	.54****
Påtaglig	2	3.31	.73	3	.78****	.58****
hjälp.	3	2.92	1.06	4	.82****	.64****
D1. - D5.	4	3.14	.80	3	.80****	.49***
Skala 0-4.	5	3.12	.68	3	.77****	.55****
Sektion E	E1°	2.70	.97	4	.87****	.70****
Emotionellt	E2	2.55	.94	4	.80****	.65****
stöd.	E4	2.00	.96	4	.81****	.70****
Skala 0-4.	E5°	2.58	.95	4	.92****	.77****

****=p=.000, ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05

°) enstaka internt bortfall (tabell A1).

Man kan konstatera att medelvärden för items i sektion B och sektion E ligger endast något över de teoretiska medelvärdena på skalorna. Frågorna under sektion C och sektion D har däremot högre medelvärden. Påståendena D1 - D4 är översatta från Interpersonal Support Evaluation List, ISEL (Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1983) och mäter påtaglig hjälp i en viss, speciell situation. Däremot är inte fråga nr D5 situationsspecifik. Påtaglig hjälp är den formen av socialt stöd som är lättast att mäta, eftersom den är konkret till sin karaktär. Antingen får man vid tillfrågan t.ex. låna något, eller så får man det inte. Parterna behöver heller inte vara djupt engagerade i relationen. Detta resultat är i linje med tidigare forskning (MacCarthy & Brown, 1989; Patrick, Morgan & Charlton, 1986; Roos & Cohen, 1987).

Poängtalens variationsvidd för alla frågor är i förhållande till svarsskalornas omfång relativt stort. Sektion C har den minsta variationsvidden.

Vid en analys av r item/sektion finner man genomgående höga korrelationer. Att varje påstående har signifikanta samband med den sektion som den tillhör talar för att sektionsindelningen är relevant.

Medelvärde, standardavvikelse och svarsskala för varje enskild påstående i sektion N, negativa effekter av stöd, samt korrelationskoefficienter (Pearson), dels för varje fråga med respektive sektion, och dels med totalpoängen av stödets negativa effekter (51 personer) redovisas i tabell A3.

Tabell A3:

Medelvärde, standardavvikelse och range för varje enskild påstående i sektion N, negativa effekter av stöd, samt korrelationskoefficienter (Pearson), dels för varje fråga med respektive sektion, och dels med totalpoängen av stödets negativa effekter (51 personer).

	Fråga	*M*	*Sd*	*Range*	*r item/A;E*	*r item/sek N*
Sektion N	1, A2.	.80	.92	3	.67****	.73****
Negativa	2, A6.	.65	.74	3	.79****	.57****
effekter av	3, A9.°	.43	.64	2	.68****	.67****
stöd.	4, A10.°	.78	.99	3	.71****	.57****
Skala 0-4.	5, E3.	.88	.84	3	.76****	.54****
Max 24 p.	6, E6.°	.75	1.0	4	.84****	.54****

****=p=.000, ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05,
°) enstaka interna bortfall (tabell A1).

Sektion N särskiljer sig från de övriga sektionerna genom att uppvisa genomgående låga medelvärden satt i relation till antalet möjliga poäng per påstående.

Korrelationskoefficienterna i tabell A3. för sektion N är beräknade dels för A-sektionens frågor och dels för E-sektionens frågor med resp. summapoäng, dvs. negativa effekter av stöd från familjen (r item/A), och negativa effekter av stöd från vänner (r item/E), samt för de

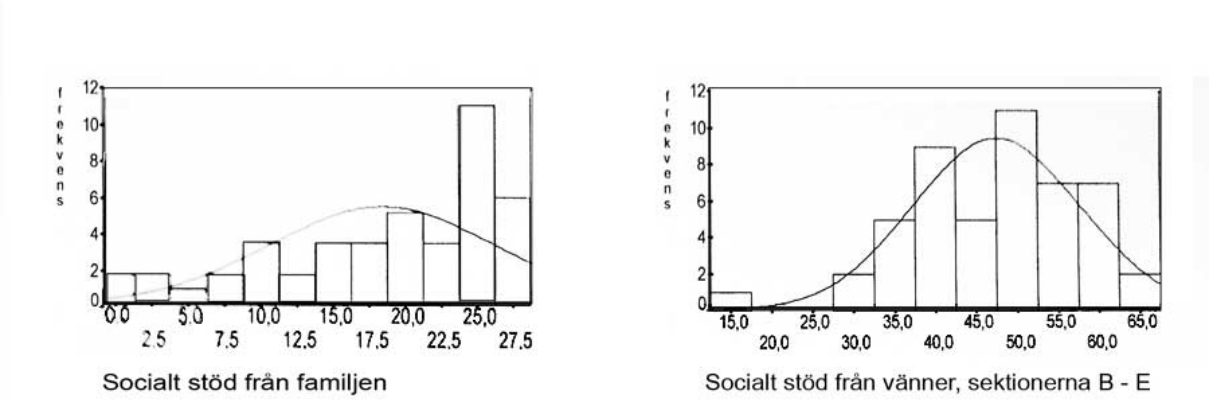
enskilda påståendena med hela sektionens summapoäng (r item/sek.N), dvs. maximala poängen för negativa effekter av stöd.

Analys av SSFV:s sektioner

SSFV består av 6 sektioner, A t o m E, och sektion N. Data baserar sig på 51 individer. Av dessa har en person inte besvarat frågorna i sektion A eftersom han helt enkelt inte hade någon släkt. Enstaka interna bortfall förekommer också i sektionerna B, C och E (tabell A1).

Tidigare forskning har framhållit att stödet från vänner respektive från familjen bör mätas separat (Heller & Lakey, 1985) varför den första delskalan, sektion A, mäter det stöd som man uppfattar sig ha från sin familj.

Sektion A består av 7 st. påståenden (A1, A3, A4, A5, A7, A8 och A11) med fasta svarsalternativ graderade från 0, ”stämmer inte alls” till 4, ”stämmer helt”. Frågorna A1, A3 och A7 bygger på tidigare studier (Berkman & Syme, 1979; Blazer & Kaplan, 1983; House, Robbins & Metzner, 1982; i Cramer, 1991). Figur 1. visar fördelningen av poängen för sektion A och summapoängen för sektionerna B-E, uppfattat stöd från vänner. Normalfördelningskurva framgår ur histogrammet.
Maximala poängen, medelvärdet, standardavvikelsen och variansen för sektion A, samt range och sektion A:s korrelation, dels med stödet från vännerna (B-E), dels med totalpoängen för stödet framgår ur tabell A4. Reliabilitetskoefficienten (Cronbach, 1951; 1990) för sektion A är högt, α= .91 (tabell A4.).



Figur 1. Frekvensfördelning av poäng för uppfattat socialt stöd från familjen, sektion A, (50 individer) och från vänner totalt, sektionerna B-E, (51 individer).

Reiss (1987) har framhållit att interaktiv intimitet är det bästa måttet på att stöd och råd finns till hands för en individ och att han/hon upplever sig tillhöra en grupp.

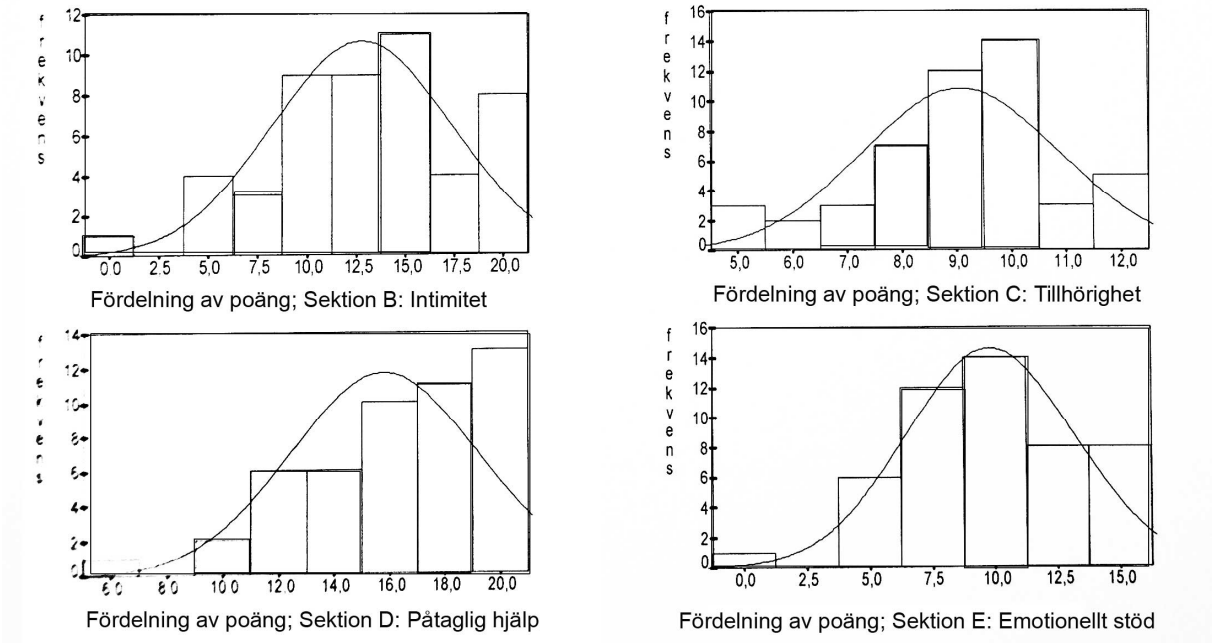
Sektion B, påståendena B1 - B5, mäter graden av psykisk närhet eller intimitet i vänskapsrelationer. De är graderade från 0, ”stämmer inte alls”, till 4, ”stämmer helt”, och ger maximalt 20 poäng. Reliabilitetskoefficienten (Cronbach, 1951; 1990) för sektion B är α= .88 (tabell A4).

Sektion C mäter tillhörigheten till en krets av vänner och det sociala stöd individen uppfattar vara tillgängligt vid behov. De fem frågorna under denna sektion är inspirerade av Interpersonal Support Evaluation List (Cohen et.al., 1983), ISEL subskalan "belonging" och har fasta svarsalternativ, graderade i fyra steg, från 0 till 3. Fråga C1 korrelerade inte med totalpoängen och visade endast svagt samband med de övriga i samma sektion varför den uteslöts ur analysen. I jämförelse med de övriga sektionerna ligger reliabilitetskoefficienten för sektion C, beräknat med Cronbachs alpha (Cronbach, 1951; 1990), lägst av alla och är α= .65 (tabell A4).

Sektion D, frågorna 1 - 4 är översatta från ISEL:s (Cohen et.al., 1985) subskala som mäter mera påtaglig hjälp i en viss, speciell situation. Däremot är inte fråga nr 5 situationsspecifik. Frågorna har fasta svarsalternativ graderade i fem steg, från 0 till 4. Reliabilitetskoefficienten (Cronbach, 1951; 1990) för sektion D är α= .86 (tabell A4).

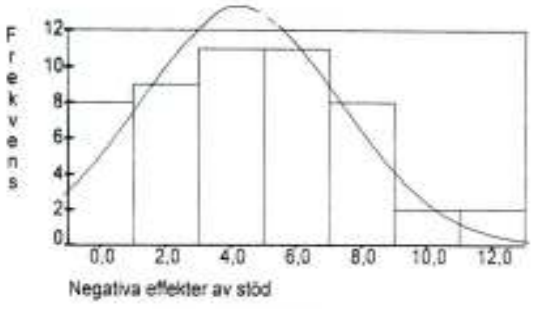
Sektion E mäter individens uppfattning om det tillgängliga emotionella stödet, dvs. det känslomässiga stöd som kommuniceras vänner emellan. Också här har frågorna (E1, E2, E4 och E6) fasta svarsalternativ, graderade i fem steg från 0, ”stämmer inte alls” till 4, ”stämmer helt”. Reliabilitetskoefficienten (Cronbach, 1951; 1990) för sektion E är α= .90 (tabell A).

Fördelning av poäng på uppfattat stöd från vänner totalt, sektionerna B - E, illustreras i figur A1. Ett histogram på poängfördelning för varje sektion (B-E) för sig visas i figur A2. Normalfördelningskurvan framgår ur histogrammen.



Figur A2. Fördelning av poäng på SSFV:s sektioner B - E, uppfattat stöd från vänner,

Sektionerna B t o m E mäter således det stöd som man uppfattar sig ha från sina vänner. Dessutom innehåller både sektion A, stöd från familjen, och sektion E, emotionellt stöd från vänner, påståenden som mäter eventuella negativa effekter av stöd. Dessa tillsammans (frågorna A2, A6, A9, A10, E3 och E6) bildar sektion N. *Sektion N* har en reliabilitetskoefficient (Cronbach, 1951; 1990) α=.63. Figur A3. visar poängfördelningen för sektion N. Normalfördelningskurvan framgår ur histogrammen.



Figur A3. Fördelning av poäng på SSFV:s sektion N, negativa effekter av stöd (51 individer). Normalfördelningskurva framgår ur histogrammet.

Maximala poäng, medelvärden, standardavvikelser, varians och vilken range individerna placerade sig inom i de olika sektionerna framkommer ur tabell A4. Tabell A4 visar också korrelationskoefficienter (Pearson) för varje av sektionerna B - E, med de tre övriga som mäter det uppfattade stödet från vännerna (r sek/övr), samt för varje sektion, A - E och N, för sig och totalpoängen för socialt stöd (r sek/tot). För sektion A:s del gäller det första sambandsmåttet (r sek/övr) korrelationskoefficienten mellan sektion A och summapoängen för sektionerna B - E, stöd från vänner.
Reliabilitetskoefficienten (Cronbach, 1951; 1990) för sektionerna redovisas också i tabell A4.

Tabell A 4:

SSFV:s sektionspoäng för 50 personer i sektion A och 51 i resterande sektioner. Maximipoängen på delsektionen, medelvärde, standardavvikelse, varians och range. Korrelationskoefficienter (Pearson) för sektion A och summapoängen för stödet från vänner (B-E summa), samt totalpoängen. För varje sektion B - E sambandet med de övriga tre som mäter vänstöd, samt totalpoängen. Cronbachs alpha för varje sektion.

	Max	M	Sd	s2	Range	r sek/övr	r sek/tot	alpha(sek)
Sektion A; Stöd från familj	28	18.45	7.89	62.21	28	.51****	.83****	.91
Sektion B; Intimitet	20	12.59	4.66	21.69	20	.54****	.71****	.88
Sektion C; Tillhörighet	12	9.03	1.78	3.18	7	.47***	.59****	.65
Sektion D; Påtaglig stöd	20	15.80	3.37	11.36	14	.58****	.70****	.86
Sektion E; Emotionellt stöd	16	9.73	3.34	11.16	16	.76****	.81****	.90
B - E summa;	68	47.21	10.31	106.4	49	.51****	.90****	.91
Sektion; N; neg. effekter av stöd	24	4.29	3.07	9.45	11	-	-.32*	.63

****= p=.000, ***= p<.001, **= p<.01, *= p<.05

Som det framgår av tabell A4 är poängtalen för sektion B och sektion E väl spridda runt ifrågavarande medelvärden, vilka ligger något över de teoretiska medelvärdena på skalorna. Medelvärdena för sektion C och sektion D i förhållande till maximala poängen på vardera skalan är däremot relativt höga. För sektion D:s del gäller det att fördelningen är negativt sned (figur A2).

Satt i förhållande till delskalorna som mäter stödet från vänner, antar sektion D de högsta värdena. Detta är i linje med tidigare forskning (MacCarthy & Brown, 1989; Patrick, Morgan & Charlton, 1986; Roos & Cohen, 1987).

Alla korrelationerna mellan de olika sektionerna, samt mellan sektionspoängen och totalpoängen är signifikanta (p=.000 till p<.05). Detta tyder på att testet är väl samlat runt en central variabel. Reliabiliteten är uttryckt i testhomogenitet (samlad varians) och visar också höga värden.

Återigen utmärker sig sektion C, nu med det lägsta reliabilitetskoefficientvärdet (Cronbachs alpha, α=.65) bland de sektioner som mäter det uppfattade stödet från vänner. Den relativt låga reliabilitetskoefficienten kan tänkas till en del bero på att de fasta svarsalternativen, graderade i enbart fyra steg (0-3), består av långa meningar som kanske verkar schablonartade. Eventuellt ger inte svarsalternativen tillräckligt med utrymme för nyanser.

Det finns en signifikant negativ korrelation mellan totalpoängen för stöd och poängen för negativa effekter av stöd, ($r=-.33$, $p<.05$). Detta talar för att de negativa effekterna av stöd inte blir fler ju mer stöd man upplever sig ha.

Sektion N:s maximala poäng är 24 och range 11. Poängtalen ligger alltså mycket lågt och variationsvidden sträcker sig från 0 till maximalt 11 poäng. Också här antar reliabilitetskoefficienten ett ganska lågt värde, (Cronbachs alpha, $\alpha=.63$).

Sambanden mellan de olika delskalorna, A - E, finns redovisade i tabell A5. Sektion B saknar signifikant samband med sektion C.

Tabell A5: Matris över korrelationer (Pearson) mellan sektionerna i SSFV. N = 51.

	Sektion A (fam. stöd)	Sektion B (intimitet)	Sektion C (tillgänglig)	Sektion D (påtagligt)	Sektion E (emotionell)	B - E (vänstöd)
Sektion A	1					
Sektion B	.36*	1				
Sektion C	.40**	.19	1			
Sektion D	.40**	.35*	.67****	1		
Sektion E	.47***	.70****	.37**	.57****	1	
B-E summa	.51****	.71****	.59****	.70****	.81****	1

****= p=000, ***= p<.001, **= p<.01, *= p<.05

Analys av SSFV-skalans totalpoäng

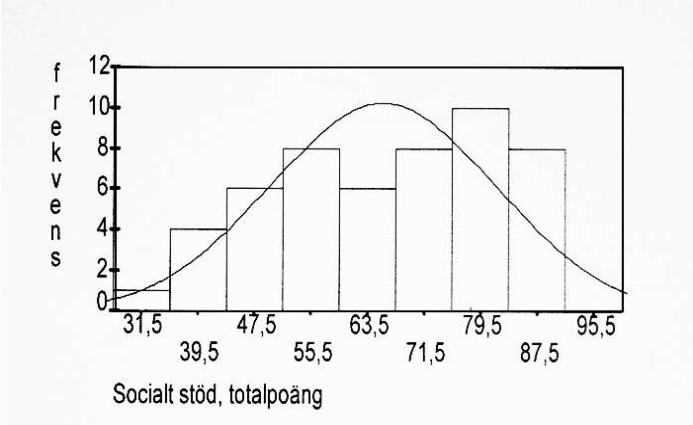
Maximala poängen för SSFV är 96 poäng. SSFV uttrycker mängden socialt stöd som individen uppfattar sig ha, dels från familjen (sektion A, max 28 poäng), och dels från vänner, (sektion B t.o.m. sektion E, max 68 poäng). Ju högre poäng, desto mera stöd.
Utöver detta mäter delsektionen N negativa effekter av stöd. Sektion N ger maximalt 24 poäng, ju högre poäng, desto mera negativa effekter av stöd. Som det framgår ur tabell A6, sträcker sig poängen för uppfattat stöd från lägst 32 poäng till högst 90 poäng i den aktuella undersökningsgruppen, och för de negativa effekterna av stöd, från 0 poäng till 11 poäng.

Tabell A6: SSFV totalpoäng för 51 personer. Maximipoäng på testet, medelvärde, standardavvikelse och range (min/max), samt Cronbachs alpha.

	Max	M	Sd	Range	Min/max	Alpha (tot.)
SSFV, A-E,	96	65.66	15.84	58	32-90	.93
SSFV, N,	24	4.29	3.07	11	0-11	.63

Medelvärdena för de flesta frågor låg över det teoretiska medelvärdet vilket ger ett relativt högt totalmedelvärde, M = 65.66. Motsatta förhållanden råder för sektion N, de negativa effekterna av stöd där medelvärdet är förhållandevis lågt, M = 4.29, satt i relation till svarsskalans omfång.

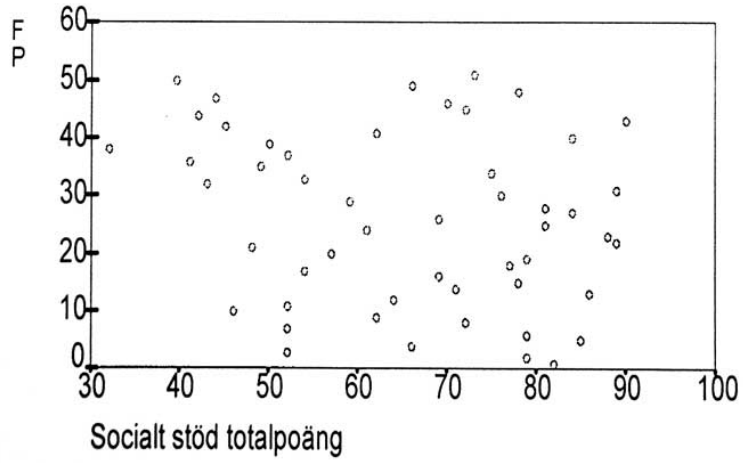
Standardavvikelsen för uppfattat stöd är 15.84 och poängfördelningen illustreras i figur A4. Normalfördelningskurvan framgår ur histogrammet.



Figur A4: Histogram över SSFV:s totalpoäng för uppfattat stöd, (N=51).

Homogeniteten för uppfattat socialt stöd, SSFV, som helhet är alpha = .93 (Cronbach, 1951; 1990), vilket är ett högt värde (tabell A6). Testet kan således sägas vara homogent. Frågorna under sektion C som i detta sammanhang har den lägsta alpha-koefficienten, bör eventuellt ytterligare bearbetas. Reliabilitetsvärden för varje sektion redovisas i tabell A4.

I figur A5. framgår att individerna är väl spridda. Spridningsdiagrammet visar att det inte förekommer anhopningar av individer kring ett visst värde.



Figur A5 : Spridningsdiagram över 51 individers totalpoäng på Socialt Stöd från Familj och Vänner, SSFV-skalan.

Sammanfattning SSFV-skalan

* Itemanalys visar att de enskilda frågorna genomgående korrelerar högt med den sektion som de tillhör, vilket talar för att sektionsindelningen är relevant.

* Fråga C1 i sektion C saknade signifikant samband med den totala testpoängen varför den uteslöts ur analysen.

* Sektion C hade den lägsta alpha-koefficienten av SSFV:s sektioner som mäter uppfattat socialt stöd, α = .65. Frågorna i sektion C bör bearbetas till att innehålla flera svarsalternativ.

* Homogeniteten för övriga delsektioner som mäter uppfattat stöd och för testet som helhet är dock högt, vilket tyder på att frågorna är väl samlade runt en och samma variabel, uppfattat socialt stöd.

* Sektion N bildar en separat skala för stödets eventuella negativa effekter. Reliabilitetskoefficienten Cronbachs alpha var α=.63 för denna sektion.

Referenser

Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H. M. (1983). Measuring the functional components of social support. I I. G. Sarason & B. R. Sarason (red:er). Social support: Theory, research and applications, 1985, Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Cramer, D. (1991). Social support and psychological distress in women and men. British Journal of Medical Psychology, 64, 147-158.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrica, 16, (3), 297-334.

Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. 5th edition. New York: Harper & Row.

Edwards, A. L. (1985). Multiple regression and the analysis of variance and covariance. New York: W. H. Freeman.

Fhaner, S. (1986). Psykologisk testning: teori och tillämpningar. Stockholm: Norstedts.

Heller, K. & Lakey, B. (1985). Perceived support and social interaction among friends and confidants. I I.G. Sarason & B.R. Sarason, (red:er), Social support: Theory, research and applications, (s. 287-300). Dordrecht: Martinus Nijhoff.

MacCarthy, B. & Brown, R. (1989). Psychosocial factors in Parkinson's disease. British Journal of Clinical Psychology, 28, 41-52.

Patrick, D. L., Morgan, M. & Charlton, J. R. H. (1986). Psychosocial support and change in the health status of physically disabled people. Social Science & Medicine, 22, (12), 1347-1354.

Reis, H.T. (1987). Where does social support come from? I I. G. Sarason, G. R. Pierce & B. R. Sarason (red:er). Social support: An interactional view, (s. 97-128). 1990. Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Roos, P. E. & Cohen, L. H. (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (3), 576-585.

Appendix B.

