

Titelblad

Speciale titel: *Social kapitals betydning for sundhed.*
En undersøgelse af betydningen af nordjyders sociale kapital i forhold til selvvaluerede helbred

Projektperiode: 1.april 2011 – 3.oktober 2011

Årgang: 10. semester, Sociologi

Navn: Mette Lyng

Vejleder: Jakob Skjøtt-Larsen

Udarbejdet af:

Omfang: 34.959

Bilag: 7 sider

Appendiks: CD bagerst i specialet

Forord

I sociologisk optik undersøges social kapital som et begreb, der kan bruges til at analysere forskellige problemstillinger indenfor dagens Danmark. Sundhed har i mange år været et vigtigt område at belyse, da det er vigtigt for fremtiden, i forhold til at kunne forebygge imod sundhedsrisici.

Formålet med dette projekt har været at belyse, betydningen af social kapital i forhold til sundhed. Dette er gjort med et kvantitativ udgangspunkt, hvorfor der er anvendt en stor spørgeskemaundersøgelse, som datagrundlag. I denne sammenhæng vil jeg rette en stor tak til Karina Friis fra Region Nordjylland, der har hjulpet mig i bestræbelserne på at få adgang til netop datasættet.

Endvidere vil jeg takke Lene Tølbøll Blenstrup for hjælp til SAS relaterede problemer. Yderligere vil jeg rette en stor tak til min vejleder Jakob Skjøtt-Larsen, som har været meget behjælpelig med en god og konstruktiv vejledning igennem hele projektperioden.

Mette Lyng
Aalborg, Oktober 2011

English Summary

Social capital's impact on health – a study about the impact of social capital on self-rated health of natives in North Jutland.

The problem:

Denmark focuses a great amount of their resources towards health care and health related issues. Despite these efforts, however, Danes health continue to be a big problem. New research shows that almost half of the people in Denmark are overweight and over 50% of the population in North Jutland is overweight. In a welfare state like Denmark, where the health system is free and health information is readily available, why is it that we still struggle with such a large scale of health issues? Could it be, that there is some social elements, which have an impact on people's health? A lot of scientific work shows an correlation between social inequality and health, which suggests that the welfare system and availability of health information is not enough to solve the health problem. There are some social mechanisms which could be relevant to investigate further. One of these social elements is social capital, and this concept has been prevalent in the modern times in scientific work, and not only accordingly to health, but also other issues. Social capital can be defined in varies of ways, but the most common is either social relations or social trust. Several scientific research studies show an correlation between social capital and health. A general measure for health is self-rated health, because it captures both the physical and the mental state of health. The research question is thus:

Does social capital have an impact on self-rated