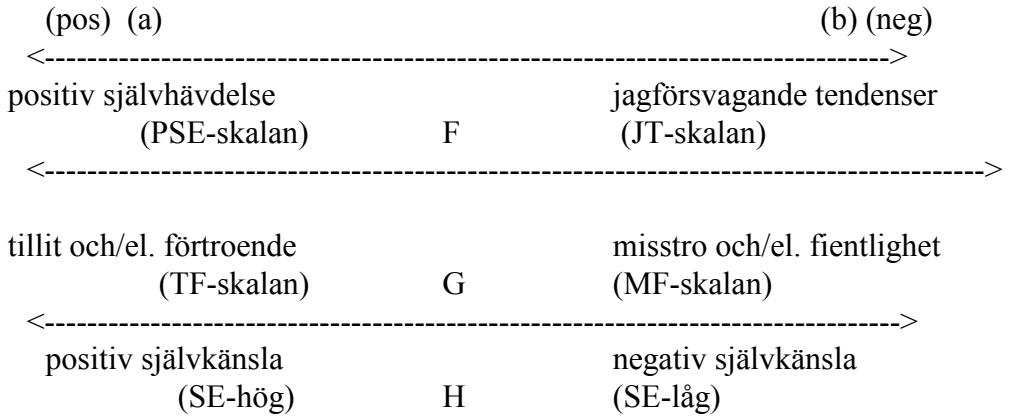
Statistisk överblick över SH-skalorna (Självhävdelse)
baserad på 51 försökspersoner

SH-frågeformulär är en samlingsbeteckning för 6 st. skalor som var och en behandlas i analysen som fristående, men som dock är relaterade. De enskilda frågorna i de olika skalorna är samlade under 3 beteckningar, F, G, och H. Påståenden med tillägget (pos) mäter positiva aspekter av personligheten, medan påståenden med tillägget (neg) mäter negativa aspekter av personligheten. Beteckningarna framgår ur tabell B1.

Tabell B1: SH skalornas beteckningar och antalet frågor per skala.

Skalans benämning	Frågornas betecknin g	Skalan avser mäta	Antal items
PSE-skalan	F(a)	positiv självhävdelse	6
JT-skalan	F(b)	jagförsvagande tendenser	7
TF-skalan	G(a)	tillit och/eller förtroende	6
MF-skalan	G(b)	misstro och/eller fientlighet	9
SE-hög	H(a)	positiv självkänsla	5
SE-låg	H(b)	negativ självkänsla	4

Skalorna kan tänkas representera 3 st. hypotetiska kontinua, F, G och H. De enskilda frågorna betecknade (pos) eller (neg) kan tänkas representera motsatta riktningar av ett sådant hypotetiskt kontinuum. Dessa positiva och negativa motpoler illustreras i figur B1.



Figur B1: SH-skalorna tänkta som tre hypotetiska kontinua, F, G och H.

PSE-skalan består av sex påståenden och den avser mäta ett positivt, konstruktivt sätt att kanalisera den kraft eller energi som bottnar i vår inneboende aggression. Att på ett konstruktivt, ”jagförstärkande” sätt kunna rikta denna energi utåt omvärlden kallas här för ”positiv självhävdelse, PSE”. De sex påståendena F(pos), förekommer i frågeformuläret omväxlande med påståenden F(neg), dvs. mätvärden för den motsatta riktningen av det hypotetiska kontinuet (F).

Frågorna F(neg) sorterar under *JT-skalan.* De är sju stycken påståenden som antas mäta den kraft eller energi som bottnar i aggression, men som nu riktas inåt mot den egna personen. Detta uttrycks här som ”jagförsvagande tendenser, JT".

TF-skalan består av sex påståenden betecknade G(pos) som antas mäta den tillit och förtroende (här förkortad TF), som man känner för människor i allmänhet. Dessa frågor förekommer i frågeformuläret omväxlande med påståendena G(neg), dvs. frågor som representerar den motsatta riktningen av detta hypotetiska kontinuum (G).

MF-skalan består av nio påståenden som antas mäta den kraft eller energi som bottnar i aggression, riktad utåt omvärlden som i fallet med den positiva självhävdelsen, men nu i negativ tappning, i form av misstro och fientlighet (kontinuum G).

Genom positiv självhävdelse lyckas individen att använda sig av aggressionens kraft på ett konstruktivt sätt. Aggressionen står i det egna jagets tjänst. Vad beträffar misstro och fientlighet tar sig aggressionen negativa uttryck. Istället för att rikta den aggressiva kraften inåt mot den egna personen som självdestruktiva, eller jagförsvagande tendenser, riktar man sin fientlighet och misstro mot omvärlden och på detta sätt lyckas man behålla sin självbild intakt. Man s. a. s. sätter sig själv på piedestal.

Också påståendena SE(pos) och SE(neg) förekommer omväxlande i frågeformuläret. De avser mäta självkänsla eller självuppskattning och är inspirerade av Rosenbergs Self Esteem Scale (Rosenberg, 1965). Påståendena H(pos)1, H(pos)4, H(pos)6, H(pos)7 och H(pos)8, bildar skalan SE-hög, som mäter en sund, positiv syn på sig själv, medan frågorna H(neg)2, H(neg)3, H(neg)5 och H(neg)9 bildar SE-låg, det motsatta på kontinuum H.

Korrelationerna mellan de motsatta polerna på dessa hypotetiska kontinua, dvs. PSE-skalan och JT-skalan, TF-skalan och MF-skalan, samt SE-hög och SE-låg skalorna förväntas anta signifikanta, negativa värden.

Beräkningsmetoder

Reliabilitetsberäkningar har utförts på följande nivåer för SH-skalorna:

* item-nivå (varje enskild fråga; 37 stycken)
* totalpoängsnivå för varje fristående skala (6 skalor).
* samt korrelationsberäkningar på totalpoängsnivå för skalornas inbördes relation.

Data baserar sig på 51 ur telefonkatalogen slumpmässigt utvalda individer, bosatta inom stor-Göteborg. Enstaka interna bortfall förekommer i JT-skalan. Korrelationsberäkningarna baserar sig på 51 individer, utom således i JT-skalan, delfrågorna F(neg)3 och F(neg)3, där det baseras på 48 svar.

Fördelningarna beskrivs i medelvärde (M) och standardavvikelse (Sd), varians (s^2), samt variationsvidd (range; min/max), (Fhaner, 1986).

För att undersöka om det finns frågor som inte har samband med den skala som de sorterar under, har varje enskild frågas korrelation med totalpoängen för den ifrågavarande skalan (r item/tot) beräknats med produktmomentkorrelation enligt Pearson (Edwards, 198).

För varje skala (6 st.) har homogeniteten beräknats med Cronbachs alpha (alpha tot), vilket är ett mått på den samlade variansen (Cronbach, 1951, 1990). Dessutom har skalornas inbördes samband beräknats med produktmomentkorrelationer enligt Pearson.

Item-analys av SH-skalorna

Enkäten sändes per post tillsammans med SSFV-frågeformuläret till alla deltagare. Utöver att SSFV mäter socialt stöd, innehåller den demografiska frågor. Således fanns det inte behov av att i SH-skalorna inkludera bakgrundsfrågor.

SH-skalorna består av 37 påståenden med fasta svarsalternativ graderade i fem steg, från 0, ”stämmer inte alls” till 4, ”stämmer helt”. Frågorna är uppdelade i sex skalor, vilkas beteckningar framkommer ur tabell B1.

I tabell B2 nedan anges medel- och spridningsmått, varians, samt variationsvidd (range; min/max) för varje fråga. För att se om skalindelningen är relevant har också varje frågas korrelation med den skala som den tillhör (r item/tot) beräknats.

(Tabell B2 på nästa sida.)

Tabell B2:
Medelvärde, standardavvikelse, varians och range, min/max för varje enskild påstående, samt korrelationskoefficienter (Pearson) för varje påstående med respektive skala (r item/tot). N=49, utom för delfrågorna F(neg)3 och F(neg)13 där korrelationsberäkningarna baseras på 48 personer.

	Fråga	*M*	*Sd*	*s2*	*range*	*min/max*	*r item/tot*
PSE-skalan	2	2.39	1.02	1.05	4	1-4	.66****
Påståendena	4	2.22	.86	.73	4	0-4	.68****
F(pos).	7	3.00	.89	.80	2	2-4	.70****
	8	1.90	.93	.85	4	0-4	.38**
	9	2.90	.92	.85	3	1-4	.68****
	10	2.37	1.00	1.00	4	0-4	.51****
JT-skalan	1	1.18	.95	.91	4	0-4	.75****
Påståendena	3	.94	.97	.94	4	0-4	.52****
F(neg).	5	1.61	.90	.80	4	0-4	.53****
	6	1.59	1.08	1.17	4	0-4	.60****
	11	1.04	.72	.52	3	0-3	.72****
	12	1.02	.76	.58	4	0-4	.71****
TF-skalan	1	2.35	.89	.79	3	1-4	.59****
Påståendena	2	2.29	.81	.65	3	1-4	.75****
G(pos).	5	2.80	.94	.88	3	1-4	.75****
	8	2.16	.81	.65	4	0-4	.72****
	9	2.18	.82	.67	4	0-4	.73****
	15	2.22	1.01	1.01	4	0-4	.80****
MF-skalan	3	.98	.86	.74	3	0-3	.66****
Påståendena	4	.76	.79	.62	4	0-4	.63****
G(neg).	6	1.33	1.07	1.15	4	0-4	.81****
	7	.63	.72	.52	2	0-2	.60****
	10	1.49	.97	.93	4	0-4	.73****
	11	1.00	.69	.48	3	0-3	.73****
	12	.53	.64	.41	2	0-2	.45****
	13	1.37	1.23	1.58	4	0-4	.30*
	14	.59	.83	.69	3	0-3	.34*
H(pos)skalan	1	2.80	.92	.84	3	1-4	.73****
SE-hög	4	2.94	.93	.86	3	1-4	.74****
	6	2.65	.96	.91	4	0-4	.88****
	7	2.73	.90	.80	3	1-4	.86****
	8	2.41	.98	.97	4	0-4	.73****
H(neg)skalan	2	1.45	.94	.89	3	0-3	.65****
:							
SE-låg	3	1.35	.87	.75	4	0-4	.72****
	5	1.73	1.06	1.12	4	0-4	.77****
	9	1.04	.80	.64	3	0-3	.65****

****=p<.000, ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05

Man kan konstatera att medelvärdena för items i de skalor som mäter de positiva utsträckningar av de tänkta kontinua, skalorna PSE, JT och SE-hög, ligger nära de teoretiska medelvärdena för respektive skala. Däremot för de skalor som mäter negativa aspekter av personligheten, skalorna JT, MF och SE-låg, ligger medelvärdet för varje fråga lågt. Spridningarna för items i de sistnämnda skalorna är stora i förhållande till deras medelvärden.

I JT-skalan saknar fråga nr F(b)13 signifikant samband med totalpoängen (r=.29, p=.07). Påståendet F(b)13 lyder ”om någon jag känner väl behandlar mig orättvist, vet jag att jag förtjänar det”. I ett fall var frågan obesvarad och ytterligare en person hade tecknat ett frågetecken bredvid påståendet. Det kan tänkas att innebörden i påståendet kan vara svårt att förstå och generalisera, och att frågan borde uteslutas.

Alla övriga påståenden visade signifikanta samband med totalpoängen för den skala som de sorterar under. Frågorna G(b)13 och G(b)14 visade något svagare samband ($p<.05$) än de övriga. Dessa frågor antas mäta fientlighet riktad mot omvärlden och det kan tänkas att de skiljer sig i hänseende på vad de övriga frågorna i samma skala tänkts mäta, dvs. misstro mot omvärlden.

Analys av SH-skalorna

Ur tabell B3 framkommer skalornas, resp. frågornas benämning, maximala poängen, medelvärden, standardavvikelser, varians och range; min/max för varje skala. Reliabiliteten för varje skala har beräknats med Cronbachs alpha (Cronbach, 1951; 1990), vilket är ett uttryck för den samlade variansen, homogeniteten, i testen.

Tabell B3: Skalornas samt frågornas benämning*), maximala poängen, medelvärden, standardavvikelser, varians, range; min/max, och reliabilitetskoefficienten, Cronbachs alpha, för varje skala.

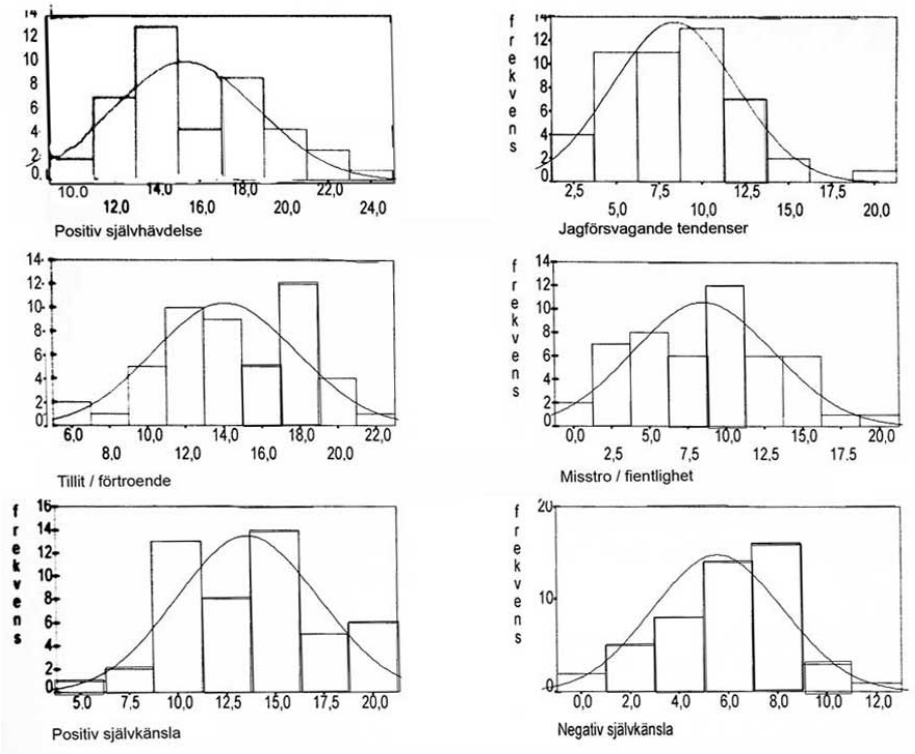
Skala	****)***	***Max***	***M***	***Sd***	***s^2***	***range***	***min/max***	***alpha***
PSE-skalan	F(pos)	24	15.33	3.38	11.39	13	10-23	.66
JT-skalan	F(neg)	28	8.41	3.60	12.95	18	2-20	.62
TF-skalan	G(pos)	24	14.10	3.75	14.05	15	6-21	.81
MF-skalan	G(neg)	36	8.55	4.59	21.09	19	0-10	.74
SE-hög	H(pos)	20	13.61	3.62	13.08	16	4-20	.84
SE-låg	H(neg)	16	5.59	2.64	6.95	12	0-12	.66

Medelvärden för de skalor som mäter positiva aspekterna av personligheten, PSE, TF och SE-hög, ligger ungefär på 60 % av maximala poängen för respektive skala, medan den för de skalor som mäter negativa aspekter av personligheten, JT, MF och SE-låg, ligger enbart på ca 30 % av maximala poängen. Detta kan till en del spegla det faktum att vi människor inte gärna avslöjar mörka, negativa sidor av vår personlighet.

Även om medelvärden för de skalor som mäter negativa aspekter av personligheten är låga, tycks den femgradiga svarskalan fungera bra för att täcka behoven av att uttrycka nyanser i svaren.

Spridningarna över skalorna JT, MF och SE-låg är stora med hänsyn till respektive medelvärden. MF-skalan mäter maximalt 36 poäng. Det bör observeras att den högst uppnådda poängen här är endast 10 poäng. Eftersom det kan tänkas vara svårt att få fram mätvärden för negativa sidor av personligheten, kan det vara lämpligt att ställa ett flertal frågor med tillräckligt med utrymme för nyanser i svaren.

Fördelningsfrekvenserna för de olika skalorna framgår ur figur B2. Normalfördelningskurvan visas i histogrammen.



Figur B2: Poängfördelningarna för de sex olika SH-skalorna.

Reliabiliteten uttryckt i samlad varians, homogenitet, för de olika skalorna framgår ur tabell B3. JT-skalan har det lägsta värdet, $\alpha = .62$, följda av PSE-skalan och SE-låg skalan, vilka båda har en reliabilitetskoefficient på $\alpha = .66$. Skalorna SE-hög, TF och MF, däremot uppvisar något högre tillförlitlighet (från $\alpha = .74$ till $\alpha = .84$).

SH-skalornas inbördes korrelationer

Eftersom det är av intresse att se om SH-skalorna kan tänkas representera de hypotetiska kontinua som beskrivits i inledningen, visar tabell B4 skalornas inbördes korrelationer.

Tabell B4: SH-skalornas inbördes korrelationer (Pearson r). N=51.

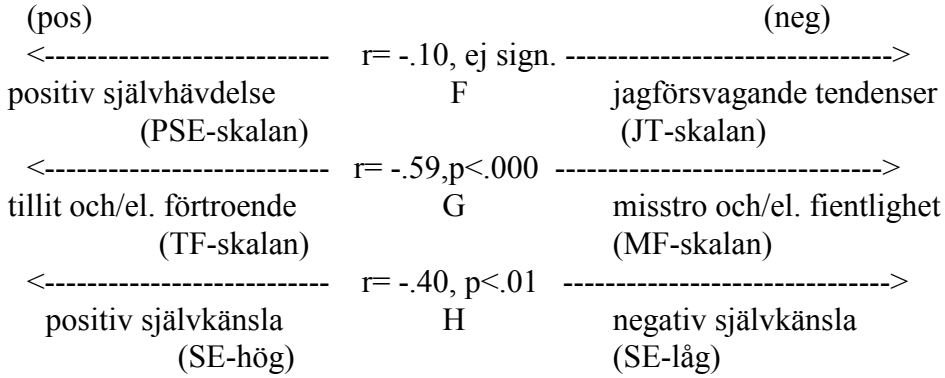
	PSE-skala	TF-skala	SE-hög	JT-skala	MF-skala	SE-låg
PSE-skala	1					
TF-skala	.31*	1				
SE-hög	.49****	.36**	1			
JT-skala	-.10	.01	-.32*	1		
MF-skala	.09	-.59****	-.14	.25	1	
SE-låg	-.40**	.24	-.40**	.23	.24	1

****=p<.000, ***=p<.001, **=p<01, *=p<.05

Skalorna PSE och JT bildar den första av de tänkta kontinua. Sambandsmåttet mellan de två skalorna (Pearson r) uppvisar ett negativt samband som dock inte uppnår signifikans (p<-.10).

Korrelationskoefficienten för det andra kontinuet, däremot, skalorna TF och MF, antar ett signifikant negativt värde, r = -.59, p< .000, som förväntats. Likadant förhåller det sig mellan skalorna SE-hög och SE-låg, där korrelationskoefficienten är r = -.40, p<.01.

För att anknyta till illustrationen i figur B1, återfinns den nedan, nu med sambandsmåtten angivna (figur B3).



Figur B3: Korrelationerna mellan de tre hypotetiska kontinuas motpoler.

I tabell B4 kan man också avläsa positiva, signifikanta samband mellan de variabler som mäter positiva aspekter av personligheten: (sambandet mellan PSE och SEhög r=.49, p<000, sambandet mellan PSE och TF, r=.31, p<.05, och mellan SE och TF, r=.36, p<.01.) Mot

förmodan uppnådde alltså inte sambandsmåttet mellan motpolerna på det första kontinuet (F) signifikans. Däremot är det intressant att se att PSE-skalan visar ett signifikant, negativt samband med SE-låg skalan som avser mäta låg självuppskattning ($r=-.40$, $p<01$).

Eftersom de variabler som mäter negativa aspekter av personligheten, inte visar signifikanta samband sinsemellan, kan man förmoda, att var och en av dem mäter skilda aspekter av personligheten. Det kan hända att antingen frågorna under JT-skalan (jagförsvagande tendenser) eller frågorna under PSE-skalan (positiv självhävdelse) på kontinuet F, inte riktigt lyckas fånga var sin motsatta riktning av kontinuet.

Sammanfattning

* Item-analysen visar att de enskilda frågorna genomgående korrelerar högt med totalpoängen för den skala som de tillhör. De enda avvikelsen utgör frågorna G(neg)13 och G(neg)14 där korrelationernas signifikansnivå ligger på endast $p<.05$. Dessa två frågor var avsedda att mäta fientlig inställning mot omvärlden. Det kan tänkas att misstro mot omvärlden och fientlighet mot omvärlden är två, från varandra så skilda faktorer att de bör mätas separat.

* Trots att varje item korrelerade högt med totalpoängen för den skala som de tillhör var reliabiliteten för de SH-skalor som mäter negativa aspekter av personligheten och för PSE-skalan var tyvärr anmärkningsvärt lågt (från $\alpha = .62$ till $\alpha = .74$). Det är på sin plats att vidare bearbeta SH-frågeformuläret.

Referenser

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrica, 16, (3), 297-334.

Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. 5th edition. New York: Harper & Row.

Fhaner, S. (1986)9. Psykologisk testning: teori och tillämpningar. Stockholm: Norstedts.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press.

Socialt stöd vid hörselhandikapp

Eija Korhonen

ORCID ID
orcid.org/0000-0002-3495-9119

Göteborgs Universitet,
Psykologiska institutionen

Syftet med studien var att se om det fanns samband mellan duration, handikappupplevelse och det social stöd som hörselskadade personer uppfattar sig ha. Avsikten var också att undersöka hur mycket stöd man uppfattar sig få och av vem, samt att se ifall det fanns könsskillnader i undersökningsgruppen.
Tjugonio personer med hörselnedsättning – 15 kvinnor och 14 män – svarare på ett frågeformulär. Rådatan analyserades med deskriptiv statiskt, och sambandsmått mellan variabler, Person korrelationer (r). Resultaten stödjer hypotesen, att ju mer stöd man uppfattar sig ha från sin familj, desto mer stöd uppfattar man också från sina vänner ($p<.01$). Signifikant samband hittades dock varken mellan variablerna handikappupplevelse och socialt stöd, eller variablerna duration och socialt stöd. Vad beträffar könsskillnader, testades delgrupperna med t-test och chi-kvadrat, och det uppdagades att kvinnor hade signifikant mer kontakt med familjen än männen ($p<.01$) och också att de rapporterade i större utsträckning svårare upplevelse av sina hörselproblem än männen ($p<.05$).

Inledning

Människor behöver människor. De interpersonella relationerna intar en central plats i våra liv och intresset för dessa relationer psykologiska effekter har vuxit sedan pionjärernas – Darwin (1872/1965) och Durkheim (1897/1951) – tid. Darwin intresserade sig för sociala relationer i första hand i kliniskt medicinskt syfte, medan Durkheim studerade sambandet mellan sociala kontakter och självmord ur ett sociologiskt perspektiv.

År 1969 publicerades första delen av John Bowlby's teori om hur det späda barnet utvecklar känslomässiga band/attachment/ till sin/sina vårdare men det var dels genom Cassel's (1976) arbete och dels genom Cobb's (1976) arbete som forskningsområdet som idag är känt under namnet socialt stöd/social support/ lanserades. Cassel fann att socialt stöd fungerade som stressbuffert, och Cobb beskrev att det sociala stödet ledde till a) känslan av att någon bryr sig om en, b) att man är älskad och värderad, och c) att man tillhör en grupp individer (Sarason, Sarason & Pierce, 1990, s. 10).

Uttrycket socialt stöd är en paraplyterm som täcker en mängd olika fenomen. Enligt Sarason m.fl. (1990), karaktäriseras socialt stödjande relationer av känslor av "attachment", kontakttäthet, varierande funktioner, pålitlighet och en utsträckning i tid.

Socialt stöd kan grovt delas in i a) nätverksmodellen/network model/ som studerar individens integration i en grupp och kontakterna inom denna grupp, b) det reella stödet/received support/ som vi får av våra medmänniskor, och c) det stöd som vi uppfattar som tillgängligt/uppfattad stöd/perceived support/ om ett behov skulle uppstå (Sarason, Sarason & Pierce, 1990).

De senaste årtiondena har resulterat i en mängd studier varav en del har fokuserat på de från varandra skilda formerna av stöd som våra medmänskliga relationer förser oss med, och andra på sambandet mellan socialt stöd och en rad stressorer, samt fysik och psykologisk symptomatologi (Kaplan, 1985; Kaplan & Toshima, 1990; Roos & Cohen, 1987; etc.). Den kanske viktigaste utvecklingen inom litteraturen om socialt stöd är överenskommelsen om att det är det uppfattade sociala stödet som positivt bidrar till vår hälsa (Sarason, Pierce & Sarason, 1990, s. 98).

Våra stödjande sociala relationer underlättar vår anpassning i stressfyllda situationer (Holohan & Moos, 1981; Cramer, 1991) och motverkar bl.a. känslor av ensamhet (Wheeler, Reis & Nezlek, 1983).

Socialt stöd kan vidare delas upp i a) emotionellt stöd/emotional support/(som förser oss med t.ex. grupptillhörighetskänsla, dvs. ger oss social förankring och influens som bekräftar vår självbild, förser oss med mänsklig omtanke och värme, samt sympatiska och empatiska känslor, omvårdnad och självkänsla, b) materiell stöd eller påtaglig hjälp/tangible support/ t.ex. ett lån eller hjälp med blomstervattning under semester tider, och c) informativ stöd/informational aid/, t.ex. medicinska, finansiella eller allmänna råd.

Ytterligare skiljer olika mätinstrument av socialt stöd på hur tillfreds man är/adequacy/ med det stöd man får från in omgivning och tillgängligheten/availability/ av stödet ifråga.

Thoits (1980) citerar flera exempel på hur sociala relationer påverkar en individs coping, dvs. hur man agerar i eller hanterar en viss situation. Hon myntar begreppet socialt stöd som ”coping assistance”, dvs. hur socialt stöd är behjälpligt vid hantering av en viss situation. Coping kan också antas påverka kontinuiteten i våra relationer och därmed det sociala stödet.

Ur psykodynamisk synvinkel (Bowlby, 1969; 1973) är det våra tidiga erfarenheter som formar utvecklingen och kvalitén av våra intima, vuxna relationer. I en studie fann Sarason, Sarason & Shearin (1986) att de psykologistuderande vid University of Washington, rapporterade, som rapporterade sig ha haft varma, vårdande föräldrar och en positiv bindning/attachment/ till dessa också mätte högt på SSQ-SKALAN (Social Support Questionnaire, av Sarason, Sarason, Levine & Basham, 1983). ”Attachment”-teorin föreslår att de individer som under sin uppväxttid utvecklade trygga band med sina omvårdare, kommer i sitt vuxna liv också att ha en bred och effektiv copingrepertoar.

Socialt stöd, copingresurser och personlighetsfaktorer, t.ex. god självkännedom och självkänsla, är alltså intimt sammanlänkade. Att ha bra socialt stöd är också en spegling av ens copingfärdigheter. Vi mår inte bra om vi inte lever i något så när harmoniska relationer till våra närmaste.

En hörselskada är ett kommunikationshandikapp som slår mot själva kärnan av social interaktion. I en konversation förmedlas, förutom information, även emotioner och människor är känsliga för nyanserna såsom värme, acceptans eller aversion, etc., i interaktionen. En del av dessa nyanser kan gå förlorade för en hörselskada person för att a) han/hon inte hör dem, b) för att han/hon tenderar fokusera för mycket på det talade ordet, och c) för att den talande personen måste höja rösten och använda en annan betoning för att göra sig hörd (Noble, 1983). Den hörselskadade kan använda sig av olika strategier för att klara av situationer. Dessa är a) maladaptiva beteende eller flyktbeteenden, såsom att låtsas höra eller undvikandet av svåra situationer, b) verbala strategier, t.ex. informera om sin hörselnedsättning och be samtalspartnern tala högt och tydligt, och c) icke-verbala strategier, t.ex. sätta sig på en plats där man hör och ser bra (Eriksson-Mangold, Hallberg & Erlandsson, 1990).

I varje kultur finns det uttalade regler som anger vilka beteenden är accepterade i det sociala samspelet med andra människor. En hörselskadad persons beteende kan lätt misstokas. Han/hon kanske missuppfattar något i en samtalssituation eller instämmer på fel ställe. Liknande händelser kan tokas om att den hörselskadade ignorerar den andre, eller att man vill undvika social kontakt (Noble, 1983).

I sin doktorsavhandling säger Eriksson-Mangold (1991), att de hörselskadade lever under kronisk stress. Hörselnedsättningen kräver kontinuerlig anpassning till vardagslivet av den som drabbats men för alla behöver den dock inte vara handikappande. Tidpunkten för hörselskadans uppträdande och hur länge man har varit hörselhandikappad, dvs. durationen, är väsentligt. Vidare påpekar Eriksson-Mangold (1991), att den hörselskadade personen till en början använder sig av maladaptiva beteende för att klara av situationen. Han/hon kanske slutar med aktiviteter som han/hon tidigare höll på med och gradvis drar sig undan och anpassar sig till situationen. Efter en tid slår detta igenom och den hörselskadade inser att livet har förändrats. Det är därför som handikappupplevelsen ofta är störst först efter ett antal år.

Den som varit hörselskadad ända från barndomen har för det mesta uppnått bättre psykisk balans än den som nyligen drabbats. Förutom den tid som det tar att acceptera situationen och

bygga upp en ny identitet, spelar personlig läggning, nedärvda och inlärda färdigheter, självkänsla, rehabilitering, allmän psykisk balans och mycket annat – inte minst det sociala stödet som man uppfattar sig få från sin omgivning – betydande roll hur man kommer att uppleva sitt handikapp.

Med tanke på ovanstående resonemang är det intressant att se om

1) Det finns samband mellan duration och/eller handikappupplevelse hos personer med hörselnedsättning och det sociala stöd som de uppfattar sig ha.

Jag förmodar att

2) ju mer stöd man har från sina närmaste, dvs. sin familj, desto bättre fungerar man även i andra relationer.

Detta är dock inte något specifikt för enbart hörselskadade individer men däremot tror jag att

3) ju mindre stöd man har – närmast från sin familj – desto större är handikappupplevelsen.

Vidare tänker jag titta på könsskillnader i det sociala stödet.

Könsskillnader och socialt stöd

Det har forskats en hel del kring socialt stöd och kön. I en studie av Butler, Giordano och Neren, (1985), fann man att kvinnor rapporterade i högre utsträckning än män, att uppfattat/perceived/ socialt stöd fanns tillgängligt vid tidpunkten för den händelse som de upplevde som mest påfrestande under det gångna året. Likaledes fann Roos & Cohen, (1987), att kvinnor skattade högre på uppfattat socialt stöd än män. Kan så vara fallet också i svenska förhållanden?

Intimitet kan vara centralt för vissa former av socialt stöd. I flera tidigare studier (Brown & Harris, 1978; Hobfall, Nadler & Lieberman, 1986) har hög nivå av intimitet visat sig ha samband med det uppfattade sociala stödet. Till exempel framhöll Reiss, (1987), att interaktiv intimitet var det bästa måttet på att stöd och råd fanns till hands för en individ och att han/hon upplevde sig tillhöra en grupp eller en krets av vänner. Dessa båda former av stöd har visat sig bidra positivt till hälsan. Miller och Lefcourt, (1983), har funnit att intimitet kan ha förmildrande effekt på påfrestningar orsakade av stress och kanske är det just intimitet som är den avgörande faktorn vad beträffar socialt stöd som hälsobefrämjare (Sarason, Pierce & Sarason, 1990).

Sarason, Sarason, Hacker och Basham, (1985), fann att kvinnor är signifikant bättre än män i sociala färdigheter. Flera andra forskare har kommit fram till att kvinnors relationer är mer intima än mäns, så också Reis, Senchak och Solomon, (1985), men deras vidare analyser tyder inte på könsskillnader i förmågan till intimitet, utan för mäns del gäller det i första hand

urvalet, dvs. med vem de väljer att vara intima med. Det kan vara fallet att könen har olika kriterier för intimitet.

En av ISEL:s /Interpersonal Support Evaluation List (Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1983)/ subskalor mäter tangible aid/påtaglig hjälp/. Enligt Roos och Cohen, (1987), är det möjligt att just sambandet mellan uppfattat stöd och påtaglig hjälp – t.ex. ett lån eller hjälp med blomstervattningen – är starkast.

Påtaglig hjälp är också den formen av socialt stöd som är lättast att mäta, eftersom den konkret till sin karaktär. Antingen får man vid tillfrågan låna – eller så får man det inte. Parterna behöver heller inte vara djupt engagerade i relationen.

Såsom påtaglig hjälp i tidigare studier har mätts, t.ex. med ISEL, har man inte funnit att den fungerar som stressbuffert och därmed tycks den inte ha speciellt viktigt hälsobefrämjande funktion. Dessa studier inkluderade dock inte en personlighetsvariabel. Det gör däremot Roos' och Cohen's, (1987), studie. De fann att påtaglig hjälp var den av ISEL:s subskalor som visade signifikant samband med variablerna maskulinitet och negativa händelser.

Detta resultat är i linje med vad Henderson, Byrne och Duncan-Jones, (1981), fann i sin studie, nämligen att påtaglighjälp fungerade som stressbuffert för män men ej för kvinnor.

Som följd av de ovan citerade forskningsresultaten, förväntar jag mig följande i fråga om könsskillnader

a) Kvinnor skattar högre på uppfattad socialt stöd än män.
b) Kvinnor får högre värden på intimitetsskalan än män.
c) Män skattar högre på påtaglig hjälp än kvinnor.

samt att

d) Påtaglig hjälp är den subskalan som får de högsta värden.

Metod

Vi tog kontakt med biträdande överläkare Anders Ringdal på Hörselvårdsavdelningen, Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg.

En förfrågan sänder ut till 42 hörselskadade personer. De är alla patienter, inskrivna vid Hörcentralen, Sahlgrenska Sjukhuset. De har också alla vid ett tidigare tillfälle svarat på Göteborgs-Profilen (Eriksson-Mangold & Ringdahl, 1993). Göteborgs-Profilen är ett frågeformulär som mäter funktionsnedsättning och handikapp vid hörselskada och det används rutinmässigt vid Sahlgrenska Sjukhuset som underlag för val av rehabiliterande åtgärder för hörselskadade patienter.

Försökspersonerna ombads att fylla i en självadministrerad enkät, kallad SSHV, om socialt stöd, och vänligen returnera det i bifogat svarskuvert även om de avstod från att delta. Trettiotvå personer returnerade enkäten. Två personer fick vi inte tag på pga. adressändring utan hänvisning, och åtta personer återsände aldrig frågeformuläret. Två personer ville inte svara för att de tyckte att frågorna inte hade med hörselskada att göra, och en person återsände ett blankt formulär.

Slutligen svarade 29 personer. Denna grupp består av 14 män och 15 kvinnor mellan 21 och 68 års ålder. Medelåldern för män var 49,00 år och för kvinnorna 54,86 år och för gruppen totalt 52,03 år.

Hörselskadorna i gruppen bestod av lätta till måttliga bullerskador eller otoscleros, och/eller ärftliga hörselnedsättningar, samt lätt eller måttlig presbyacusis. Av dessa 29 personer, hade 11 kvinnor och 8 män hörapparat vid undersökningstillfället. Medelvärdet för tonmedelvärde för det bästa örat, (TMV; 0.5,1 och 2 k Hz), var för hela gruppen 34,77+-13,81, och tonmedelvärdena varierade mellan försökspersonerna från 11,70 till 78,30.

Durationer för hörselskadan var för gruppen som helhet i genomsnitt 19,00+-13,16 år, med en range från 2 till 54 år. Åtta personer hade haft sina hörselskador sedan barn- eller ungdomstiden, medan övriga hade drabbats i vuxen ålder.

Undersökningsgruppens (n=29) resultat i handikappupplevelse jämfördes med den större studien, Göteborgs-Profilen (N=626). Grupperna skilde sig inte i medeltal: Undersökningsgruppens (n=29) medeltal per fråga var 3,63+-1.98 och medeltalet totalt i Göteborgs-Profilen var 3,64+-1.84.

Av deltagarna var 21 personer yrkesverksamma, fyra pensionerade, tre arbetslösa och en studerande vid undersökningstillfället. Tjugo personer var antingen gifta eller sammanboende och nio levde ensamma. Två personer delade hushåll med föräldrarna.

Sammanlagt hade 22 personer barn, varav endast två hade minderåriga barn i hushållet. I tre fall bodde de vuxna barnen hemma.

Mätmetoder

Dels hade jag tillgång till Göteborgs-Profilen (Eriksson-Mangold & Ringdahl, 1993) enkätsvaren som mäter funktionsnedsättning och handikapp vid hörselskada med bakgrundsinformation, (appendix A)., samt hörselmätningar från journalerna. Vidare konstruerade jag ett frågeformulär, som jag här kallar SSVH – Socialt stöd vid hörselhandikapp (appendix B).

De hörselmätningar som utnyttjades var tröskelvärden för rena toner (tonaudiogram) mätt i tyst miljö.

Göteborgs-Profilen för mätning av upplevd funktionsnedsättning och handikapp innefattar 20 frågor fördelade på fyra delskalor, (GP1-4), som ger en totalpoäng av max. 200. Ju fler poäng, desto större handikappsupplevelse. De första två delskalorna mäter upplevelse av att ha nedsatt hörselfunktion i olika sammanhang och de sista två delskalorna mäter känslan av att vara handikappad till följd av funktionshindren. GP1 behandlar svårigheter att höra tal, GP2 svårigheter att höra var ljud kommer ifrån, GP3 hörselskadans inverkan vid samvaro med andra, och GP4 hur man som hörselskadad gör och reagerar vid hörselsvårigheter. Svarsskalorna är temporala från ”aldrig” (0) till ”alltid (10), och mäter var och en max. 50 poäng- Göteborgs-Profilen används rutinmässigt vid Sahlgrenska sjukhuset, samt några andra orter, som underlag för val av rehabiliterande åtgärder för hörselskadade patienter (Eriksson-Mangold & Ringdahl, 1993).

SSVH innehåller 43 frågor med fasta svarsalternativ, graderade från 0 till 3 poäng och mäter det sociala stöd som individen uppfattar sig ha från sin familj, respektive vänner och ger en totalpoäng av max. 90 poäng. Ju högre poäng, desto mer av uppfattad socialt stöd. Utöver bakgrundsfrågorna, är formuläret uppdelad i fem sektioner. Sektion A mäter det uppfattade stödet från familjen, max. 30 poäng. Sektionerna B till E mäter det uppfattade stödet från vänner, max. 15 poäng per sektion.

Enkäten börjar med frågor som ger svar på hur länge vederbörande har hört dåligt, dvs. durationen; hur svåra han/hon uppfattar sina hörselproblem; och om vederbörande är yrkesverksam eller inte. Dessa frågor är bakgrundsinformation till Göteborgs-Profilen och upprepas här, eftersom alla försökspersonerna inte hade svarat på dem.

Sedan följer frågor om det sociala nätverkets storlek. Man ber undersökningsdeltagare att ange både antalet familjemedlemmar och antalet vänner, samt hur ofta vederbörande har kontakt med dessa, dvs. kontaktfrekvensen.

Heller och Lakey, (1985), har framhållit att socialt stöd från familjen och socialt stöd från vänner har olika innebörd och bör därför mätas separat. Således mäter frågorna A1 – A10 det sociala stöd som individen uppfattar sig få från sina familjemedlemmar. De sju första frågorna av dem, A1-A7, bygger på tidigare studier av Berkman och Syme, (1979), Blazer och Kaplan, (1983), House Robbins och Metzner, (1982), och Cramer, (1991).

Reiss, (1987), framhöll att interaktiv intimitet var det bästa måttet på att stöd och råd fanns till hands för en individ och att han/hon upplevde sig tillhöra en grupp. Frågorna B1 – B5 mäter ”djupet” eller intimiteten i vänskapsrelationer.

Frågorna C1 – C5 mäter tillhörigheten till en krets av vänner och det sociala stöd individen uppfattar vara tillgängligt vid behov. De är inspirerade av ISEL – Interpersonal Support Evaluation List, (Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1983) subskalan ”belonging”.

Jag har i min enkät inkluderat fyra (D1 – D4 av D5) av ISEL:s tio frågor som mäter påtaglig hjälp. Fråga D5 är inte situationsspecifikt, utan ber vederbörande att uppskatta i vilken mån han/hon tycker sig få den hjälp som han/hon behöver.

Slutligen frågorna E1 – E4 som mäter självkänsla är inspirerade dels av ISEL, och dels av ett mätinstrument utvecklad på Health Care Research Unit of Western Ontario, Canada (Frankel & Turner, 1981).

Rådata och statistiska metoder

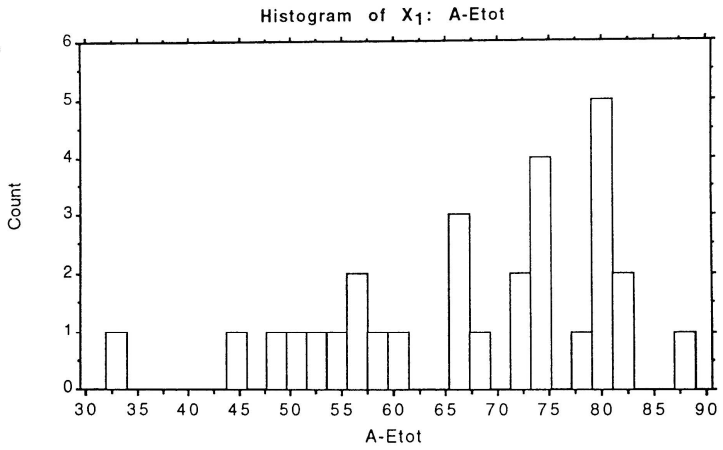
Rådatan utgörs av poängen på frågeformuläret SSVH (Socialt stöd vid hörselhandikapp, se ovan) och poängen för upplevt handikapp och funktionsnedsättning vid hörselnedsättning – Göteborg-Profilen formuläret (Eriksson-Mangold & Ringdahl, 1993).

Datan har analyserats med hjälp av deskriptiv statistik (medelvärde, standardavvikelse och range), samt sambandsmått mellan variabler, Pearson korrelationer (r), och skillnader mellan delgrupperna har testats med t-test och chi-kvadrat, (Fhaner, 1986).

Resultat

Fördelningen av poängen på SSVH

SSVH-skalan som helhet mäter max 90 poäng. Undersökningsgruppen fick ett totalmedelvärde på 67,59+-13,82 poäng och en range mellan 32 och 88 poäng. Figur 1 visar fördelningen av poängen.



Figur 1. Fördelningen av SSVH poängen.

Sambanden mellan uppfattat stöd från familjen och uppfattat stöd från vänner, SSVH

Den första subskalan, (A), mäter stöd från familjen (max 30 poäng). Medelvärdet för gruppen var här 24,82+-5,74 och range mellan 8 och 30 poäng.

I tabell 1 kan man avläsa medelvärdet, standardavvikelsen och range för de olika subskalorna. Påtaglig hjälp, (D), är den subskala som – såsom förväntades – fick det högsta medelvärdet; M=12,45+-2,81.

Tabell 1: Max. poäng, medelvärde, standardavvikelse och range för SSVH:s subskalor.

Subskala	max. poäng	M och Sd		range
A familjestöd	(30)	24.82	5.74,	8 - 30
B intimitet	(15)	09.76	3.56,	2 - 15
C tillhörighet	(15)	10.41	2.98,	3 - 15
D påtaglig hjälp	(15)	12.45	2.81,	2 - 15
E självkänsla	(15)	10.14	3.29,	3 - 15
* B till E	(60)	42.76	9.74,	22-58

B - E; summa stöd från vänner.

Variabeln ”stöd från familjen”, (A) visade sig ha signifikant positivt samband med variabeln ”stöd från vänner”, (*B-E), r=.565, p<.01, vilket stöder hypotesen att ju mer stöd man har från sina närmaste, dvs. sin familj, desto bättre fungerar även ens andra relationer.

Tabell 2 visar sambanden mellan stödet från familjen, (A) och de olika subskalorna som mäter stödet från vänner, (*B-E). Sambandet mellan subskalan ”intimitet”, (B), och stödet från familjen, (A), var signifikant på 5% nivån, (p<.05). Subskalan ”tillhörighet”, (C), och familjestöd, (A), var också signifikant på 5% nivån, (p<.05), och subskalan, (E), som mäter självkänsla, och (A) var signifikant på 1% nivån, (p<.01).

Tabell 2: Korrelationsmatris för subskalorna på SSVH

Correlation Matrix for Variables: X_1 ... X_6

	famstöd	intim	tillhör	påtag.hj	sj.känsla	B-Etot
famstöd	1					
intim	.455 *	1				
tillhör	.407 *	.455 *	1			
påtag.hj	.273	.471 *	.816 ***	1		
sj.känsla	.551 **	.485 *	.332	.043 *	1	
B-Etot	.565 **	.825 ***	.83 ***	.735 ***	.639 ***	1

p<.05=*, p<.01=, p<.001=***

Socialt stöd (SSVH), handikappupplevelse (GP), och duration (SSVH)

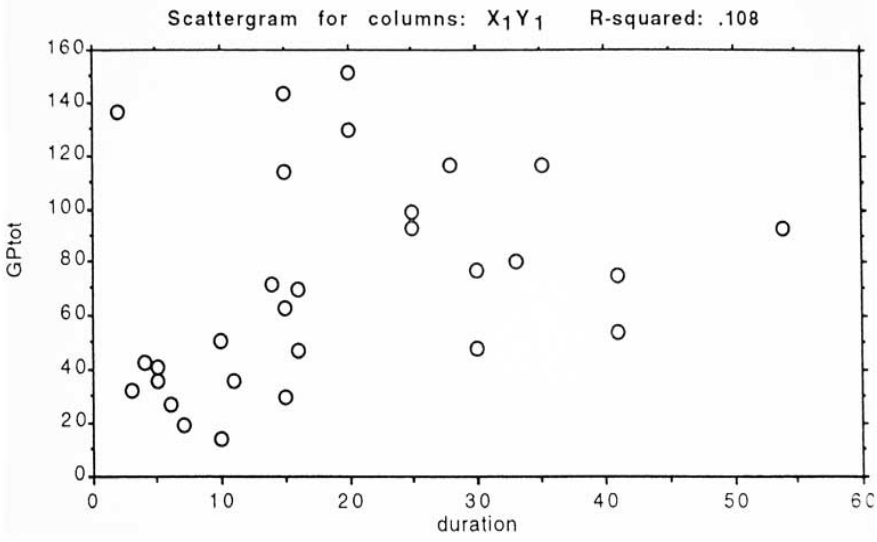
Medelvärdet för handikappupplevelsen mätt med Göteborgs-Profilen var för undersökningsgruppen, n=29, M=72+-39.62, och range mellan 12 och 151 poäng.

Medelvärde, standardavvikelse och range för de olika delskalorna på Göteborgs-Profilen, GP1 t o m GP4, var följande:

GP1	M=19.07+-10.19,	och range mellan	6	och	45	poäng.
GP2	M=16.41+- 9.42,	”	2	och	42	”
GP3	M=19.83+-14.49,	”	1	och	48	”
GP4	M=17.27+-15.38,	”	0	och	48	”

Som jag påpekat i inledningen, var det av intresse att se om det fanns samband mellan handikappupplevelse hos personer med hörselnedsättning och det sociala stöd de uppfattar sig ha. Inget samband hittades dock mellan totalpoängen för socialt stöd, mätt med SSVH, och totalpoängen för handikappupplevelse, mätt med Göteborgs-Profilen (GP).

Mot förmodan uppdagades heller inget signifikant samband mellan variablerna duration, (SSVH), och totalpoängen för handikappupplevelse, (GP). I figur 2 kan man se en tendens till positivt samband mellan handikappupplevelse och duration, (r=.33), dvs. ju längre tid man har varit hörselhandikappad, desto större tenderar handikappupplevelsen hos individerna i undersökningsgruppen vara.



Figur 2: En tendens till samband mellan variablerna handikappupplevelse, (GP), och duration, (SSVH), r=33, ej signifikant.

Vad beträffar hörselskadans utsträckning i tid, fanns det ett positivt samband mellan durationen, (SSVH), och Göteborgs-Profilens andra sektion, GP2; r=.481, p<.05. Denna delskala mäter upplevelsen av svårigheter av att uppfatta var ljud kommer ifrån.

Det fanns också en tendens till samband mellan variablerna GP2 och *B-E, dvs. ju mer man upplevde att man hade svårt att uppfatta var ljud kom ifrån, desto mer stöd fick man av sina vänner, (r=.378). Det var subskalan ”påtaglig hjälp”, (D), som stod för tendensen till sambandet, (r=.347), med GP2, en tendens som dock inte nådde upp till signifikans.

Skillnader mellan delgrupper

1. *De som lever ensamma och de som är gifta och/eller sammanboende*

Det fanns ett signifikant positivt samband i t-test mellan de som levde ensamma, (SSVH), n=9, M=12.11+-3.66, och de som var gifta/sambo, (SSVH), n=20, M=8.70+-3.37, och subskalan E som mäter ”djupet” eller intimiteten i vänskapsrelationer på SSVH. De sin levde ensamma skattade högre på intimitetsskalan, t(27)=2.46, p<.05.

I t-test uppdagades tendenser till att de som lever ensamma, n=9, M=2.66+-.71, p=.09, uppger sig uppleva svårare problem med hörseln, mätt med SSVH, jämfört med gifta/sambo, n=20, M=2.25+-.55; och att deras handikappupplevelse, mätt med GP, tenderar att vara större; ensamma, n=9, M=91.00+-42.31, gifta/sambo, n=20, M=64.30+-36.43, p=.09.

Det framkom i x^2-test med frekvenser att i undersökningsgruppen tenderade proportionellt fler kvinnor än män leva ensamma, 7 av 9, p.596. Medelvärdet för kvinnor, n=15, i t-test var M=1.53+-.51, och för män, n=14, M=1.85+-.36, p=.062. Detta var dock inte signifikant. Följande tabell, Tabell 3, visar antalet män respektive kvinnor som lever ensamma eller tillsammans med någon.

Tabell 3: Könsfördelning hos ensamma resp. sambo.

Observed Frequency Table

	kvinna	man	Totals:
ensam	7	2	9
sambo	8	12	20
Totals:	15	14	29

2. *De som hade barn och de som inte hade barn, (SSVH)*

Medelåldern för dem som hade barn, n=22, var M=56.59+-6.68 år, och för dem som inte hade barn, n=7, var M=37.71+-15.81 år.

Ett signifikant positivt resultat, t(27)=-2.09, p<.05, hittades mellan de som hade barn, respektive de som inte hade barn, och om man uppgav sig ha tillräckligt med vänner, (SSVH). De som hade barn, n=22 M=1.18+-.40, svarade i större utsträckning att de hade tillräckligt med vänner, än de barnlösa, n=7, M=1.57+-.54.

I x^2-test med frekvenser, fanns bland dem som inte hade barn proportionellt fler, dvs. 4 av 7 (se Tabell 4) som uppgav att de inte hade tillräckligt med vänner, jämfört med 4 av 22 av de som hade barn. Detta var signifikant på 5% nivån, (p<.05).

Tabell 4: Fördelningen av de sm hade barn resp. de som inte hade barn och om de hade tillräckligt med vänner.

Observed Frequency Table

Tillräckligt med vänner	barn: ja	barn: nej	Totals:
ja	18	3	21
nej	4	4	8
Totals	22	7	29

Påtaglig hjälp, (D), mätt med SSVH, visade också signifikant positivt samband i t-test mellan de som hade barn och de utan barn, t(27)=2,56, p<.05. De utan barn, n=7, M=10.29+-4.46, fick mindre med påtagligt stöd än de som hade barn fick, n=22, M=13.14+-1.67.

3. *Könsskillnader*

I fråga om könsskillnader hade kvinnorna högre poäng på kontaktfrekvensen med familjen, mätt med SSVH, t(27)=2,96, p<.01, n=15, M=5.33+-1.72, än männen n=14, M=3.43+-1.74.

Kvinnorna t(27)=2.09, p<.05, uppgav också att de upplevde svårare hörselproblem, mätt med SSVH, n=15, M=2.60+-.63, p<.05, än männen n=14, M=2.14+-.54.

Det uppdagades en tendens till att kvinnor, n=15, M=22.33+-10.63, upplevde att de hade det besvärligare att höra tal, (GP1), t(27)=111.86, p=.07, än männen, n=14, M=15.57+-8.73.

Män, däremot, n=4, M=13.07+-10.19, hade fler manliga vänner än vad kvinnorna uppgav sig ha manliga vänner, n=15, M=5.80+-7.60. Detta var signifikant på 5% nivån, t(27)=-2,19, p<.05.

Antaganden att kvinnor skulle skatta högre på variabeln ”uppfattat socialt stöd”, (*B-E), och ”intimitet-skalan”, (B), och att män skulle skatta högre på variabeln ”påtaglig hjälp”, (D) fick inget stöd av resultaten.

Sammanfattning av resultaten

* Ju mer stöd man har från sina närmaste, desto mera stöd tycker man sig också få från andra människor.

* Hörselskadade människor som har barn upplever sig i större utsträckning ha tillräckligt med vänner och få mer påtaglig hjälp, än de som inte har barn.

* Det finns tecken på att ju mer upplevda hörselproblem man har, desto mer stöd tycker man sig få från sina vänner, detta gäller speciellt mer påtaglig hjälp.

* Ensamlevande personer tenderar att uppleva större hörselproblem och känna sig mer handikappade till följd av sin hörselskada, än sammanboende personer.

* Det finns tecken på att hörselskadade personer som lever ensamma har djupare relationer med sina vänner än de som är sammanboende har.

* Kvinnor rapporterade i större utsträckning svårare upplevelser av hörselproblem än män.

* Män har fler manliga vänner än kvinnorna.

* Av subskalorna på SSVH, fick påtaglig hjälp, (D), såsom förväntades, det högsta medelvärdet.

Diskussion

Det är inom familjen, som vi under vår uppväxt lär oss att uppskatta oss själva som individer. Enligt Bowlby's ”attachment” teori är det av våra vårdare som vi i första hand blir bekräftade, och lär oss att utveckla trygga band till andra människor.

Det kanske viktigaste resultatet i denna undersökning var att det uppfattade sociala stödet från familjen korrelerade med det uppfattade stödet från vännerna, vilket stöder hypotesen, att ju mer stöd man har från sin familj, desto bättre fungerar man också i andra relationer. SSVH subskalorna intimitet, (B), tillhörighet, (C), och självkänsla, (E), korrelerade med stödet från familjen, (A).

De som är lyckligt lottade att födas välkomna till ett öppet, välfungerande familjesystem, utvecklas var och en efter sina potentialer och förvärvar sig coping strategier vilka, såsom Thoits, (1986), påvisar, interagerar med socialt stöd.

En hypotes var att handikappupplevelsen vid hörselskada kan ha samband med, dels durationen för skadan, och dels med det sociala stödet som en individ uppfattar sig ha. I undersökningen uppdagades en tendens till positivt linjärt samband mellan variablerna handikappupplevelse och duration. Sambanden mellan variablerna handikappupplevelse och duration, handikappupplevelse och socialt stöd, och variablerna duration och socialt stöd, var inte signifikanta. Däremot fanns det i delgruppen ensamstående, tendenser till att hörselskadade personer som levde ensamma, i större utsträckning uppgav sig ha svårare problem med hörseln, jämfört med gifta/sammanboende, och att deras handikappupplevelse, dvs. deras totala GP-poäng, tenderade att vara högre. Nya undersökningar krävs dock för att bekräfta dessa tendenser.

I undersökningsgruppen fanns åtta personer som fått sina hörselskador redan under sin barndom eller ungdom. Detta kan innebära att dessa personer har bättre hunnit anpassa sig till sina respektive livsomständigheter med hörselskada/skador än de personer som ådragit sig hörselskador först i vuxen ålder. I efterhand kan man konstatera att dess åtta personer möjligen borde ha uteslutits ur studien.

Att inget samband mellan socialt stöd och handikappupplevelse kunde påvisas, kan delvis bero på för lite styrka i undersökningen, t.ex. var undersökningsgruppen alldeles för liten. En annan förklaring kan vara att det uppfattade sociala stödet hänger samman med helt andra faktorer, t.ex. personlighetsvariabler, såsom Roos och Cohen, (1987), fann i sin studie. Sarason, Pierce, Shearin, Sarason och Waltz (1991) diskuterar också socialt stöd just som en personlighetsfaktor som speglar ur vi uppfattar oss själva och andra.

Det vore också av intresse att undersöka, t.ex., om de olika coping strategier som de hörselskadade använder sig utav, möjligtvis kunde hjälpa till att belysa det komplexa fenomenet socialt stöd. Är det kanske så att de hörselskadade som lever ensamma, i högre utsträckning har förlitat sig på maladaptiva beteenden, dvs. flyktbeteenden, vilket i sin tur, kan ha påverkat det sociala nätverket och det stöd som de ensamstående hörselhandikappade upplever sig ha, eller speglar det sociala stödet, rent av generellt, mer stabila personlighetsdrag?

Vad beträffar hörselskadans utsträckning i tid, fanns det ett positivt samband mellan durationen och Göteborgs-Profilens, (GP), andra sektion, GP2. Denna sektion mäter upplevelsen av svårigheterna att uppfatta var ljudet kommer ifrån. Det fanns också en tendens till samband mellan GP2 och SSVH subskala, ”stöd från vänner”, (*B-E), dvs. ju svårare man hade att uppfatta var ljudet kommer ifrån, desto mera stöd fick man av sina vänner. Av ”stödet från vännerna” var det subskalan ”påtaglig hjälp”, (D), som hade det mest sannolika sambandet. Detta var dock inte signifikant.

Det kan hända, at hörselhandikappet, då det långsamt infinner sig, inte dramatiskt förändrar individens livsförutsättningar, utan att et tar tid att förstå den fulla innebörden av sin nya situation och därmed ens förändrade livsbetingelser. I början av handikappet drar man sig kanske gradvis undan besvärliga situationer eller slutar med aktiviteter som man tidigare hållit på med. Efter ett antal år slår effekterna av detta igenom och man inser att livet förändrats (Eriksson-Mangold, 1991). Detta kan förklara tendensen att handikappupplevelsen är störst efter ett antal år. Andra förklaringar kan vara variabler som inte undersöks här.

I fråga om könsskillnader är det inte överraskande att kvinnorna i undersökningsgruppen hade högre kontaktfrekvens med familjen, än männen hade. Vidare är det intressant att se att kvinnorna också i högre utsträckning än männen, rapporterade svårare upplevelse av sina hörselproblem. Detta resultat är i linje med flera andra undersökningar där man bl. a har funnit att kvinnor rapporterar om fler symptom än män (Weissman & Klerman, 1977; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) och om flera negativa händelser/life events/ än män (Wohlgemuth & Betz, 1991):

I undersökningsgruppen uppgav sig männen ha fler manliga vänner än kvinnorna och proportionellt en större andel av dem som levde ensamma var kvinnor, Dessa samband kan möjligen reflektera de ensamstående kvinnors egna val att inte t.ex. efter skilsmässa, omedelbart skaffa sig en ny partner. Samtidigt kan det spegla ett det kanske kan vara svårt för en kvinna som lever ensam att ha flera manliga vänner. Varje kultur har sina uttalade regler vad beträffar det sociala umgänget och samspelet, och varje samhälle har sina förutfattade meningar. Alla har vi hört uttrycken om den kvinnliga motsvarigheten till Don Juan, och knappast någon vill bli kallad för det.

Antaganden att kvinnor skulle skatta högre på uppfattat socialt stöd, och ”intimitets-skalan”, och att män skulle skatta högre på påtaglig hjälp fick inte stöd av resultaten. Detta kan bero på att undersökningsgrupperna faktiskt var för små eller att mätinstrumentet inte var tillräckligt känsligt. Även det faktum att proportionellt fler kvinnor än män i undersökningsgruppen levde ensamma kan förvilla resultatet. Jag villt ro att en stor del av förklaringen ligger i att Sverige är ett av de länder där man kommit längst i jämställdheten mellan kvinnor och män, och at de svenska förhållandena inte kan jämföras med de amerikanska resultaten. Det vore av intresse att närmare studera könsskillnader i socialt stöd och coping i svenska förhållanden, genom att inkludera även personlighetsvariabler i studien.

Det fanns ett signifikant samband mellan de som levde ensamma och de som var gifta eller sambo, och resultatet på ”intimitets-skalan”, (E), som mäter ”djupet” eller kvalitén i vänskapsrelationer. De som levde ensamma skattade högre på ”intimitets-skalan”, än de som levde tillsammans med make/maka eller sambo. Det kan hända att de ensamstående som i

mindre utsträckning är omgivna av krav från familjen, har mer tid till att värna om kvalitén i sina vänskapsrelationer.

Att de som hade barn i större utsträckning svarade att de också hade tillräckligt med vänner kan spegla det faktum att barnen upptar så mycket av ens tid att man inte hinner med flera vänner än dem man har. ”En gång förälder, alltid förälder”, säger talesättet. Men man kan också tänka sig motsatsen. Nämligen att eftersom barn är ett tillskott i relationer, bidrar barnen också genom sina vänner till att utöka nätverket. Symboliskt talat liknar effekten av det genom barnen vidgade sociala kontaktnätet, den när ringar sprids över vattenytan.

Ett oväntat resultat var att de som inte hade barn fick mindre med påtagligt stöd från vänner än de som hade barn. Ställer vi upp för barnens skull? Eller beror detta resultat, helt enkelt, på att de som hade barn rapporterade också i högre utsträckning att de hade tillräckligt med vänner. Behöver de som har barn mer påtaglig hjälp än de barnlösa? Kanske det, men här kan det också handla om socialt stöd som ”coping-assistance” (Thoits, 1986), och olika coping strategier – något som man förvärvar en hel del av i samspelet inom familjen. Genom att de som har barn kan antas ha vant sig vid ett större behov av flexibilitet i en mängd lika situationer, kan de också tänkas ha skaffat sig en bredare coping repertoar. Detta, i sin tur, kanske ger bättre förutsättningar att se till att man får den hjälp som man behöver.

Man kan inte nog betona familjens betydelse i vårt samhälle för individen vare sig han/hon är ung eller gammal, frisk eller handikappad. Studien visade på signifikanta, positiva samband mellan variabeln ”stödet från familjen”, (A), och variablerna ”självkänsla”, (E), ”känslan av tillhörighet med sina vänner”, (C), samt ”graden av intimitet”, (B). I sambanden mellan de olika delskalorna och familjestödet var det endast resultatet på subskalan för ”påtaglig hjälp från vänner”, (D), som saknade statistisk signifikans. Däremot hade ”påtaglig hjälp”, (D), det högsta medelvärdet såsom förväntades.

Påtaglig hjälp, t.ex. materiell hjälp eller konkreta handlingar är ett tydligare avgränsat område, som också är lättare att mäta, av socialt stöd. Alla vill vi väl anses av andra som hjälpsamma? Har vi lättare att bjuda på den påtagliga hjälpen än att bjuda lite mera av oss själva? Vilka är riskerna om vi bjuder av oss själva? Dessa, och många liknande frågor, är frågor som var och en av oss vet svaret på inom oss själva, men det återstår att empiriskt utöka vår kunskap och förståelse för socialt stöd som ett multidimensionell, växelverkande fenomen.

Vad beträffar hörselskada, är kanske det mest intressanta resultatet i denna studie, det faktum, att det finns tecken på att ju större problem man upplevde sig ha med hörseln, desto mer påtaglig hjälp fick man av sina vänner. Vidare bekräftades här, att det sociala nätverket i form av familj och barn kan vara av speciellt stor betydelse när en människa drabbas av funktionshinder.

I en framtida studie vore det av intresse att undersöka varför de ensamstående hörselskadade tenderar att uppleva större handikapp än sammanboende. Beträffande operationalisering av begreppet socialt stöd, skulle det vara av stort intresse att närmare studera skillnader mellan de olika delbegreppen under denna paraplyterm och andra nära besläktade begrepp, såsom t.ex. ”coping” och vissa personlighetsfaktorer eller personlighetsdrag – detta för att undvika sammanblandning och/eller överlappning av begrepp.

Referenser

Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alamanda County residents. I D. Cramer. (1991). Social support and psychological distress in women and men. British Journal of Medical Psychology, 64, 147-158.

Blazer, D. G. & Kaplan, B. H. (1983). The assessment of social support in an elderly community population. I D. Cramer. (1991). Social support and psychological distress in women and men. British Journal of Medical Psychology, 64, 147-158.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. 1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss . 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books.

Brown, G. W. & Harris, T., (1978). Social origins of depression. I Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G., (Red:er). Social support: An interactional view, 1990: The sense of acceptance and the role of relationships, (s. 97-128). New York: J. Wiley & Sons.

Butler, T., Giordano, S. & Neren, S. (1985). Gender and sex-role attributes as predictors of utilization of natural support system during personal stress events. Sex Roles, 13, (9/10), 515-524.

Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H. M. (1983). Measuring the functional components of social support. I I. G. Sarason & B.R. Sarason, (Red:er.). 1985. Social support: theory, research and applications, (73-94). Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Cramer, D. (1991). Social support and psychological distress in women and men. British Journal of Medical Psychology, 64, 147-158.

Eriksson- Mangold, M. (1991). Adaption to acquired hearing loss: The handicap experience and its determinants. Doktorsavhandling. Psykologiska Institutionen. Göteborgs Universitet.

‘

Eriksson-Mangold, M., Hallberg, L. & Erlandsson, S. (1990). Hörselskada och upplevd handikapp. Hearing Measurement Scale på svenska. Rapport från Psykologiska Institutionen. Göteborgs Universitet.

Eriksson-Mangold, M. & Ringdahl, A. (1993). Mätning av upplevd funktionsnedsättning och handikapp med Göteborgs-Profilen. AudioNytt, 1-2, 10-12.

Fhanér, S. (1986). Psykologisk testning. Teori och tillämpningar. Stockholm. Nordstedts.

Frankel, B. G. & Turner, R. J., (1983). Psychological adjustment in chronic disability: the role of social support in the case of the hearing impaired. Canadian Journal of Sociology, 8, (3), 273-291.

Heller, K. & Lakey, B., (1985). Perceived support and social interaction among friends and confidants. I I. G. Sarason & B. R. Sarason (Red:er), Social support: Theory, research and applications, (s. 287-300). Dortrecht: Martinus Nijhoff.

Henderson, S., Byrne, D. & Duncan-Jones, P. M., (1981). Neurosis and the social environment. New York: Academic Press.

Hobfall, S. E., Nadler, A. & Lieberman, J. (1986). Satisfaction with social support during crises: Intimacy and self-esteem as critical determinants. Journal of Personality and Social Psychology, 51, (2), 296-304.

House, J. S., Robbins, C. & Metzner, H. I., (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. I D. Cramer. (1991). Social support and psychological distress in women and men. British Journal of Medical Psychology, 64, 147-158.

Kaplan, R. M. (1985). Social support an social health. I I. G. Sarason & B. R. Sarason (Red:er)., Social support: Theory, research and applications. 1985. The Haque: Marinus Nijhoff.

Kaplan, R. M. & Toshima, M. T., (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. I B. R. Sarason, G. R. Pierce & I. G. Sarason, (Red:er)..Social support; an interactional view. (s. 427-453). New York: John Wiley & Sons, 1990.

Miller, L. C. & Lefcourt, H. M., (1983). The stressbuffering function of social intimacy. I B. R. Sarason, G. R. Pierce & I. G. Sarason, (Red:er)..Social support; an interactional view. 1990. New York: John Wiley & Sons.

Noble, W., (1983). Hearing, hearing impairment, and the audible world: a theoretical essay. Audiology, 22, 325-338.

Reiss, H. T., (1987). Where does social support come from? I B. R. Sarason, G. R. Pierce & I. G. Sarason, (Red:er)..Social support; an interactional view. 1990. New York: John Wiley & Sons.

Reiss, H. T., Senchak, M. & Solomon, B., (1985). Sex differences in the intimacy of social interaction: Further examination of potential explanations. Journal of Personality and Social Psychology, 48, (5),. 1204-1217.

Roos, P. E. & Cohen, L. H., (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (3), 576-585.

Sarason, I. G., Levine, H.M., Basham, R. B. & Sarason, B. R., (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44, (1), 127-139.

Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G., (1990). Social support: The sense of acceptance and the role fo relationships. I B.R. Sarason, G. R. Pierce & I. G. Sarason, (Red:er).. Social support; an interactional view. 1990. New York: John Wiley & Sons.

Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R., (1990). Traditional views of social support and their impact assessment. I B.R. Sarason, G. R. Pierce & I. G. Sarason, (Red:er)..Social support; an interactional view. 1990. New York: John Wiley & Sons.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker, T. A. & Basham, R. B., (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. Journal of Personality and Social Pscyhology, 49, (2), 469-480.

Sarason, B. R., Sarason I. G., & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. Journal of Social and Personal Relationships, 50, 845-855.

Sarason, B. R.,Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G. & Waltz, J. A., (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. Journal of Personality and Social Psychology, 60, (2), 273-287.

Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R. & Sarason, I. G., (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (4), 813-832.

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal* of Consulting and Clinical Psychology, 54, (4), 416-423.

Wheeler, L., Reis, H. & Nezlek, J. (1983). Loneliness, social interaction, and sex roles. Journal of Personality and Social Psychology, 45, (4), 943-953.

Weissman, M. M. & Klerman, G. L., (1977). Sex difference and the epidemiology of depression. I I. G. Sarason, H. M. Levine, R. B. Basham. & B. R. Sarason, (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 38, (3), 367-374.

Wolgemuth, E. & Betz, N. E., (1991). Gender as a moderator of the relationships of stress and social support to physical health in college students. Journal of Counseling Psychology, 38, (3*),* 367-374.

Appendix 4

Statistisk överblick av Socialt Stöd från Familj och Vänner (SSFV), skalan,
baserad på 29 hörselskadade försökspersoner

Beräkningsmetoder

Beräkningar har utförts på följande tre nivåer:

* item-nivå (varje enskild fråga, 30 stycken)
* sektions-nivå (5 sektioner)
* totalpoängsnivå

Data baserar sig på 29 individer. Av dessa har två personer av okänd anledning inte besvarat var sin delfråga i Sektion V som mäter självkänsla. Korrelationsberäkningarna baserar sig på 29 individer, utom således på item-nivå i Sektion V (delfråga nr 3 och nr 5), där det baseras på 28 svar.

Fördelningarna beskrivs i medelvärde (M) och standardavvikelse (Sd), samt range (Edwards, 1985). Reliabiliteten har beräknats på de tre nivåerna enligt följande:

ITEMNIVÅ: För att undersöka om det finns enskilda frågor som inte har samband med den sektionen som de sorterar under, har varje enskild frågas korrelation med "sin" sektion (r item/sekt.) beräknats med produktmomentkorrelationen enligt Pearson (Edwards, 1985). Likaledes har varje enskild frågas korrelation med totalpoängen (r item/tot.) beräknats för att se om någon av frågorna inte bidrar till reliabiliteten i testet som helhet.

SEKTIONSNIVÅ: För att undersöka om de fem sektionerna var för sig bidrar till testet som helhet har varje sektions korrelation med totalpoäng (r sekt/tot.) beräknats med produktmomentkorrelationen (Edwards, 1985). Testhomogeniteten för varje sektion har beräknats med Cronbachs alpha (alpha sekt), vilket är ett mått på den samlade variansen i respektive sektion (Cronbach, 1951, 1990).

TOTALPOÄNGSNIVÅN: För att undersöka om testet som helhet kan antas mäta en och samma variabel har homogeniteten för hela testet beräknats med Cronbachs alpha (alpha tot), vilket är ett mått på den samlade variansen i testet (Cronbach, 1951, 1990).

Itemanalys

I tabell A1 nedan anges medel- och spridningsmått för varje fråga. Svarskalans omfång är 0 till 3 poäng och man kan konstatera genomgående relativt höga medelvärden med undantag av fråga nr 5 i sektion II, där medelvärdet ligger strax under det teoretiska medelvärdet.

För att se hur relevant sektionsindelningen är, redovisas i tabell A1 också varje frågas korrelation med ”sin” sektion (r item/sekt.) och med totalpoängen på testet (r item/tot.).

Tabell A 1:
Medelvärden, standardavvikelser och svarsskala på varje enskild fråga i SSFV för 29 hörselskadade personer. Korrelationskoefficienter (Pearson) för varje fråga med respektive sektion, och med totalpoäng på testet (29 fp).

Sektion	Fråga	M	Sd	Skala	r item/sek	r item/tot
Sektion I	1	2.76	.51	0-3	.76	.62
Stöd från	2	2.79	.56	0-3	.63	.54**
familjen	3	2.69	.54	0-3	.75	.59***
A1 -A10	4	2.52	.78	0-3	.81	.59***
	5	2.48	.78	0-3	.77	.64
	6	2.34	.94	0-3	.78	.49**
	7	2.48	.83	0-3	.69	.48**
	8	2.17	.80	0-3	.83	.50**
	9	2.17	1.0	0-3	.73	.54**
	10	2.41	.73	0-3	.88	.66
Sektion II	1	1.97	.94	0-3	.82	.62
Intimitet	2	1.93	.96	0-3	.88	.69
B1-B5	3	2.00	1.04	0-3	.84	.55**
	4	2.24	.74	0-3	.63	.47**
	5	1.45	.95	0-3	.70	.44
Sektion III	1	2.07	.80	0-3	.81	.61
Tillhörighet	2	2.31	.60	0-3	.58**	.56***
C1-C5	3	2.00	.76	0-3	.82	.54**
	4	1.93	.96	0-3	.71	.41*
	5	2.10	.86	0-3	.79	.61
Sektion IV	1	2.72	.65	0-3	.76	.33°
påtaglig	2	2.76	.58	0-3	.75	.56***
hjälp	3	2.48	.74	0-3	.79	.67
D1-D5	4	2.48	.63	0-3	.80	.49**
	5	2.14	.74	0-3	.89	.61
Sektion V	1	2.38	.68	0-3	.79	.54**
självkänsla	2	1.76	.87	0-3	.83	.40*
E1-E5	3	1.89	.63	0-3	.75	.29°°
	4	2.07	.80	0-3	.89	.33°
	5	2.18	.77	0-3	.89	.53**

p=.000, ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05, °=p<.09, °°=p<.14

Vid en analys av r item/tot finner man att sektion V intar en särställning med något lägre värden. Sektion V mäter självkänsla och avsikten är att fånga hur man tror andra personer uppfattar ens person, och därigenom få ett mätvärde som reflekterar självuppfattningen.

Det är svårt att konstruera frågor som ger ett mått på det stöd som hjälper en individ att behålla sin självbild intakt. Sarason et. al. (1992), har konstaterat att det uppfattade sociala

stödet bl.a. reflekterar ett stabilt drag i personligheten. Som det framgår av tabell A1, finns det samband mellan sektion V och mätinstrumentet för socialt stöd totalt. Korrelationerna är dock lägre än för de andra subskalorna. Frågorna nr 3 och nr 4 saknar statistisk signifikans med totalpoängen (p=.134 resp. p=.077). De lyder; "Andra ser mig som en varm och vänlig person" och "De flesta jag känner tycker att jag kan lösa de problem som jag möter". I dessa två fallen kan man tänka sig att det mer är fråga om personligheten som "stödgivare" än "stödmottagare", varför det inte förefaller underligt med de lägre sambandsmåtten.

I sektion IV saknar fråga 1 signifikant samband med totalpoängen (p=.082). Sektion IV mäter påtagligt stöd och fråga nr 1 lyder; "Tänk dig, att du skall åka bort för ett par veckor fr o m nästa helg. Skulle någon av dina vänner ta hand om ditt hem (posten, blommorna, husdjuren etc) under tiden?"

Analys av SSFV's sektioner

Tidigare forskning har framhållit att stödet från vänner resp. från familjen bör mätas separat (Heller & Lakey, 1985). SSFV's första delskala mäter det stödet som man uppfattar sig ha från sin familj.

Reiss (1987), framhöll att interaktiv intimitet var det bästa måttet på att stöd och råd fanns till hands för en individ. Sektion II mäter graden av närhet eller intimitet i vänskapsrelationer. Medelvärdet för denna sektion är något lägre än för de andra subskalorna.

Frågorna i sektion III mäter tillhörigheten till en krets av vänner och det sociala stöd individen uppfattar vara tillgängligt vid behov. De är inspirerade av Interpersonal Support Evaluation List (Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985), ISEL subskalan "belonging".

Frågorna 1 - 4 i sektion IV är översatta från ISEL's (Cohen et. al., 1985) subskala som mäter påtagligt stöd och/eller hjälp i en viss, speciell situation. Däremot är inte fråga nr 5 situationsspecifik. Medelvärdet för sektion IV mäter högst av de fyra delskalorna som fångar stödet från vänner. Detta är i linje med tidigare forskning (Roos & Cohen, 1987). Påtaglig hjälp är den formen av socialt stöd som är lättast att mäta, eftersom den är konkret till sin karaktär. Antingen får man vid tillfrågan t. ex. låna något, eller så får man det inte. Parterna behöver heller inte vara djupt engagerade i relationen.

Socialt stöd som hjälper en individ att bibehålla sin självbild intakt har visat sig bidra positivt till det psykiska välbefinnandet (Elliot, Herrick & Witty, 1992). Frågorna i sektion V mäter självkänsla och avsikten är att fånga hur man tror andra personer uppfattar ens person, och därigenom få ett mätvärde som reflekterar självuppfattningen. Som det framgår av tabell A1, finns det samband mellan sektion V och mätinstrumentet för socialt stöd totalt. Korrelationen är dock lägre än för de andra subskalorna. I tabell A2 anges medel- och spridningsmått (M, Sd), för poängsummorna på de olika delsektionerna, maximipoängen för delsektionen, samt vilken range individerna placerade sig inom.

Tabell A2:

SSFV's sektionspoäng för 29 hörselskadade personer. Maximipoängen på delsektionen, medelvärden, standardavvikelser och range. Korrelationskoefficienter (Pearson) för varje sektion med totalpoäng och Cronbachs alpha för varje sektion, för 29 individer (p<.000,*p<.003).

	Max	M	Sd	Range	r sekt/tot	alpha (sekt.)
Sektion I; Stöd från fam	30	24,83	5.74	8-30	.73	.91
Sektion II; Intimitet	15	09.59	3.62	2-15	.71	.83
Sektion III; Tillhörighet	15	10.41	2.98	3-15	.70	.79
Sektion IV; Påtagligt	15	12.45	2.81	2-15	.63	.89
Sektion V; Självkänsla	15	10.14	3.29	3-15	.53*	.92

P<.000, *=p<.003

Alla korrelationerna mellan sektionspoängen och totalpoäng är signifikanta (p=.000 till p=.003), vilket tyder på att testet är väl samlat runt en central variabel. Reliabiliteten är uttryckt i testhomogenitet (samlad varians) och visar också höga värden.

Sambanden mellan delskalorna finns redovisade i tabell A 3. Det svagaste sambandet finns mellan sektion V (självkänsla), och sektion V (tillhörighet), samt mellan sektion IV (påtaglig hjälp), och sektion I (stöd från familjen). Starkaste sambandet finns mellan sektion IV (påtaglig hjälp) och sektion III (tillhörighet).

Tabell A3: Matris över korrelationer (Pearson) mellan sektionerna i SSFV, för 29 hörselskadade personer.

	Sekt. I	Sekt. II	Sekt. III	Sekt. IV	Sekt. V
Sekt. I	1 (29)				
Sekt. II	.45 p=.016	1 (29)			
Sekt. III	.41 p=.028	.46 p=.011	1 (29)		
Sekt. IV	.35 p=.066	.57 p=.001	.83 p=.000	1 (29)	
Sekt. V	.55 p=.002	.43 p=.020	.33 p=.078	.14 p=.482	1 (29)

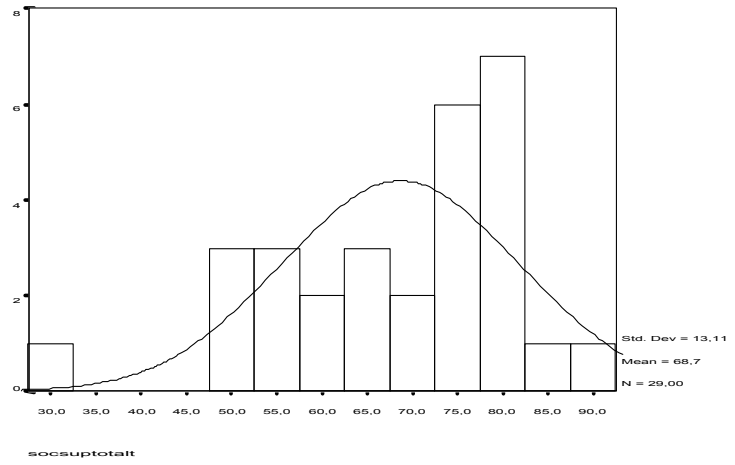
Analys av SSFV's totalpoäng

Maximala poängen för SSFV är 90. Testet uttrycker mängden socialt stöd som individen uppfattar sig ha, dels från familjen (sektion I, max 30 poäng), och dels från vänner, (sektion II - sektion V, max 60 poäng). Som det framgår ur tabell A4, sträckte sig poängen från lägst 32 poäng till högst 88 poäng i den aktuella undersökningsgruppen .

Tabell A 4: SSFV' totalpoäng för 29 hörselskadade personer. Maximipoäng på testet, medelvärde, standardavvikelse och range. Cronbachs alpha för 29 individer.

Max	M	Sd	Range	Alpha (tot.)
90	68.66	13.11	32-88	.92

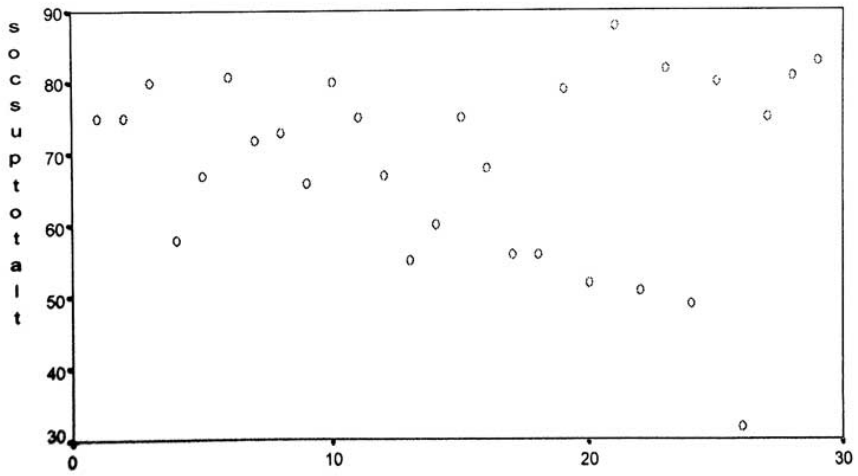
Medelvärden för de flesta frågor låg ovanför det teoretiska medelvärdet vilket ger ett relativt högt totalmedelvärde, M= 68.66. Standardavvikelsen är 13.11. och fördelningen negativt sned (figur A 1).



Figur A1: Fördelning av svaren på SSFV totalpoäng.

Homogeniteten för testet som helhet är alpha = .92, vilket är ett förhållandevis högt värde (tabell A4). Testet kan således sägas vara homogent. Homogenitetsvärden för varje sektion redovisas i tabell A2.

I figur A2 framgår det att individerna är väl spridda. Spridningsdiagrammet visar att det inte förekommer anhopningar av individer kring ett visst värde.



Figur A2. Spridningsdiagram över 29 individers totalpoäng på Socialt Stöd från Familj och Vänner skalan (SSFV).

Sammanfattning

* Itemanalys visar att de enskilda frågorna genomgående korrelerar högt med den sektion som de tillhör, vilket talar för att sektionsindelningen är relevant.

* Frågorna nr 3 och 4 i sektion V saknar signifikant samband med totala testpoängen. Detta kan tänkas indikera sektion V' särställning som ett mått på en persons självuppskattning mer än ett mått på det stödet som hjälper individen att bibehålla en sund självkänsla.

* Homogeniteten för varje delsektion och för testet som helhet är ändock högt, vilket tyder på att frågorna är väl samlade runt en och samma variabel.

Referenser

Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H.M. (1983). Measuring the functional components of social support. I Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (Red:er). Social support: Theory, research and applications, 1985, Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrica, 16, (3), 297-334.

Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. 5th edition. New York: Harper & Row, Publishers, Inc.

Edwards, A. L. (1985). Multiple regression and the analysis of variance and covariance. New York: W. H. Freeman and Company.

Elliot, T.R., Herrick, S.M. & Witty, T.E. (1992). Problem-solving appraisal and the effects of social support among collage students and persons with physical disabilities. Journal of Counseling Psychology, 39, (2), 219-226.

Heller, K. & Lakey, B. (1985). Perceived support and social interaction among friends and confidants. I Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (Red:er), Social support: Theory, research and applications, sid 287-300. Dortrecht: Martinus Nijhoff.

Reis, H.T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relations. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, (1), 15-30.

Roos, P.E. & Cohen, L.H. (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (3), 576-585.

Sarason, I.G., Sarason, B.R. & Pierce G.R. (1992). Three contexts of social support. I Veiel, H.O.F. & Baumann, U. (Red:er). The meaning and measurement of social support, sid. 143-154. New York: Hemispere Publishing corporation.

Socialt stöd vid kronisk sjukdom och handikapp –

en litteraturgenomgång

Eija Korhonen

ORCID ID
orcid.org/0000-0002-3495-9119

Göteborgs Universitet,
Psykologiska institutionen

Sammanfattning

Socialt stöd är ett multidimensionellt begrepp. Den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt anses bl. a. spegla ett stabilt drag i en individs personlighet. Även om forskningen bland normalbefolkning har kommit fram till att stöd har positiva effekter på fysisk hälsa och psykiskt välbefinnande, har inte litteratur som sammanfattar socialt stöds roll vid olika sjukdomstillstånd eller handikapp alltid enhetliga och övervägande positiva resultat att lägga fram. Utöver att man har funnit en invers relation mellan depression och socialt stöd, visar man på ett flertal negativa konsekvenser av stöd för den sjuke.

En kronisk sjukdom eller ett handikapp som uppstår vid vuxen ålder förbrukar en individs resurser och tvingar en att ompröva sitt liv och sin självbild. Forskningen tyder på att de kroniskt sjuka löper större risk att råka ut för depressiva tillstånd. Relationerna är inte klarlagda om det är sjukdomen eller handikappet som för med sig minskad stöd, ökad isolering och depression, eller om det är en individs personlighet eller de depressiva symptomen som orsakar att den sjuke drar sig undan omvärlden. Socialt stöd har inte ansetts skydda mot depression, men kanske speglar både de depressiva symptomen och den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt, drag i en individs personlighet?

Forskningen bland normalbefolkning har funnit att stöd lindrar de negativa effekterna av den stress som vissa händelser i livet orsakar. Förmildrar socialt stöd de psykiska påfrestningar som en sjukdom medför? Frågor, t.ex. om adekvat stöd kan hindra en individ från att s.a.s. falla offer för sjukdomen, återstår att få svar på. Vilken roll spelar en sund självuppskattning i sammanhanget socialt stöd och depression, och i vilken utsträckning är begreppen självuppskattning och uppfattat socialt stöd överlappande? Syftet med denna litteraturgenomgång är att närmare granska dessa frågor.

Bakgrund

Historik och definitioner av socialt stöd

Människor behöver människor. De interpersonella relationerna intar en central plats i våra liv och intresset för dessa relationers psykologiska effekter har vuxit sedan pionjärernas - Darwin's och Durkheims's - tid.

Det tidiga, empiriska intresset för betydelsen av våra sociala relationer var kliniskt medicinskt. Darwin (1872/1965) t.ex. noterade att hos en av hans fars patienter, en man med en hjärtsjukdom, skedde en märklig förändring i mannens oregelbundna puls när fadern kom in i rummet. Patientens pulsslag blev regelbundna. Durkheim (1897/1951) i sin tur utgick från ett sociologiskt perspektiv och fann att avsaknaden av sociala relationer ökade risken för självmord (I Sarason, Sarason & Pierce, 1990b).

De filosofiska rötterna till begreppet socialt stöd finns i de grundläggande mänskliga behoven. Vid livets början är det lilla människobarnet helt beroende av sin omgivning och utvecklar så småningom känslomässiga band/attachment/ till sina vårdare (Bowlby, 1969). Dessa tidiga, dock redan på sitt speciella sätt interaktiva band, är de första i raden av alla relationer under en människas livscykel.

Inom sociologin växte det under 1960-talet fram ett intresse för variabler såsom "social integration", "sociala resurser", "social isolering" etc. De flesta av dessa begrepp syftade just till avsaknaden eller förekomsten av sociala band. Begreppet "socialt stöd" dök upp i början på 1970-talet. Gerald Caplan (1974, i Hobfall & Stokes, 1988) var en av de första att diskutera de psykologiska aspekterna av stöd. Han menar att socialt stöd ger individen en känsla av att kunna hantera sin omgivning.

En annan tidig teoretiker, Cobb (1976), betonar den subjektiva, kognitiva uppfattningen om tillgängligt socialt stöd. Enligt honom beror de positiva effekterna av stöd på att individen erhåller information som ger henne en känsla av att andra bryr sig om henne, att hon är älskad och uppskattad och att hon tillhör ett socialt nätverk som präglas av kommunikation och ömsesidighet i åtaganden. Med andra ord uppfattas vad någon säger eller gör för en som socialt stöd först då, när det påverkar någon av de tre ovan nämnda dimensionerna.

Cassel (1976, i Sarason et. al., 1990b) definierade socialt stöd som meningsfulla sociala kontakter och fann att socialt stöd fungerar som stressbuffert, dvs. lindrar de negativa effekterna av den stress som vissa händelser orsakar. Det är främst genom Cassel's och Cobb's arbeten som forskningsområdet, som idag är känt under namnet socialt stöd, lanserades.

Sedan mitten av 70-talet har forskningen huvudsakligen koncentrerats kring två sociala variabler, nämligen det sociala nätverket och det sociala stödet. Man fann belägg för att båda dessa begrepp hade ett positivt samband med psykologiskt välbefinnande och fysisk hälsa (Cohen & Wills, 1985). Detta förklarar den uppsjö av studier som växte fram.

Socialt stöd hade till en början en konkret hänsyftning till en person, en relation eller en transaktion. Under 70-talet skedde en förvandling av innebörden från det konkreta mot det abstrakta, och uttrycket kom att beteckna även funktionerna och karaktäristiken av de sociala banden. Den empiriska forskningen under 70- och 80-talen speglar denna förändring.

House (1981, i Hobfall & Stokes, 1988) introducerade en aktionsorienterad bild av socialt stöd. Han förklarade att stöd involverar en transaktion mellan två eller flera människor i vilken funktioner såsom emotionell omtanke, materiel hjälp, information eller en känsla av tillhörighet ingår. Shumaker och Brownell (1984) har också betonat handlingen genom att definiera stöd som växelverkande process mellan minst två personer och som uppfattas av givaren, respektive av mottagaren, som en aktion som åsyftar på mottagarens välbefinnande.

Hobfall och Stokes (1988) menar att Shumakers och Brownells definition gäller främst socialt stödjande interaktioner, men inte socialt stöd generellt. De, i sin tur, definierar stöd som de sociala interaktioner eller relationer som tillgodoser individen med assistans eller känsla av tillhörighet med en person eller en grupp som uppfattas som stödjande och kärleksfull. Deras definition innefattar både social tillhörighet och stödjande interaktioner.

Thoits (1986) presenterar en något annorlunda definition av socialt stöd. Hon citerar flera exempel på hur sociala relationer påverkar en individs coping, dvs. hur man hanterar eller agerar i en viss situation och visar på sambanden mellan coping och de olika funktionerna av socialt stöd. Hon myntar begreppet socialt stöd som "coping assistance".

Vaux (1990) följer den aktionsorienterade linjen och delar upp socialt stöd i a) nätverksresurser/support network resources/, dvs. ett antal relationer genom vilka en individ erhåller stöd och assistans och som hjälper henne att handskas med krav. Det sociala nätverket kan variera i struktur, storlek och i hänseende på kvalitén i relationerna, b) stödjande beteenden/supportive behavior/ dvs. handlingar vars avsikt är att hjälpa någon. Dessa handlingar kan t.ex. inkludera råd, praktisk- eller materiell hjälp, emotionellt stöd etc., och c) det subjektivt uppfattade stödet/subjective appraisals of support/.

Också flera andra författare har diskuterat en rad komponenter i begreppet socialt stöd. Stödet har delats upp i det faktiskt erhållna stödet/received support/, och det uppfattade sociala stödet/perceived social support/, dvs. det stöd som vi uppfattar som tillgängligt om ett behov skulle uppstå (Laireiter & Baumann, 1992; Sarason, Sarason & Pierce, 1990b). Genom att skilja mellan olika komponenter av stöd, har man försökt att definiera begreppet.

Wethington och Kessler (1986) påpekar vikten av att se på det stöd som människor uppfattar sig ha och faktiska stödet som de erhåller som två faktorer som samverkar. De menar att handlingar vars avsikt är att vara stödjande blir betydelsefulla huvudsakligen pga. själva upplevelsen. Om vi t.ex. vet att någon hjälper oss av ren plikt eller t.o.m. motvilligt, uppfattar vi knappast hjälpen som stödjande. Hur vi upplever stödet är i hög grad beroende av givarens intentioner.

Enligt Sarason, Sarason och Pierce (1990b) karaktäriseras socialt stödjande relationer av känslor av "attachment", kontakttäthet, pålitlighet, varierande funktioner och en utsträckning i tid. Sarason et. al. menar att en viktig utveckling inom litteraturen är att det anses främst vara den kognitiva uppfattningen om att socialt stöd/perceived social support/ finns tillgängligt för oss om vi behöver, som positivt bidrar till vår hälsa.

Vidare definierar Sarason et. al. det uppfattade sociala stödet dels som a) ett intrapersonellt sammanhang,/intrapersonal context/ som innefattar stabila drag i en individs personlighet, dels som b) ett interpersonellt sammanhang/interpersonal context/ som betonar interaktionen, och dels som c) ett situationspecifikt sammanhang/situational context/, dvs. varje interaktion sker i för den en unik situation, (Sarason, Sarason & Pierce, 1990a).

Vaux (1990), samt Viel och Baumann (1992) har kallat socialt stöd för ett metabegrepp som saknar specifikation och som har delats upp i många olika grenar med stora skillnader i operationaliseringen av begreppet och bland mätinstrumenten. Varje forskare inom ämnesområdet presenterar, förstås, en mer eller mindre noggrann definition av stöd, men den skiljer sig för det mesta från hans eller hennes kollegors definitioner och metoder. Denna avsaknad av enhetlighet gör det svårt att integrera resultaten.

För att förhindra fortsatt fragmentering av forskningsområdet, efterlyser många, bl.a. Viel och Baumann (1992), en övergripande, tydligare definition av socialt stöd, men de inser, med tanke på en mångfald av intresseområden, att ett enhetligt begrepp knappast kan fylla dessa krav.

Sammanfattningsvis kan man säga att socialt stöd är ett multidimensionellt begrepp som har definierats utifrån flera teoretiska ramar, bl.a. ur behavioristiskt och ur kognitivt perspektiv. Dessutom har stöd definierats utifrån dess strukturella egenskaper, såsom närvaron av en speciell typ av relation, eller utifrån dess funktionella egenskaper, t.ex. emotionellt stöd, materiellt stöd, och stöd som hjälper individen att bibehålla en sund självkänsla. Ytterligare definitioner är att socialt stöd kan betraktas såväl som ett intraindividuellt fenomen, som ett interpersonellt sådant, och det kan studieras i situationsspecifika kontext, eller betraktas som "coping-assisstance".

Mätinstrument för socialt stöd

Hand i hand med de många definitionerna av socialt stöd har mängder av olika mätinstrument utvecklats. Trots omfattande ansträngningar att definiera såväl begreppet och vad mätinstrumenten, i de flesta fall frågeformulär eller intervjuunderlag, avsetts mäta, avslöjar en litteraturgenomgång en mängd studier som bygger endast på ett fåtal frågor. Sådant ifrågasätter mätinstrumentens pålitlighet.

Som alltid, gäller frågan "Vad är det jag vill mäta?" eller som här "Vad mäter mätinstrumenten om socialt stöd?"

Cohen och Wills (1985) föreslog en enkel distinktion mellan struktur och funktion av socialt stöd som skulle fånga de flesta mätinstrument inom ämnesområdet.

Strukturella mätinstrument beskriver själva existensen av relationer, dvs. innefattar komponenter som en individs sociala integration i ett nätverk, nätverksstorlek, antal familjemedlemmar etc.

Till de funktionella egenskaperna hör till vilken grad en viss relation erbjuder en speciell funktion. Dessa funktioner har flera benämningar, bl.a. ”emotionellt stöd/emotional support”, ”self-esteem support”, ”expressive support”, ”ventilation”, ”close support”, ”informativt stöd/informational support”, ”advice”, ”appraisal support” and ”cognitive guidance”, ”påtaglig stöd/tangible support”, ”materiell hjälp/instrumental aid”, ”tillhörighet/social companionship”, ”diffuse support”, ”belongingness”, etc.

Flera mätinstrument innefattar både strukturella och funktionella komponenter av socialt stöd och de kan antingen vara inriktade på att mäta stöd inom ett eller flera specifika relationer eller stöd mera allmänt.

Ytterligare skiljer olika sätt att mäta stöd på ”hur tillfreds man är/adequacy, satisfaction/” med det stödet man får från sin omgivning och ”tillgängligheten/availability/” av stödet i fråga.

Mätinstrumentet kan vara riktat på att undersöka det stödet som man faktiskt har erhållit dvs. ”det faktiska stödet/received support/” och/eller den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt om ett behov skulle uppstå, dvs. ”uppfattat stöd/perceived support/” I studier, där båda dimensionerna har inkluderats, har man funnit att de knappast korrelerar (Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987; Schwarzer & Leppin, 1991).

Schwarzer och Leppin (1991) skriver att ”uppfattat stöd” och ”faktiskt stöd” skiljer sig i hänseende på när de blir betydelsefulla för en individ. Det kan tänkas att ”uppfattat stöd” är en viktig faktor under normala, vardagliga omständigheter, likväl som under hot av en stressfylld upplevelse. Uppfattningen om att stöd finns att få kan då bidra positivt genom att lindra upplevelsens negativa inverkan, medan vid andra tillfällen, kan ”det faktiskt erhållna stödet” vara det som mest behövs.

Det har ifrågasatts vad uppfattat socialt stöd egentligen mäter. Reflekterar det den faktiska ”tillgängligheten av socialt stöd” utifrån en individs omgivning, och är i så fall denna uppfattning realistisk? Flera studier har försökt att bestämma validiteten av ”uppfattat socialt stöd” som mätinstrument genom att använda sig av social integrationsfrekvens som rättesnöre. Schwarzer och Leppin (1991) citerar flera studier, som betraktar dessa självrapporter från undersökningsdeltagare som pålitliga.

Sarason, Sarason och Pierce (1990a, 1990c, 1992) har genom sina studier kommit fram till en annorlunda definition av socialt stöd. Enligt dem speglar ”den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt/perceived support” bl.a. stabila drag i en individs personlighet. Mätinstrumentet SSQ, (Social Support Questionnaire, Sarason et. al., 1983), mäter både ”det faktiska stödet” och ”tillfredsställelsen med det”, och ”det stödet som en individ uppfattar sig ha”.

De flesta mätinstrument fångar ”den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt” och förvånansvärt få de stödjande handlingarna (Vaux, 1992). Albrecht och Adelman (1987) efterlyser också studier om kommunikationen i stödjande interaktioner.

Sarason, Shearin, Pierce och Sarason (1987) jämför i tre studier ett antal mätinstrument. Trots att dessa härstammar från varandra olika begreppsuppfattningar och har olika mätteknik, finner man i dem en gemensam kärna. Den består av att alla instrumenten mäter till vilken grad individen känner sig älskad, accepterad och involverad i relationer med öppen

kommunikation. Deras studie visar att de individer som är engagerade i relationer med ovannämnda kvalitéer är i mindre utsträckning deprimerade, känner sig inte ensamma, och är mer tillfreds med sina relationer än de som saknar dessa kvalitéer i sitt umgängesliv. Försökspersonerna i alla tre studierna var unga studerande.

Vad beträffar mätresultaten för ”det faktiska stöd som man har erhållit”, påpekar Sarason et. al. (1987) att det kan påverkas av livsomständigheter. T.ex. kan en person som vid mättillfället handskas med omtumlande händelser i sitt liv erhålla mer stöd än hon normalt skulle ha fått. Sådana faktorer kan förvränga resultaten. Deras studier ger också belägg för att det är ”den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt/perceived support”, och inte ”det faktiskt erhållna stödet/received support”, som är den bästa indikatorn på psykiskt välbefinnande.

Trots att flera mätinstrument inom området har utvecklats, är det få av dessa som vunnit mark i någon vidare bemärkelse. För en översikt av mätinstrument och deras validitet och stabilitet hänvisas till Vaux (1992).

Socialt stöd och dess teoretiska ramar

Begreppet socialt stöd har sina rötter i de grundläggande mänskliga behoven. Detta är en del av förklaringen till att den omfångsrika forskningen om stöd under de senaste årtiondena saknar teoretisk utgångspunkt. Man har refererat bl.a. till Bowlby's arbeten, eller utgått från socialpsykologin, men största delen av studierna grundar sig helt enkelt på antagandet att socialt stöd är stödjande därför att det hjälper människor, eller ger dem en känsla av att vara hjälpta.

Som redan framkommit, har definitionerna av stöd varit nära på lika många som antalet forskare på området. Den stora mängden undersökningar har dock bidragit till att befästa olika komponenter eller aspekter av det multidimensionella begreppet. Under de senaste åren har man dels försökt att närmare operationalisera komponenterna, och dels finna en ram utifrån vilken den empiriska forskningen kan bedrivas. Flera förslag existerar. För att nämna några, säger t.ex. Newcomb (1990a, 1990b), att socialt stöd kan införlivas i en teori om "human connectedness". Antonucci, Fuhrer och Jackson (1990) utgår i sin tur från "social exchange"-teorin. Antonucci har myntat begreppet "support bank" och menar att individer håller räkning på ömsesidigheten i sina relationer och att "support bank" bidrar till att individer kan dra nytta av ömsesidigheten både på kort- och på lång sikt.

Ytterligare presenterar Albrecht och Adelman (1987) ett teoretiskt perspektiv på socialt stöd som är baserad på kommunikationsprocessen mellan hjälpgivaren och hjälpmottagaren. De båda inblandade påverkar varandra ömsesidigt genom att reducera osäkerhet och öka känslan av kontroll över omgivningen.

Vaux (1990) har kallat socialt stöd för ett "metabegrepp" med tre konceptuella komponenter: (1) ”socialt stödjande nätverksresurser/support network resources/”, (2) ”stödjande beteenden/supportive behavior/”, och (3) ”subjektiva upplevelser av stöd/subjective appraisals

of support/". Han ser socialt stöd som en komplex process som sker i ett ekologiskt sammanhang.

Sett ur ett ekologiskt perspektiv pågår ett dynamiskt samspel mellan individen och den sociala omgivningen. En individ måste således aktivt delta i utvecklingen av stödjande resurser, och i arbetet att bibehålla dessa resurser. Ett brett nätverk innebär således fler resurser, men närhet och intimitet i relationerna kan tillhandahålla stöd som på ett bättre sätt motsvarar mottagarens behov.

Socialt stöd har av Thoits (1986, 1992) presenterats som "behjälpligt vid hantering av olika situationer/coping assistance/". Hon menar att sociala relationer påverkar en individs coping, dvs. hur man hanterar eller agerar i en viss situation. Om samma coping strategier som används av en individ vid en stressfylld upplevelse, också används för att stödja en annan person, menar Thoits att modellen för coping och socialt stöd kan integreras.

Teorin om sociala resurser

Hobfall presenterade 1988 (Hobfall, Freedy, Lane & Geller, 1990; Hobfall, Lilly & Jackson, 1992) sin resursteori, Conversation of Resources (COR) som handlar om mänsklig motivation och stress. I enlighet med teorin ser han också socialt stöd som en resurs.

I korthet går COR-teorin ut på att människor strävar efter att bibehålla och skydda sina personliga och sociala resurser, och att de upplever stress när dessa resurser hotas. Stress upplevs huvudsakligen under tre omständigheter: (1) när ett hot av förlust av resurs existerar, (2) när resurser faktiskt går förlorade, (3) när man misslyckas att vinna resurser trots investering av andra resurser.

Resurser är definierade som objekt (t.ex. ett hus eller en bil), betingelser (t.ex. arbetstrygghet, bra äktenskap), personlighetsdrag (t.ex. känsla av kontroll), eller energier (t.ex. pengar, kunskap, tjänster). Dessa resurser värderas av individen och/eller hjälper till att anskaffa vad som värderas av individen.

Ett första antagande i COR-teorin är att människor är aktivt deltagande i processen att vinna resurser och förhindra förlusten av dem. De sitter inte passivt och väntar på stressfyllda händelser utan värnar aktivt om resurserna mot möjliga framtida förluster.

För det andra antas i teorin att det enda som individer behöver för att vårda och skydda sina resurser är andra resurser. Man använder sig t.ex. av sin självkänsla för att skydda sig mot förlusten av den samma, eller man använder t.ex. pengar för att värna om hälsan. Man kan bara förlita sig, enligt COR-teorin, på de resurser som man har.

Ett tredje antagande som följer av det andra, är att investering av resurser i syfte att vinna andra resurser eller för att förhindra att man förlorar dem, sker till ett pris. En del resurser förbrukas när man använder dem, t.ex. pengar, medan andra utsätts för risk vid förbrukning eller användning. Ens optimism kan t.ex. öka, eller utsättas för törnar, allt beroende på situationen.

För det fjärde är både den verkliga förlusten och den kognitiva uppfattningen om den viktig, enligt COR teorin (Hobfall et.al., 1990). Den kognitiva uppfattningen brukar dock enligt Hobfall, följa den realistiska verkligheten. Det finns individuella skillnader i hur man reagerar på stress, men dessa reflekterar faktiska skillnader i de tillgängliga resurserna och omständigheterna i miljön.

Hobfall et. al. (1988) definierar socialt stöd som de sociala interaktioner eller relationer som tillhandahåller individen med faktiskt stöd eller assistans och en känsla av "attachment" till en person eller en grupp som uppfattas som omsorgsfull. När vi säger att vår make eller maka är värdefull för oss, menar Hobfall, att vi egentligen refererar till de funktioner som vederbörande fyller. Vår make/maka t.ex. hjälper oss och ger oss känslan av att vara älskade. Således är vederbörande värdefull för oss pga. att han/hon fyller våra behov.

Sammanfattningsvis vidgar socialt stöd "självets" begränsade resurser enligt teorin om sociala resurser. De sociala och personliga resurserna utgör en väsentlig del av en individs identitet, och människor strävar efter att bibehålla socialt stöd både för att det skall möta deras behov av att bevara vissa resurser, och för att skydda och bevara sin identitet intakt. Med andra ord, socialt stöd fyller en instrumentell funktion och hjälper till att bevara en stabil självbild.

Teorin om sociala resurser, som har sitt ursprung i COR-teorin (Hobfall et.al., 1990), illustrerar att sociala resurser är relaterade till personliga resurser och båda dessa påverkas av, och också i sin tur påverkar omgivningen. Detta är analogt med den ekologiska teorin (Vaux, 1990) som påpekar att elementen i ett system är interaktiva. Varje aspekt i ett ekologiskt system påverkar alla andra, och dessa, i sin tur, påverkar genom feedback, för att inte glömma en aspekts påverkan på sig själv.

De sociala resurserna är alltså, enligt Hobfall, relaterade till de personliga resurserna. Sarason et. al. går ett steg längre i sin definition av stöd. De menar att ”det uppfattade stödet/perceived support/” kan bl. a. ses som ett drag i personligheten, dvs. som ett intrapersonellt sammanhang.

Socialt stöd - en produkt av interaktion mellan tre variabler

Sarason, Pierce och Sarason (1990a, 1990b, 1990c, 1992) diskuterar socialt stöd ur ett perspektiv baserad på interaktionen, dvs. en situation i vilken en person ("givaren") hjälper en annan ("mottagaren").

Teorin ser på socialt stöd som en produkt av interaktion mellan tre variabler. Dessa är (1) motivationer och förväntningar hos både hjälpgivaren och hjälpmottagaren, dvs. det ”intrapersonella sammanhanget/intrapersonal context/”, (2) den stödjande relationens karaktär, dvs. ”det interpersonella sammanhanget/interpersonal context/”, och (3) hjälp som riktas i en specifik, problematisk situation, dvs. ”det situationsspecifika sammanhanget/situational context/”.

Denna interaktionella syn betonar det viktiga sambandet mellan potentiellt stödjande handlingar och den innebörd som läggs vid dem, dvs. hur "givarens" intentioner uppfattas av

"mottagaren". Sarason et. al. menar att det är omöjligt att bestämma om en specifik interaktion är stödjande utan vetskap om "mottagarens" kognitiva uppfattning om den. Studier av socialt stöd borde således innehålla både objektiva observationer av sociala interaktioner och en bestämning av den kognitiva uppfattningen hos de båda involverade.

Det intrapersonella sammanhanget består av "givarens" och "mottagarens" unika, stabila mönster av hur man uppfattar sig själv, viktiga andra och de personliga relationerna.

Den intrapersonella strukturen har sin grund i Bowlby's attachment teori (1980, I Sarason et. al., 1990a), som talar om arbetsmodeller/working models/ för individens förväntningar, uppfattningar och respons till potentiellt stödjande handlingar. Dessa arbetsmodeller är kognitiva representationer av "självet", "betydelsefulla andra" och "relationernas karaktär" och dessa kognitiva representationer har samband med individens självkänsla och uppfattningen om att vara älskad och värderad av andra. Arbetsmodeller av signifikanta andra och av relationer leder till olika typer av förväntningar och tolkningar av andras beteenden och de interagerar med situationen.

Forskningen föreslår arbetsmodeller som viktiga källor för individuella skillnader som påverkar bl. a. förväntningarna av att stöd finns tillgängligt, strategierna för att framlocka stöd, och hur vi tolkar motpartens och vårt eget beteende. Sarason et. al. fann i undersökningar med SSQ-mätinstrumentet (Social Support Questionnaire, Sarason et. al., 1983) att förväntningar vad beträffar uppfattningen om att stöd finns tillgängligt, reflekterar ett stabilt drag i personligheten som också påverkar beteendet. Detta personlighets drag kallar Sarason et. al. för ”*förnimmelsen av stöd*/sense of support/”.

”Förnimmelsen av stöd” verkar spela en viktig roll i hur man tolkar sitt eget och andras beteende och de stödjande relationernas karaktär. Dessutom är ”förnimmelsen av stöd” också relaterad till en individs självbild. Människor som har en uppfattning om att stöd finns tillgängligt, rapporterar också en positiv självuppskattning och tro på att även andra har en positiv bild av dem (Sarason et. al., 1986).

Enligt Sarason et. al. (1990a) har ”förnimmelsen av stöd” samband med ett annat personlighetsdrag, nämligen ”*förnimmelsen av att vara accepterad*/sense of acceptance/”. ”Förnimmelsen av att vara accepterad” föds ur vår uppfattning om att andra bryr sig om oss och accepterar oss för vad vi är, både på gott och ont. ”Förnimmelsen av att vara accepterad” ökar när vi observerar att andra faktiskt hjälper och stödjer oss utan villkor. När så sker, undrar vi vad det är i vår person som framlockar sådan respons. På detta sätt är ”förnimmelsen av att vara accepterad” en aspekt av personligheten som inkluderar en positiv självbild och en positiv syn på sociala relationer, samt förväntan att andra värderar oss för vad vi är.

Både ”förnimmelsen av stöd” och ”förnimmelsen av att vara accepterad” kan ses som produkter av vår historia av sociala interaktioner. Människor som utvecklat en positiv förnimmelse av att vara accepterade kan konfronteras med stressfyllda situationer utan rädsla för att ett misslyckande kan medföra en förlust av känslan av att vara älskad, omtyckt och värderad av betydelsefulla andra. Både ”förnimmelsen av att vara accepterad” och ”förnimmelsen av stöd” är delar av vår personlighet.

Det interpersonella sammanhanget: Varje individs interpersonella relationer skiljer sig både vad beträffar kvalitén i relationerna och i kvantitet. En individ i en persons nätverk kan vara

både källa till negativa och positiva interaktioner. Till exempel kan ett förälderpar som bekostar sitt barns utbildning ständigt påminna vederbörande om sina försakanden, medan ett annat förälderpar aldrig förväntar sig ett tack ens. I konfliktfyllda relationer kan stöd således påverka mottagarens välbefinnande negativt.

Nära relationer kännetecknas ofta av en rad starka känslor. Dessa kan variera alltifrån hat och svartsjuka till kärlek. Varken vidden av känslor och/eller deras styrka kan förklara relationernas kvalité eller innebörd för vederbörande, men de utgör ett sammanhang i vilken sociala interaktioner, vars ambition är att stödja, utspelas.

En annan aspekt av det interpersonella sammanhanget är hjälpgivarens sensitivitet för mottagarens behov. Bowlby (1980, I Sarason et. al., 1990a), observerade att den avgörande faktorn för ett barns optimala utveckling inte var den sort av stöd som föräldrarna gav barnet, utan kontinuiteten och graden av sensitivitet för barnets behov.

Sarason et. al. (i tryck, i Sarason et. al. 1990a), kom fram till att collegestuderande vars relationer till föräldrarna karaktäriserades av hög grad av sensitivitet, klarade sig bättre på ett krävande test, som dessutom upplevdes stressfylld, än studerande vars relationer med föräldrarna var mindre sensitiva. Det är möjligt, säger Sarason et. al., att individer som växer upp i relationer som karaktäriseras av hög grad av sensitivitet, utvecklar en positiv förnimmelse av stöd och en positiv förnimmelse av att vara accepterade.

Den interpersonella sensitiviteten understryker att socialt stöd inte bara handlar om transaktioner. Den reflekterar också hur hjälpgivarens respons motsvarar de personliga behoven.

Interaktion sker i ett *situationspecifikt sammanhang*. Mest uppmärksamhet har riktats mot situationer som upplevs som stressfyllda. Enligt ”stressbuffertmodellen/stress buffering model/”, anses socialt stöd främst lindra de negativa effekterna av den stress som vissa händelser i livet orsakar (Cohen & Wills, 1985), men det finns även forskningsresultat som tyder på att stöd påverkar beteendet oavsett upplevelsen av stress. Det situationspecifika sammanhanget är således, enligt Sarason et. al. (1990a), mer komplicerat än vad stressbuffert hypotesen föreslår.

En del arbetsmodeller är bättre lämpade än andra för vissa specifika situationer. Stöd som bekräftar en individs känsla av att vara värdefull bidrar till välbefinnande och hjälper individen att handskas med händelser där hon t.ex. upplever sin självkänsla hotad. Människor skiljer sig emellertid åt i hur, när och under vilka omständigheter de känner sig hotade.

Socialt stöd är alltså en viktig aspekt i ett situationspecifikt sammanhang, speciellt vid händelser som uppfattas som stressfyllda, men det har också betydelse i utvecklandet av copingrepertoarer och individuella modeller.

Under ett människoliv inträffar en rad påfrestande händelser, t.ex. en nära anhörig dör eller att man blir arbetslös. *Sammanfattningsvis* kan man säga att en individs personlighet, de interpersonella relationernas karaktär, och det specifika sammanhanget i vilken en händelse utspelar sig har betydelse för vilket inflytande den har på individen.

Studier om socialt stöd bland normalbefolkning

Det har visat sig att socialt stöd bidrar positivt till fysisk hälsa och psykiskt välbefinnande (Holohan & Moos, 1981; House, Landis & Umberson, 1988; m.fl.). Således är det inte underligt att intresset för socialt stöd har vuxit lavinartat under de senaste två årtiondena och begreppet socialt stöd har, vid sidan av "coping" och "stress", blivit ett av de största inom forskningen om fysisk och mental hälsa.

Flera studier har bekräftat att personer med större sociala nätverk i allmänhet mår bättre och har bättre hälsa än personer som har få sociala kontakter (Pilisuk, Montgomery, Parks & Acredolo, 1993; m.fl.). Av dessa studier har en del fokuserat på en persons integration i ett nätverk ur ett sociologiskt perspektiv, medan andra utgått från ett psykologiskt synsätt. Enligt Hobfall och Stokes (1988) definieras ”social integration/social integration/” bäst som en individs samhörighet med betydelsefulla andra, och är, enligt Stokes och Levin (1986) det primära elementet i socialt stöd. Det handlar å ena sidan om de strukturella komponenterna i socialt stöd, t.ex. nätverkets storlek, kontakterna inom nätverket, antal familjemedlemmar, etc., men också om känslor av tillhörighet.

Enligt Cohen och Wills (1985) bör graden av integration mätas om man vill få fram socialt stöds ”direkta påverkan/main effects/”. Direkteffektmodellen föreslår, att stöd bidrar positivt till hälsan och välbefinnandet, oavsett om individen upplever stress. Den s.k. ”stressbuffertmodellen/buffering model/” betonar däremot att stöd lindrar de negativa effekterna av den stress som vissa händelser i livet orsakar och främst därigenom befrämjar hälsan.

Cohen och Wills (1985) litteraturgenomgång sammanfattar ett sextiotal populationsstudier. Slutsatsen blir att både undersökningar som fokuserar på de direkta effekterna, och studier som föreslår att stöd är relaterat till välbefinnandet i första hand genom stressbuffertmodellen, bidrar till förståelsen av relationerna mellan stöd och hälsa.

Mängder av studier har kommit fram till, att stöd fungerar som stressbuffert (Bolger & Eckenrode, 1991; Caldwell, Pearson, & Chin, 1987; Ganellen, & Blaney, 1984; Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992; Lefcourt, Martin, & Saleh, 1984; Roos & Cohen, 1987; Smith, Smoll & Ptacek, 1990; Wethington & Kessler, 1986; m.fl.) men det förekommer också undersökningar där man misslyckats att få fram en signifikant ”stress- x socialt stöd”-interaktion (Cohen & Wills, 1985; McMahon, Schram & Davidson, 1993).

En viktig utveckling inom litteraturen om socialt stöd är, att det anses främst vara den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt för oss om ett behov skulle uppstå/perceived social support/ som lindrar de negativa effekterna av stress och bidrar positivt till vår hälsa (se vidare litteratursammanfattningar av Cohen & Wills, 1985; Sarason, Sarason & Pierce, 1990b; Turner, 1992) och att det är den emotionella beskaffenheten, graden av intimitet och kvalitén i våra relationer som är den avgörande faktorn (Cohen & Wills, 1985; Miller & Lefcourt, 1983; Reis, 1990; Sarason, Pierce & Sarason, 1990b).

Vad beträffar könsskillnader, kommer Shumaker och Hill (1991) i sin litteratursammanställning fram till att trots att studier som inkluderar både män och kvinnor eller rapporterar resultaten åtskilda är få, framstår ett samband mellan socialt stöd och fysisk

hälsa för båda könen. Detta samband är dock svagare för kvinnor än för män, medan motsatt förhållande råder mellan socialt stöd och psykiskt välbefinnande. I det fallet tycks stödet gagna kvinnor mest. Samplen i studierna bestod av såväl friska, vita individer som personer med kroniska sjukdomar.

Socialt stöd vid kronisk sjukdom och handikapp

Det psykiska välbefinnandet

Det psykiska välbefinnandet kan inte definieras på ett enkelt och entydigt sätt. Många närbesläktade begrepp såsom psykisk anpassning, livskvalité, tillfredsställelse med livet, etc. existerar.

Grunden i det psykiska välbefinnandet finns i en realistisk uppfattning om den egna personen både på gott och ont. Det handlar om att vara "sams med sitt jag", ha förmågan att skilja mellan egna behov och andras förväntningar, och att den egna bilden stämmer överens med den yttre verkligheten. Under långa tider kan en människa leva i relativ harmoni, men förr eller senare tvingar antingen inre utvecklingssprång eller yttre händelser individen att ompröva sitt liv och se nya aspekter av den person som man trodde sig vara.

En kronisk sjukdom eller ett handikapp som uppstår vid vuxen ålder tvingar individen att ompröva sitt liv och sin självbild. En diagnos av ett livslångt handikapp eller en kronisk sjukdom är inget man önskar sig. Rädsla, sorg, ilska och depression är alla känslor som man konfronteras med. Livet kan plötsligt kännas tungt och dystert och själv kan man känna sig trött och håglös. Hur man anpassar sig till sjukdomen eller handikappet, varierar från individ till individ, beroende på olika drag i personligheten, sjukdomens karaktär och omständigheterna omkring. Andra accepterar sin situation och finner ett sätt att leva som är tillfredsställande, medan en del ”faller offer” för sjukdomen, dvs. blir deprimerade eller hittar inga fungerande coping strategier.

Eriksson-Mangold (1981) finner i sin litteraturgenomgång, att det råder enighet om att t.ex. de hörselskadade löper större risk än normalhörande att råka in i depressionstillstånd. Trots att varje sjukdoms särart gör det svårt att dra generella slutsatser, tycks forskningen bland kroniskt sjuka bekräfta dessa tendenser (Katon & Sullivan, 1990; Morris & Raphael, 1990; Riegel, 1989). Undersökningar t.ex. bland rheumatoid arthritis patienter, fann att 33 % av patienterna var deprimerade. Motsvarande siffra bland normalbefolkning var 15 till 17 % (Revenson & Majerovitz, 1990).

Cullberg (1984) beskriver en depressiv reaktion som en störning i självupplevelsen som kan orsakas av motgångar och svåra besvikelser. Vissa personlighetsdrag, som låg självuppskattning, har visat sig bidra till en individs sårbarhet (Riegel, 1989). Morris och Raphael (1987) räknar upp ytterligare riskfaktorer, till exempel negativa livshändelser och sjukdomens allvar, graden av handikapp, negativ utvecklingshistoria med tidiga förluster,

konfliktfyllda relationer, tidigare psykiska störningar i familjehistorien, abnormaliteter i det neuroendokrina systemet och dessutom brist på socialt stöd.

Studier om socialt stöd vid kronisk sjukdom eller handikapp

Att sammanfatta all litteratur om sambanden mellan fysiska sjukdomar och depression ligger utanför denna översiktliga uppsatsens intressefokus, men vilken roll har socialt stöd i sammanhanget? Enligt Morris och Raphael (1987) har socialt stöd inte ansetts skydda mot depression, men däremot kan det lindra de negativa effekterna av stress som en sjukdom kan orsaka. Andra författare, i sin tur, säger att stöd bidrar till anpassningen (Riegel, 1989).

Henderson (1992) finner i sin litteratursammanfattning att socialt stöd har en direkt effekt, dvs. ju mera stöd man har, desto mindre depressiva symptom uppger man. Schwarzer & Leppin (1991) visar med hjälp av metaanalys på dessa komplicerade samband. Mot den allmänna uppfattningen om att det är det emotionella stödet som är viktigast, finner de att det är påtaglig och mer materiell hjälp, som har det starkaste sambandet med välbefinnandet för fysiskt sjuka.

Kaplan och Toshima (1990) summerar sjutton studier varav endast tre fann att socialt stöd hade överensstämmande positiva effekter. Deras sammanfattning gällde studier bland personer med kroniska sjukdomstillstånd, såsom astma, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Författarna konstaterar att i sju studier fann man att överbeskydd eller andra aspekter av relationer kunde ha skadliga effekter på hälsan, och i sex studier var resultaten för olika sjukdomsbilder motsägelsefulla.

I undersökningar där socialt stöd har visat sig ha negativa effekter, handlar det vanligen om familjemedlemmars överdrivna omsorg. Detta förstärker den sjuke i sin roll som patient. Man blir passiv mottagare av stöd istället för att ta egna initiativ. I litteraturen kan man finna mängder med exempel om överbeskydd av den sjuke (Riegel, 1989). Andra negativa aspekter av stöd är konfliktfyllda relationer och otillfredsställda behov.

En kronisk sjukdom eller ett handikapp för kanske med sig ett ökat behov av stöd. Fiore, et. al. (i Reigel, 1989) förklarar de negativa aspekterna av socialt stöd som en ond ”feedbackcirkel” där hjälparen inte fyller mottagarens förväntningar, vilket leder till minskad tillfredsställelse med erhållet stöd och ökad depression. Stöd och omsorg kan också förstärka bekvämligheten när egentligen stränga regler gäller, såsom vid diabetes.

Syftet med denna litteraturgenomgång

Med hänvisning till all litteratur om forskningen av normalgrupper, vågar man påstå att socialt stöd har direkta, positiva effekter på hälsan. Dessutom fungerar det som en stressbuffert

genom att mildra de negativa effekterna av stress på fysisk och mental hälsa. Således inverkar stödet i allmänhet positivt på det psykiska välbefinnandet.

Forskning bland de kroniskt sjuka och handikappade redovisar i större utsträckning motsägelsefulla resultat. Litteratur som sammanfattar socialt stöds roll vid olika sjukdomstillstånd har inte alltid enhetliga och övervägande positiva resultat att lägga fram. Utöver att man har funnit en invers relation mellan depression och socialt stöd, visar man på ett flertal negativa konsekvenser av stöd för den sjuke. Hur förhåller det sig egentligen? Har socialt stöd positiva effekter på det psykiska välbefinnandet vid kronisk sjukdom eller handikapp, eller har det inte det?

Att förlora hälsan är påfrestande för individen. Relationerna är inte klarlagda om det är sjukdomen eller handikappet som för med sig minskat stöd, ökad isolering och depression, eller om det är en individs personlighet eller de depressiva symptomen som orsakar att den sjuke drar sig undan omvärlden, och därigenom erhåller minskat socialt stöd.

Frågor som om adekvat stöd kan hindra en individ från att s.a.s. falla offer för sjukdom, återstår att få svar på. Vilken roll spelar en sund självuppskattning i sammanhanget socialt stöd och depression, och i vilken utsträckning är begreppen självuppskattning och uppfattat socialt stöd överlappande?

Analogt med Sarason et. al. (1990a), som betraktar socialt stöd ur tre dimensioner; det intrapersonella, det interpersonella och det situationsspecifika sammanhanget, tror jag att det uppfattade stödet också speglar ett intrapersonellt sammanhang, dvs. ett drag i personligheten. Här av följer att om man uppfattar socialt stöd tillgängligt vid behov, har man också låga mätvärden på depressiva symptom och en sund självvärdering. Detta kan tänkas underlätta anpassningen och hjälpa till att klara av de påfrestningar som man utsätts för vid sjukdom eller handikapp.

Jag tror inte att den största betydelsen som socialt stöd har, finns i dess direkta effekter på handikappupplevelsen, utan hellre i det intrapersonella sammanhanget. Med detta menar jag, att en individs kognitiva uppfattning om att stöd finns tillgängligt, speglar känslan av att vara värdefull, dvs. självuppskattningen. Stödet i form av varma, kärleksfulla relationer bekräftar, i sin tur, dessa känslor av värde och tillsammans skapar detta en positivt ökande spiral.

Oavsett om vi är handikappade eller inte, skiljer vi oss åt vad beträffar vår personlighet och våra uppfattningar. En del av oss har kanske under vår uppväxt fått en stabil plattform att stå på, medan andra har fått växa upp under svåra, kärlekslösa förhållanden. En del har, trots eventuella svårigheter, lyckats bibehålla en positiv, optimistisk livssyn, medan andra har förlorat tron på det goda i livet. Jag antar således, att det uppfattade sociala stödet till stor del speglar drag i vår personlighet. Dessa drag är dock inte statiska. De skulpteras kontinuerligt efter tilltagande mognad och livsvisdom i en långsamt pågående process, i vilken, våra sociala relationer och inte minst, det sociala stödet kan ha stor inverkan.

Metod

Socialt stöd är ett multidimensionellt begrepp. De funna relationerna mellan stöd och hälsa har bidragit till det omfattande intresset och mängder av sambandsstudier innehåller någon form av mätinstrument som mäter antingen stödets struktur och/eller funktion. Experimentella studier inom ämnesområdet är få (Heller & Lakey, 1985; Sarason & Sarason 1986; Winstead & Derlega, 1991). De flesta av undersökningarna är tvärsnittsstudier som bygger på självadministrerade enkät och/eller intervjuer.

Litteraturgenomgången i sin helhet omfattar 81 artiklar, uppsatser och bokkapitel inhämtade via dator eller genom manuell sökning. Fokus för intresset i denna sammanfattning var från början det sociala stödets roll i livssituationer som förändrats av hörselhandikapp. Mycket finns skrivet om hörselskadans sociala konsekvenser, men endast i två artiklar har man undersökt det stödet som de drabbade ”uppfattar sig ha/perceived support/”. Dessa båda artiklar blev funna vid en första datorbaserad litteratursökning. Denna sökning resulterade i information om historik, definitioner, skilda teoretiska perspektiv, och litteratur om socialt stöds relation till hälsan.

Livsomständigheter är knappast jämförbara. En hörselskada är ett kommunikationshandikapp som slår mot själva kärnan av social interaktion. Få handikapp kan tänkas ha samma konsekvenser och inget handikapp är direkt jämförbart. Det kan dock förutsättas att ett handikapp eller en kronisk sjukdom som uppstår i vuxen ålder kan påverka en individs psykiska balans och välbefinnande och tvinga henne att ompröva sitt liv och den person hon trodde sig vara.

Litteraturen pekar på att de kroniskt sjuka eller handikappade löper större risk än andra att råka ut för depressionstillstånd. Det psykiska välbefinnandet har ingen enkel definition och är därför svårmätbart. Närbesläktade termer, bl.a. psykisk anpassning, livskvalité och tillfredsställelse med livet mera allmänt, existerar.

För att mäta depression har däremot ett otal frågeformulär utvecklats. Intresset vid en andra datorbaserad sökning fokuserades till socialt stöds roll i det psykiska välbefinnandet vid av någon form av kronisk sjukdom och/eller handikapp och sökord som "social support", "chronic illness", "handicap", "disability", "impairment" "well being", "depression", användes vid sökningen.

Trettiotre artiklar ur fyra databaser uppfångades. Flera av dessa kombinerar mätinstrument om upplevelsen av negativa känslor, depression och/eller ångest vid sjukdomstillstånd, med frågeformulär som mäter positiv affekt och tillfredsställelse med livet mera allmänt.

Eftersom grunden till psykiskt välbefinnande finns i en individs uppfattning om sig själv och för att eventuellt fånga en aspekt av socialt stöd som handlar om det intrapersonella sammanhanget (Sarason et. al., 1990a), inkluderades personlighets-variabler i sökningen ("self esteem" och "locus of control"). Efter en genomgång ringades ytterligare nio artiklar in, varav fyra var empiriska studier som uppfyllde kriterierna.

Av sammanlagt 42 artiklar var sex litteratursammanställningar. Vid granskning av de empiriska undersökningarna (36 totalt), uteslöts tre studier som var skrivna på kinesiska,

japanska resp. tyska. Dessutom uteslöts 10 undersökningar som fokuserade på vårdarens roll i sammanhanget, samt 6 undersökningar av patienter inom den psykiatriska vården, och 5 studier av personer som låg för döden. En artikel lyckades jag inte få tag på.

De återstående 11 undersökningarna, gjorda under tidsperioden 1983 till 1993, var skrivna på engelska, använde sig av någon form av mätinstrument för socialt stöd, depression och/eller psykiskt välbefinnande, samt för handikappupplevelse och/eller fysisk funktionsförmåga. I några studier förekom dessutom variabler såsom "coping", ”självkänsla/self esteem” och "locus of control".

Depression var beroendevariabeln i fyra av studierna. Alla 11 undersökningar inkluderade någon form av mätvärden på depression, åtminstone som en del av beroendevariabeln som förövrigt definierades som psykologiskt välbefinnande, positiva känslostämningar, emotionellt välbefinnande, livskvalité, och i ett av fallen, psykologisk anpassning till sjukdomen. Sammanlagt sju studier hade på detta sätt satt samman beroendevariabeln.

Utöver enskilda variationer i frågeställningarna, hade undersökningarna en gemensam hypotes, nämligen att det finns ett samband mellan socialt stöd och psykiskt välbefinnande eller depression vid kronisk sjukdom eller handikapp och att undersöka hur detta samband ser ut.

Socialt stöd definieras i de genomgångna studierna huvudsakligen utifrån sin funktion, eller utifrån Cobbs (1976) tankegångar att stöd ger individen en känsla av att andra bryr sig om henne, att hon är älskad och uppskattad, och att hon tillhör ett socialt nätverk som präglas av kommunikation och ömsesidighet i åtaganden.

Mätinstrumenten varierar från ospecificerade instrument med få frågor t.ex. antal vänner adderade till ett mätvärde på intimitet, till välkända mätinstrument med beprövad validitet och reliabilitet (SSQ: Social Support Questionnaire, Sarason et. al., 1983; ISSI: Interview Schedule for Social Interaction, Henderson, Duncan-Jones, Byrne & Scott, 1980; SPS: Social Provisions Scale, Cutrona & Russell, 1987; PSSI:-Fr, PSSI:-Fa: Perceived Social Support Inventory, Procidano & Heller, 1983). De flesta studier var inriktade på att mäta någon form av de funktionella egenskaperna av socialt stöd, t.ex. emotionellt stöd, intimitet och mera påtaglig hjälp, dock ofta i kombination av strukturella egenskaper, såsom social integration. I alla studierna undersöktes den kognitiva uppfattningen om att stöd finns tillgängligt för oss om ett behov skulle uppstå och/eller tillfredsställelsen med stöd.

Presentation av elva studier

De elva studierna är sammanfattade i tabell 1, i en bilaga, längst bak. Sampelstorleken varierade från n=67 till n=1402. Totala antalet försökspersoner var N=3 688 och medelvärdet N_M= 335. Fyra av dessa studier var gjorda i England, fem i USA, en i Canada och en i Tyskland och alla var publicerade som artiklar i vetenskapliga tidsskrifter.

Tre studier var långtidsstudier. Alla elva var baserade på intervjuer och/eller självadministrerade enkät. I fyra studier kompletterades den självrapporterade

handikappupplevelsen med en medicinsk resp. audiologisk undersökning. De flesta av undersökningarna var korrelationella till sin karaktär.

Förutom en undersökning av hörselhandikappade, led försökspersonerna av hjärt- och kärlsjukdomar (i tre studier), rheumatoid arhtritis (i tre studier), diabetes (i två studier), Parkinsons sjukdom, multipel sclerosis, torticollis, bronchitis, ryggont och i två av fallen, av fysiskt rörelsehinder orsakad av skada i ryggmärgen. I en studie förekom ett ospecificerat antal deprimerade bland försökspersonerna. Sjukdomshistoria, utöver uppgifter om duration i fem sampel, framkom inte ur artiklarna.

Handikappupplevelse och socialt stöd

Frankel och Turner (1983) rapporterade signifikanta samband mellan upplevd handikapp och socialt stöd. Ju svårare man upplevde sin hörselnedsättning, desto mindre socialt stöd ansåg man sig ha ($p<.05$).
I tre studier fann man att sämre fysiskt fungerande innebar mindre med socialt stöd (Fitzpatrick, Newman, Lamb & Shipley, 1988; Sherbourne, Meredith, Rogers & Ware, 1992; Patrick, Morgan & Charlton, 1986). Detta gällde oavsett försökspersonernas ålder. Vidare konstaterade Sherbourne et. al. (1992) att äldre personer med dåligt stöd på lång sikt upplevde en nedsättning av hur de fysiskt och emotionellt fungerade. Förövrigt rapporterades inga signifikanta samband mellan sjukdomens duration och socialt stöd.

Socialt stöd och depression vid kronisk sjukdom

Kronisk sjukdom påverkar oss inte bara fysiskt. Det psykologiska välbefinnandet är ett begrepp som är svårt att definiera och mäta, medan för en motsatt känsla, depression, har otaliga mätinstrument utvecklats. Det mest använda instrumentet i dessa studier var Beck Depression Inventory; BDI, (Beck et. al., 1961, i Fitzpatrick, Newman, Lamb & Shipley, 1988; Jananshahi, 1991; McIvor, Reznikoff & Riklan, 1984).
Man har i tidigare forskning funnit att ca 30 % av patienterna med diabetes, blodtryckssjukdomar, och hjärt- och kärlsjukdomar lider av depression eller depressiva symptom (Katon & Sullivan, 1990).

I linje med denna forskning fann Patrick et. al. (1986) att 30 % av patienterna med bl. a. reumatisk värk, bronchitis och ryggbesvär låg över poängmedelvärdet vad beträffar depressivitet. Motsvarande siffror för torticollis var 24,2 %, för Parkinsons 28 %, för hjärt- och kärlsjukdomar 30 %, och i Badger's (1993) undersökning av arthritis- och diabetespatienter var 26 % av samplet deprimerade eller hade depressiva symptom.

I fyra studier användes mätvärden på depression som beroendevariabel och i dessa undersökningar, samt i ytterligare tre studier, rapporterade man Pearson produktmoment korrelationer mellan socialt stöd och depression. I linje med forskningen bekräftade alla sju studier en invers relation mellan socialt stöd och depression (signifikansnivåer från $p<.05$ till $p<.001$). Ju mer stöd man upplevde sig ha, desto färre depressiva symptom angav man

(Badger, 1993; Elliot, Herrick & Witty, 1992; Jananshahi, 1991; Fitzpatrick et. al., 1988; Schulz & Decker, 1985; Frankel & Turner, 1983; McIvor et. al., 1984).

Badger (1993) fann att sociala resurser förklarade 43 % av variationen i depressionspoängen i deras sampel. I Schulz och Deckers (1985) undersökning förklarades 50 % av variationen efter att man kontrollerat för den fysiska hälsans och den ekonomiska situationens effekter, medan i Jananshahi's undersökning bland torticollis patienter förklarade tillfredsställelsen med socialt stöd endast 1,6 % av variationen. Depression hos personer med Parkinsons sjukdom var inte relaterad till stöd, utan till fysiska följder av sjukdomen (16 %), coping strategier och låg självkänsla, de två sistnämnda förklarade tillsammans 30 % av variationen.

Deprimerade och icke-deprimerade torticollis patienter skiljde sig inte åt vad gällde antalet stödjande personer, men de deprimerade var mindre tillfreds med stödet ($t(58)=2.7$, $p=.01$; Jananshahi, 1991).

Socialt stöd och psykiskt välbefinnande

För att mäta psykiskt välbefinnande kombinerade man mätinstrument som fångade upplevelsen av negativ affekt, depression och/eller ångest, med frågeformulär som mätte positiv affekt och tillfredsställelse med livet mera allmänt. I några fall inkluderades frågor om självuppskattning (Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSE; Rosenberg, 1965), och/eller känslan av att ha kontroll över sin situation (locus of control- och mastery skalor, coping, samt fysisk och emotionell funktionsförmåga). Sammanlagt hade sju studier på detta sätt satt samman beroendevariabeln.

Sherbourne et. al:s (1992) mått på mental hälsa och välbefinnande innehöll frågor om depression, positiva känslor, ångest och känslan av att förlora kontrollen över sin situation under den senaste månaden. De kom fram till att patienter med mycket stöd, oavsett ålder, mådde bättre både fysiskt och psykiskt, än de med lite stöd. Detta mönster förändrades inte under loppet av två år.

I Frankel och Turners (1983) undersökning, förklarade emotionellt stöd 20 % av variationen i psykiskt välbefinnande. Den psykologiska upplevelsen av handikappet oavsett hörselskadans svårighetsgrad förklarade ytterligare 7 %.

Efter att kontrollerat för det fysiska hälsotillståndets och den ekonomiska situationens inverkan på psykiskt välbefinnande, förklarade olika former av socialt stöd för ytterligare 25 till 35 % av variationen i beroendevariablerna (psykiskt välbefinnande, tillfredsställelse med livet mera allmänt, och depression) i Schulz och Deckers (1985) undersökning.

Waltz (1986) visar att ogifta män som råkat ut för en hjärtinfarkt och män, som lever i otillfredsställande äktenskap, uppger signifikant mer negativa känslostämningar än de, som lever i tillfredsställande relationer (p-värde saknas), och Patrick et. al:s (1986) långtidsundersökning pekar på att vid händelser som framkallar stress, upplever personer med kronisk sjukdom och få sociala kontakter i större utsträckning problem med hälsan ($p<.01$).

Ju mer stöd patienter med rheumatoid arthritis upplevde sig ha (Fitzpatrick et. al., 1988), desto högre psykiskt välbefinnande uppgav man ($p<.001$). I detta fall mättes välbefinnandet med BDI och RSE.

MacCarthy och Brown (1989) fann att instrumentellt stöd bidrog i någon mån till psykisk anpassning och mental hälsa ($p<.05$). Deras mätinstrument inkluderade frågor om depression, positiva känslostämningar och om man accepterat sin sjukdom.

Vilka funktioner av socialt stöd bidrar till välbefinnandet?

I Waltzs (1986) studie betonades vikten av intima, nära band, och man fann att kvalitén i relationerna hade den största betydelsen. Särskilt stöd som höjer självuppskattningen gav lägre poäng på uppmätt depression (Elliot, Herrick & Witty, 1992). För övrigt var det det uppfattade emotionella stödet (Frankel, et. al., 1983; Jananshahi, 1991; Sherbourne, et. al., 1992; Badger, 1993; Schulz et. al., 1985; McIvor et. al., 1984) och i vissa fall social integration (Fitzpatrick, et. al., 1988; Schulz et. al., 1985) som bidrog till det psykiska välbefinnandet.

Förutom att det är det emotionella stödet och intimiteten som bidrar till välbefinnandet, uppmärksammade Fitzpatrick et. al. (1988) att det starkaste sambandet mellan stöd och välbefinnande fanns i mer diffusa, avlägsna relationer ($p<.001$). I detta fall mättes socialt stöd med Interview Schedule for Social Interaction, ISSI, (Henderson, Duncan-Jones, Byrne & Scott, 1980).

I två studier erhölls inga samband alls mellan emotionellt stöd och psykiskt välbefinnande. MacCarthy et. al:s (1989) studie gällde personer med Parkinsons sjukdom. I deras undersökning bidrog endast instrumentellt stöd i någon mån till psykisk anpassning och mental hälsa ($p<.05$). Deras mätinstrument av socialt stöd bestod av nio frågor, fyra om instrumentellt stöd, fem om emotionellt stöd varav en fråga uteslöts från analysen.

Patrick et. al. (1986) fann inte heller några direkta effekter av emotionellt stöd på hälsan eller att stödet kunde fungera som stressbuffert vid negativt laddade händelser. Här mättes det emotionella stödet genom att addera antalet vänner.

Coping och negativa konsekvenser av stöd

Elliot et. al. (1992) och MacCarthy et. al. (1989) inkluderade coping-frågeformulär i sina undersökningar. Kvantitativa och kvalitativa mätvärden på socialt stöd hade positiva och signifikanta samband med användandet av adaptiva coping strategier ($p<.01$), men var inte relaterade till maladaptiv coping enligt Elliot et.al. De fann att effektiv problemlösningsförmåga hos individer påverkade det psykiska välbefinnandet och gav lägre mätvärden på depression, samt lägre psykosocialt handikapp.

Vid höga nivåer av informativt stöd uppdagades dock ett omvänt förhållande. Då blev handikappupplevelsen starkare ju effektivare problemlösare man var.

Förmildrar socialt stöd de negativa effekterna av stress?

Fitzpatrick, et. al. (1988) undersökte om socialt stöd kunde fungera som buffert mot de negativa effekterna som reumatisk värk kan ha på psykiskt välbefinnande, men fann ingen interaktionseffekt i den tvåvägsvariansanalys som genomfördes. Detta talar för att socialt stöd inte kan mildra de omedelbara konsekvenserna av sjukdomen eller för att upptäcka interaktionseffekter krävs det kanske longitudinella studier.

Inte heller Sherbourne et. al. (1992) fann stressbuffert effekter för socialt stöd trots sin longitudinella uppläggning av studien. Patrick et. al. (1986), däremot, fann att social integration fungerade som stressbuffert vid negativa händelser för personer med kronisk sjukdom ($p<.01$). Beroendevariabeln var sammansatt av frågor som mätte hur väl man ansåg sig fungera psykosocialt, fysiskt och emotionellt. Däremot fann inte Patrick et. al. (1986) samma effekt för det emotionella stödet.

Sambandet mellan självkänsla och depression

När man råkar ut för ett handikapp eller en kronisk sjukdom förändras självbilden successivt. I två undersökningar hade man studerat sambandet mellan självkänsla och depression vid kronisk sjukdom.

De torticollis patienter som var deprimerade (25 % av totalt 67 fp), hade signifikant lägre självkänsla ($t(64)=7.1$, $p<.001$) än de icke deprimerade (Jananshani, 1991). Depression i torticollis förklarades till 75 % av låg självuppskattning, svag kontroll av huvudets rörelser, otillfredsställande socialt stöd och maladaptiva coping strategier. Låg självkänsla förklarade 59 % av variationen. Patientens negativa bild av sin egen kropp förklarade, i sin tur, 52 % av låg självkänsla. Av detta kan man dock inte dra slutsatsen att låg självkänsla eller ett handikapp är orsak till depression eller vice versa.

Även i samplet som bestod av personer som hade Parkinsons sjukdom (MacCarthy et.al., 1989) förklarades depression till en del av låg självkänsla (tillsammans med maladaptiv coping, 30 %; SE x BDI, Pearson $r=.57$, $p<.001$).

Dessutom fann Waltz (1986) att låg självuppskattning var den faktor som förklarade största andelen av variationen i poängen på negativ affekt, NA ($p<.001$). Variationen i bristande självkänsla förklarades, i sin tur, något överraskande av otillfredsställande äktenskap ($p<.001$).

Socialt stöd och självkänsla.

I fyra undersökningar inkluderades Rosenbergs Self-Esteem Scale; RSE, (Rosenberg, 1965).

Fitzpatrick, et. al. (1988) rapporterade signifikanta samband ($p<.01$ till $p<.001$) mellan alla fyra delskalor av Interview Schedule for Social Interaction; ISSI (Henderson, Duncan-Jones, Byrne & Scott, 1980) frågeformulär och poängen på RSE. Självkänsla visade sig dessutom vara signifikant relaterad till ålder ($p<.05$).

Även Jananshahi (1991) och Frankel et. al. (1983) rapporterade höga korrelationer (Pearson r) mellan socialt stöd och självkänsla (från $r=.26$ till $r=.57$, $p<.05$). Frågan är i vilken grad dessa båda begrepp mäter samma sak?

Demografiska skillnader och könskillnader

Fitzpatrick et. al. (1988) granskade skillnader mellan individer med olika sociala bakgrund. De fann att försökspersoner med högre socialklasstillhörighet upplevde mera stöd från sina vänner än individer med arbetarklassbakgrund.

Endast i två studier undersöktes könsskillnader (Fitzpatrick et. al., 1988; McIvor, et. al., 1984). Utöver att Fitzpatrick et. al. (1988) konstaterade att män i undersökningsgruppen hade högre poäng på alla av ISSI:s fyra delskalor ($p<.02$ till $p<.01$), dvs. att männen var mer tillfredsställda med stöd överlag, och att kvinnor var mera deprimerade ($t(df\ saknas)=3.58$; $p<.001$) har man i dessa sammanhang inte funnit några skillnader mellan könen.

Stabilitet i socialt stöd

Sherbourne et. al. (1992) fann i sin långtidsstudie att uppfattningen om att socialt stöd finns tillgängligt vid behov inte förändrades med tiden. Intervallet mellan det första mättillfället och det andra mättillfället var två år. Detta är i linje med Sarason et. al:s (1985) resultat.

Sammanfattning

Generellt sett bekräftar dessa studier att socialt stöd vid kronisk sjukdom eller handikapp har positiva effekter på det psykiska välbefinnandet.

* Ju mer stöd man upplevde sig ha, desto färre depressiva symptom uppgav man och desto bättre fungerade man både emotionellt och fysiskt.

* Två studier fann signifikant samband mellan socialt stöd och handikappupplevelse. Av detta kan man dock inte dra slutsatsen att socialt stöd påverkar handikappupplevelsen eller vice versa.

* Deprimerade människor med kronisk sjukdom eller handikapp är mindre tillfredsställda än icke-deprimerade med det stöd som de uppfattar sig ha.

* Det är framförallt det emotionella stödet och kvalitén i det uppfattade stödet som är av betydelse. I en undersökning fann att dock att mera diffusa, avlägsna relationer hade starkare samband med välbefinnandet. I två studier misslyckades man att överhuvudtaget att finna belägg för att emotionellt stöd har positiv inverkan. Dock bekräftar majoriteten av studierna det emotionella stödets positiva effekter.

* Utöver små variationer tycks det inte finnas några markanta skillnader mellan de olika samplen. Oavsett vilken form av kronisk sjukdom eller handikapp man har, och oavsett vilken aspekt av socialt stöd man studerar, visar undersökningarna att våra medmänskliga relationer utgör en viktig faktor för det psykiska välbefinnandet. I endast en av studierna erhölls ett omvänt förhållande där mycket stöd orsakade negativa effekter.

* Det rapporterades få könsskillnader i undersökningarna.

Vad beträffar kausala slutsatser om socialt stöd fungerar som stressbuffert grundade på dessa studier är viss försiktighet på sin plats eftersom de tre långtidsstudierna gav något motsägelsefulla resultat (Patrick et. al., 1986; Sherbourne, et. al., 1992; Walz, 1986). Dessutom var de flesta studierna korrelationella till sin karaktär. Frågan om ”hönan och ägget” återstår att besvara.

Diskussion

Tidigare studier (Cohen & Wills, 1985) har funnit att socialt stöd lindrar de negativa effekterna av den stress som vissa händelser i livet orsakar. En kronisk sjukdom eller ett handikapp som inträder vid vuxen ålder kan ses som en stressfull händelse i sig och den tar, minst sagt, i anspråk en individs resurser.

Hobfall et. al. (1988) hävdar med stöd av COR-teorin, att när vi säger att vår make/maka är värdefull för oss, refererar vi egentligen till de funktioner som vederbörande fyller. Således är han/hon, enligt Hobfall, värdefull för oss pga. att han/hon tillfredsställer våra behov. Även om man inte kan reducera det komplicerade samspelet och kärleken människor emellan till att enbart ses som resurser, har sociala band och socialt stöd stor betydelse, om man råkar ut för något så påfrestande som en kronisk sjukdom eller handikapp. Att ha sina nära och kära omkring sig, vara accepterad som den man är, och få uppskattning och stöd, kan hjälpa individen att anpassa sig till den uppkomna situationen.

I de genomgångna studierna definierades stödet närmast utifrån sin funktion, eller utifrån Cobb's (1976) tankegångar att stöd ger individen en känsla av att andra bryr sig om henne, att hon är älskad och uppskattad, samt att hon tillhör ett socialt nätverk som präglas av kommunikation och ömsesidighet i åtaganden.

De flesta studier betonar att det är det emotionella stödet som är viktigt i sammanhanget. Oavsett antalet stödjande människor som man hade omkring sig, var försökspersonerna i allmänhet nöjda med det stödet som de uppfattade sig ha. Dessa resultat är i linje med vad forskningen om socialt stöd har kommit fram till, nämligen att det inte är antalet individer, utan kvalitén i relationerna, som är av betydelse (Reis, 1990). Forskning av cancerpatienter t.ex. finner att nittio procent av dessa anser det emotionella stödet vara av största betydelse när det gäller att handskas med den uppkomna situationen (Winubst, Adele, Couzijn & Ros, 1990). En sjukdom eller ett handikapp kan tänkas väcka känslor såsom rädsla, ilska och sorg och för att bearbeta dessa känslor, är det av vikt att få tryggt uttrycka dem utan risk för att bli avvisad.

Utöver det emotionella stödet och intimiteten uppmärksammade Fitzpatrick et. al. (1988), att det starkaste sambandet mellan stöd och välbefinnande fanns i mer avlägsna relationer. Enligt Fitzpatrick et. al. begränsar t.ex. reumatiska besvär de sociala kontakterna. Detta leder till minskad deltagande i sociala aktiviteter och livet förändras för den sjuke. Särskilt de äldre, kroniskt sjuka människorna är utsatta för social isolering.

Endast i två studier erhölls inga samband alls mellan emotionellt stöd och välbefinnandet (Patrick et. al., 1986; MacCarthy et. al., 1989). Mer påtaglig hjälp bidrog däremot i någon mån till psykisk anpassning och mental hälsa. Misslyckandet att finna samband mellan emotionellt stöd och välbefinnandet kan hos personer med Parkinsons sjukdom (MacCarthy et. al., 1989) bero på sjukdomens särart, men eventuellt också på det mätinstrument som man använde sig av i undersökningen. Detta mätinstrument bestod av nio frågor varav en uteslöts vid analysen. Av de åtta återstående frågorna var fyra relaterade till emotionellt stöd och fyra till mer påtaglig hjälp. I Patrick et. al:s (1986) undersökning adderade man antalet vänner till ett mått på intimitet, vilket naturligtvis ifrågasätter mätningens pålitlighet.

Negativa effekter av socialt stöd rapporterades endast i en studie. Handikappupplevelsen hos rörelsehindrade personer som grupperats som duktiga problemlösare ökade ju mer informativt stöd de fick (Elliot et. al., 1992). Det kan tänkas att detta bottnar i otillräcklighetskänslor. De rörelsehindrade kanske upplever omvärldens överdrivna omsorg som ett tecken på deras egen oförmåga.

En sjukdom eller ett handikapp som uppstår i vuxen ålder förändrar hela livet. Omkring 30 % av försökspersonerna i samplen var deprimerade. Detta är i linje med vad forskningen om depression vid kronisk sjukdom har kommit fram till. Motsvarande siffra för normalbefolkning anses ligga på omkring 16 %.

Depression är en modern term som ingår i vardagligt språkbruk. När man säger att man är "deppig" menar man kanske att man känner sig ledsen eller nedstämd. Hur skiljer man en deprimerad människa från en som är olycklig? Ingen av de elva studierna definierade närmare vad de menar med begreppet depression.

Beck Depression Inventory, BDI, (Beck, et. al., 1961) var det mest förekommande mätinstrumentet i studierna för att mäta graden av depression. Beck's kognitiva modell för depression bygger på vad Beck kallar för en "kognitiv triad". Den innebär en negativ uppfattning om a) sig själv, b) om omvärlden och c) om framtiden (i Perris, sid. 54, 1986). För förståelsen hur de kognitiva strukturerna fungerar, hänvisar Beck till Piaget's utvecklingsteori och Kelley's teorier om personliga konstruktioner, och ansluter sig senare till Bowlby's attachmentteori genom tankegångar, som att bildandet av dysfunktionella självuppfattningar skulle kunna vara en följd av störningar i bindningen mellan barnet och dess vårdnadshavare.

Kärnan i depression, tror jag, handlar om en känsla av isolering och ensamhet och att inte vara accepterad, varken av sig själv eller av andra som den person man faktiskt är. Människor skiljer sig åt vad beträffar behov, beroende och autonomi. När man konfronteras med en sjukdom kan det tänkas att behovet av stöd ökar och otillfredsställda behov kan, i sin tur, leda till ökad känsla av nedstämdhet. Det kan vara svårt att acceptera att man inte längre är lika vital och kompetent som tidigare och socialt stöd i form av intima, kärleksfulla relationer kan då underlätta anpassningen till en ny självbild och en ny livssituation.

I linje med forskningsresultaten hade socialt stöd en invers relation till depression. Ju mer stöd man tyckte sig ha, desto mindre antal depressiva symptom rapporterade man och desto svagare depressiva symptom uppgav man. I en studie (Sherbourne, et. al., 1991) ingick ett ospecificerat antal försökspersoner, vilkas kroniska sjukdomstillstånd definierades som depression. Detta kan orsaka missvisande resultat.

Det är också oklart om den i studierna uppmätta depressionen var en följd av sjukdomen eller handikappet, eller om det handlar om "negativ läggning". Om depressivitet ses som ett personlighetsdrag och socialt stöd dels som ett intrapersonellt sammanhang analogt med Sarason et. al. (1990a, 1990b, 1990c, 1992), överensstämmer mönstret. Försökspersoner med låga mätvärden på depression uppfattar sig ha mera stöd och de med depressiva symptom uppger sig i mindre utsträckning vara nöjda med det sociala stödet. Det framkommer emellertid inte ur långtidsstudierna om gruppen depressiva består av samma individer vid mätpunkt 1 som vid mätpunkt 2, men att mätvärden på socialt stöd förblev oförändrade över tid ger visst stöd åt resonemanget (Sherbourne et. al., 1992). Eftersom longitudinella studier är krävande, vore kanske retrospektiva undersökningar intressanta i sammanhanget.

Det är möjligt att depressiva drag och missnöje med det sociala stödet man uppfattar sig ha reflekterar en intrapersonell kognitiv process lika mycket som objektiva brister i stödjande transaktionerna. Sarason et. al. (1983) fann att individer som uppfattade sig ha dåligt stöd hade höga poäng på en skala som mätte negativ, fjärmande syn på livet. De tenderade vara mer rädda, deprimerade, avvisande och ibland mer introverta, samt uppvisade även neurotiska drag. De försökspersoner som däremot hade mycket stöd var i allmänhet optimistiska, lyckliga och hoppfulla. Mätningen av socialt stöd i Sarason et. al.'s undersökning visade hög stabilitet över en tre år lång period.

En individs självkänsla och hur självbilden förändras vid sjukdom spelar också roll i den psykologiska anpassningen och välbefinnandet. De som är deprimerade tycks ha lägre mätvärden på självuppskattning än de icke-deprimerade, men sambandet mellan depression och låg självkänsla har inte klarlagts. Är låg självkänsla en konsekvens av depression eller orsakar låg självuppskattningen nedstämdhet? Tyvärr framkom det inte ur studierna om det förelåg skillnader i mängden uppfattat socialt stöd hos individer med hög, resp. låg självkänsla. Däremot var korrelationerna mellan socialt stöd och självkänsla i de fall som de rapporterades, relativt starka, vilket kan tyda på en viss överlappning.

Waltz (1986) redovisar något anmärkningsvärt, att variationen i låg självuppskattning till största delen förklarades av otillfredsställande äktenskap. Kan detta resultat eventuellt antyda att konsekvenserna av vår historia slår igenom i så nära relationer som äktenskap? Upprepar vi ett redan bekant mönster från vår barndom? Jag är medveten om att frågorna är långsökta, men det är trots allt under vår uppväxt som vi skapar en grundläggande uppfattning om oss själva.

Depression kan också erbjuda en viss trygghet. Depression förhindrar förändring och man slipper att ta ansvar och fatta beslut. Depression kan vara ett tecken på att man inte på ett rättframt sätt tar itu med sina problem.

Waltz (1986) säger att brist på socialt stöd ökar risken för psykisk invalidism till följd av hjärtinfarkt. Elliot et. al. (1992) menar, att särskilt stöd som hjälper en individ att behålla en sund självuppskattning ger lägre poäng på uppmätt depression och leder till bättre självkänsla. Förmodligen är det i detta sammanhang, som socialt stöd eventuellt kan förhindra att en person s.a.s. faller offer för sjukdomen. Vidare menar Elliot et. al. att stöd som höjer en individs självkänsla indikerar att socialt stöd har en direkt påverkan, dvs. stöd har positiva effekter oavsett om individen upplever stress.

Depression hos personer med Parkinson sjukdom var relaterad till fysisk oförmåga som är en konsekvens av sjukdomen, men även till låg självkänsla och maladaptiva coping strategier (MacCarthy et.al., 1989). Kvantitativa och kvalitativa mätvärden på socialt stöd hade positiva och signifikanta samband med användandet av adaptiva coping strategier, men var inte relaterade till maladaptiv coping (Elliot et. al., 1992). Detta resultat ger visst stöd åt att socialt stöd kan påverka hur man handskas med sin situation eller kan betraktas som "coping assistance" (Thoits, 1986).

Att känna sig kompetent och ha kontroll över sin situation visade sig ha samband med välbefinnandet (Elliot et. al., 1992). Samtidigt som en individs behov av stöd vid kronisk sjukdom eller ett handikapp kan tänkas öka, lurar risken att man förlorar sin autonomitet.

Flera författare har funnit att känslan av att ha kontroll över sin situation bidrar positivt till anpassningen (Caldwell et. al., 1987; Helgeson, 1992; Elliot et. al., 1992; Wethington & Kessler, 1986). Socialt stöd som inte motsvarar mottagarens behov eller rent av är överbeskyddande, kan orsaka att den sjuke blir passiv mottagare av andras omsorger, ett "offer" för sjukdomen, istället för att själv agera för sitt eget bästa. Fiore et. al. (i Riegel, 1989) beskriver de negativa aspekterna av stöd som en ond ”feedbackcirkel”. En individs ökade behov vid sjukdom kanske leder till att man frågar efter mera stöd. Otillfredsställda förväntningar, i sin tur, ökar missnöjet med stödet och leder möjligen till depression.

Fysisk utseende har påvisats ha samband med tillgängligheten av socialt stöd (Sarason, Sarason, Hacker & Basham, 1985). Det är möjligt att den abnormalitet som torticollis orsakar gör att patienterna uppfattas som mindre tilldragande och därmed erhåller mindre socialt stöd. Handikappet kan också orsaka att personen i fråga drar sig undan sin sociala omgivning. En sjukdom eller ett handikapp tycks dock inte påverka de nära relationerna och kvalitén i dessa, däremot kan det begränsa antalet sociala band. Individer med högre socialklasstillhörighet tycks lättare kunna bibehålla de sociala kontakterna utanför familjen.

Tvärsnittsstudier har inte kunnat fastställa om hälsoproblem påverkar det stödet man upplever sig ha eller vice versa. De tre långtidsstudier som ingår i denna presentation kom alla fram till att individer som uppfattar sig ha mycket stöd fungerar bättre både fysiskt och emotionellt, än de som upplever sig ha dåligt med stöd. Detta gällde oavsett försökspersonernas ålder.

Vad beträffar kausala slutsatser om socialt stöds roll som stressbuffert kom långtidsstudierna fram till något olika resultat. Patrick et. al. (1986) fann att social integration fungerade som stressbuffert vid negativa händelser för personer med kronisk sjukdom, medan Sherbourne et. al. (1992) inte fann någon stressbufferteffekt. Grupperna av försökspersoner tycktes vara lika i de båda studierna. Dessutom inkluderades frågor om stressfyllda händelser i båda undersökningarna, dock med den skillnaden, att Patrick's et. al. frågor gällde tidsperioden 12 mån före uppföljningen, medan Sherbourne's et. al frågade om negativa händelser 12 mån före tidpunkt 1, dvs. 3 år före uppföljningen. Eventuellt kan detta ha bidragit till de olika resultaten.

Sammanfattningsvis kan man säga att de elva studierna bekräftar att socialt stöd befrämjar hälsan enligt "direkteffektmodellen". De kroniskt sjuka eller handikappade som uppfattade sig ha mycket socialt stöd rapporterade bättre psykiskt välbefinnande än de med mindre stöd. De upplevde inte heller under loppet av några år någon nedsättning av sitt emotionella, fysiska eller psykosociala funktion. Eftersom en kronisk sjukdom som uppkommer i vuxen ålder är en stressfylld händelse i sig, kan man nog anta, att socialt stöd även fungerar som buffert mot de negativa effekterna av stress.

Det psykiska välbefinnandet vid kronisk sjukdom eller handikapp är till stor del beroende på att individen uppfattar socialt stöd som tillgängligt, och det är främst kvalitén i relationerna som är av betydelse. Andra faktorer som bidrar till välbefinnandet är en sund självuppskattning, känsla av kontroll över situationen och en bred copingrepertoar. Individer som uppfattade sig ha mycket stöd mådde helt enkelt bättre och de deprimerade patienterna särskiljde sig som en speciell grupp som inte uppfattade sig ha tillräckligt med tillgängligt stöd, inte var tillfreds med stödet de fick, hade lägre självkänsla än de icke deprimerade, och upplevde i allmänhet svårare besvär orsakade av sjukdomen resp. handikappet.

Referenser

Albrecht, T. L. & Adelman, M. B. (Red:er). Communicating social support. 1987, Newbury Park: Sage.

Antonucci, T. C., Fuhrer, R. & Jackson, J. S. (1990). Social support and reciprocity: a cross-ethnic and cross-national perspective. Journal of Social and Personal Relationships, 7, (4), 519-530.

Badger, T.A. (1993). Psysical health impairment and depression among older adults. Image: Journal of Nursing Scholarship, 25, (4), 325-330.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Bolger, N. & Eckenrode, J. (1991). Social relationships, personality, and anxiety during a major stressful event. Journal of Personality and Social Psychology, 61, (3), 440-449.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss; *1*. Attachment. New York: Basic Books.

Caldwell, R. A., Pearson, J. L. & Chin, R. J. (1987). Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. Personality and Social Psychology Bulletin, 13, (1), 5-17.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin, 98, (2), 310-357.

Cooper, H.M. (1989). Integrating research; A guide for literature reviews. 2nd edition. Newbury Park: Sage publications.

Cullberg, J. (1984). Dynamisk psykiatri i teori och praktik. Värnamo: Natur och Kultur.

Cutrona, C. & Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. I W.H. Jones, & D. Perlman, (Red:er). Advances in personal relationships, 1, (s. 37--67). Greenwich, CT: JAI Press.

Dunkel-Schetter, C., Folkman S. & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. Journal of Personality and Social Psychology, 53, (1), 71-80.

Elliot, T. R., Herrick, S. M. & Witty, T. E. (1992). Problem-solving appraisal and the effects of social support among collage students and persons with physical disabilities. Journal of Counseling Psychology, 39, (2), 219-226.

Eriksson-Mangold, M. (1981). Sociala och psykologiska frågor om vuxna hörselskadade. Rapport från Psykologiska Institutionen. Göteborgs Universitet.

Fitzpatrick, R., Newman, T., Lamb, R. & Shipley, M. (1988). Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis. Social Science and Medicine, 28, (1), 41-52.

Frankel, B. G. & Turner, R. J. (1983). Psychological adjustment in chronic disability: the role of social support in the case of the hearing impaired. Canadian Journal of Sociology, 8, (3), 273-291.

Ganellen, R. J. & Blaney, P. H. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of life stess. Journal of Personality and Social Psychology, 47, (1), 156-163.

Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. Journal of Personality and Social Psychology, 63, (4), 656-666.

Heller, K. & Lakey, B. (1985). Perceived support and social interaction among friends and confidants. I I. G. Sarason & B. R. Sarason, (Red:er), Social support: Theory, research and applications, (s. 287-300). Dortrecht: Martinus Nijhoff.

Henderson, A. S. (1992). Social support and depression. I H. O. F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support, (s. 85-92). New York: Hemispere Publishing corporation.

Henderson, S., Duncan Jones, P., Byrne, D. & Scott, R. (1980). Mearuring social relationships: the Interview Schedule for Social Interaction. Phychological Medicin, 10, 723-734.

Hobfall, S. E., Freedy, J. R. Lane, C. & Geller, P. (1990). Conservation of social resources: social support resource theory. Journal of Social and Personal Relationships, 7, (4), 465-478.

Hobfall, S. E., Lilly, R.S. & Jackson, A.P. (1992). Conservation of social resources and the self. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support. 1992. New York: Hemispere Publishing corporation.

Hobfall, S. E. & Stokes, J. P. (1988). The process and mechanics of social support. I S.W. Duck, (Red.). Handbook of Personal Relationships, (s. 497-517). New York; Wiley.

Holohan, C. J. & Moos, R. H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. Journal of Abnormal Psychology, 90, (4), 365-370.

House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. Science, 241, 540-545.

Jahanshahi, M. (1991). Psychosocial factors and depression in torticol. Journal of Psychosomatic Research, 35, (4/5), 493-507.

Joseph, S., Andrews, B., Williams, R. & Yule, W. (1992). Crises support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise disaster. British Journal of Clinical Psychology, 31, 63-73.

Kaplan, R. M. & Toshima, M. T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. I B.R. Sarason, G.R. Pierce & I.G. Sarason, (Red:er). Social support: An interactional view, 1990. (s. 427-453). New York: Wiley

Katon, W. & Sullivan, M. D. (1990). Depression and chronic medical illness. Journal of Clinical Psychiatry, 51, (6), 3-14.

Laireiter, A. & Baumann, U. (1992). Network structures and support functions - theorethical and empirical analyses. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support, (s. 33-55). New York: Hemispere Publishing corporation.

Lefcourt, H. M., Martin, R. A. & Saleh, W. E. (1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. Journal of Personality and Social Psychology, 47, (2), 378-389.

Leppin, A. & Schwarzer, R. (1990). Social support and physical health: An updated meta-analysis. I L.R. Schmidt, P. Schwenkmezger, J. Weinman & S. Maes, (Red:er). Theoretical and applied aspects of health psychology, (s. 185-202). Chur: Harwood Academic.

McIvor, G. P., Reznikoff, M. & Riklan, M. (1984). Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions, and perceived social support. Journal of Clinical Psychology, 40, (4), 1028-1032.

McMahon, R. C., Schram, L. L. & Davidson, R. S. (1993). Negative life events, social support, and depression in three personality types. Journal of Personality Disorders, 7, (3), 241-254.

MacCarthy, B. & Brown, R. (1989). Psychosocial factors in Parkinson's disease. British Journal of Clinical Psychology, 28, 41-52.

Miller, L. C. & Lefcourt, H. M. (1983). The stressbuffering function of social intimacy. I B.R. Sarason, G.R. Pierce & I.G. Sarason, (Red:er). Social support: An interactional view, 1990. New York: Wiley.

Morris, P. L. & Raphael, B. (1987). Depressive disorder associated with physical illness. The impact of stroke. General Hospital Psychiatry, 9, (5), 324-330.

Newcomb, M. D. (1990). Social support by many other names: toward a unified conceptualization. Journal of Social and Personal Relationships, 7, (4), 479-494.

Newcomb, M. D. (1990). Social support and personal characteristics: A developmental and interactional perspective. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, (1), 54-68.

Patrick, D. L., Morgan, M. & Charlton, J. R. H. (1986). Psychosocial support and chande in the health status of physically disabled people. Social Science & Medicine, 22, (12), 1347-1354.

Perris, C. (1986). Kognitiv terapi i teori och praktik. Natur & Kultur.

Pilisuk, M., Montgomery, M. B., Parks, S. H. & Acredolo, C. (1993). Locus of control, life stress, and social networks: gender differences in the health status of the elderly. Sex Roles, 28, (3/4), 147-166.

Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family: Three validation studies. American Journal of Community Psychology, 11, 1-24.

Reis, H. T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relations. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, (1), 15-30.

Revenson, T. A. & Majerovitz, D. (1990). Spouses´ support provision to chronically ill patients. Journal of Social and Personal Relationships, 7, (4), 575-586.

Riegel, B. (1989). Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: operationalization of Johnson's behavioral system model. Advances in Nursing Science (ANS), 11, (2), 74-84.

Roos, P. E. & Cohen, L. H., (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (3), 576-585.

Rosenberg, M., (1965). Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Pscyhology, 44, (1), 127-139.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker, T. A. & Basham, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. Journal of Personality and Social Pscyhology, 49, (2), 469-480.

Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990a). Social support and interactional processes: a triadic hyphotesis. Journal of Social and Personal Relationships, 7, (4), 495-506.

Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990b). (Red:er). Social support; an interactional view. New York: Wiley.

Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G. & Waltz, J. A. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. Journal of Personality and Social Psychology, 60, (2), 273-287.

Sarason, B. R. & Sarason I. G. (Red:er). Social support: Theory, research and applications. 1985. Dortrecht: Martinus Nijhoff.

Sarason, B. R. & Sarason I. G. (1986). Experimentally provided social support. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1222-1225.

Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Pierce, G. R. (1990c). Social support: The search for theory. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, (1), 133-147.

Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Pierce G. R. (1992). Three contexts of social support. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support, (s. 143-154). New York: Hemispere.

Sarason, B. R., Sarason I. G. & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. Journal of Social and Personal Relationships, 50, (4), 845-855.

Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. Journal of Personality and Social Psychology, 52, (4), 813-832.

Schulz, R. & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. Journal of Personality and Social Psychology, 48, (5), 1162-1172.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships, 8, 99-127.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Possible ties and support on morbidity and mortality. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support, (ss. 65-83). New York: Hemispere.

Sherbourne, D. C., Meredith, W. R. & Ware Jr, J. E. (1992). Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. Quality of Life Research, 1, 235-246.

Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing the conceptual gaps. Journal of Social Issues, 40, 11-36.

Shumaker, S. A. & Hill, R. D. (1991). Gender differences in social support and physical health. Health Psychology, 10, (2), 102-111.

Siegrist, J. & Junge, A. (1990). Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. Psychotherapy and Psychosomatics, 54, (2-3) 90-98.

Smith, R. E., Smoll, F. L. & Ptacek, J. T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: Life stress, social support and coping skills, and adolescent sport injuries. Journal of Personality and Social Psychology, 58, (2), 360-370.

Stokes, J. & Levin, I. (1986). Gender differences in predicting loneliness from social network characteristics. Journal of Personality and Social Psychology, 51, (5), 1069-1074

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, (4), 416-423.

Thoits, P. A. (1992). Social support functions and network structures: A supplemental view. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support, (s. 57-62). New York: Hemispere.

Turner, R. J. (1992). Measuring social support: Issues of concept and method. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support. 1992. New York: Hemispere.

Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitation social support. Journal of Social and Personal Relationships, 7, (4), 507-518.

Vaux, A. (1992). Assessment of social support. I H.O.F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support. 1992. New York: Hemispere.

Veiel, H.O.F. & Baumann, U. (Red:er). The meaning and measurement of social support. 1992. New York: Hemispere.

Veiel, H. O. F. & Baumann, U. (1992). Comments on concepts and methods. I H. O. F. Veiel & U. Baumann, (Red:er). The meaning and measurement of social support, (ss. 313-319). New York: Hemispere.

Waltz, M. (1986). Marital context and post-infarction quality of life: is it social support or somthing more? Social Science and Medicine, 22, (8), 791-805.

Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior, 27, 78-89.

Winnubst, J. A .M., Couzijn, A. L. & Ros, W. J. G. (1990). Social support and cancer: Main themes and problems. I Schmidt, L.R., Schwenkmezger, P., Weinman, J. & Maes, S.(Red:er). Theoretical and applied aspects of health psychology. 1990. Chur: Harwood Academic Publishers.

Winstead, B. A. & Derlega, V. J. (1991). An experimental approach to studying social interaction and coping with stress among friends. I W.H. Jones & D. Perlman, (Red:er). Advandes in Personal Relationships, Vol 2, (s. 107-131). London: Jessica Kingsley.

Bilaga 1.,

sidorna 127-129 (3 sidor)

Tabell 1.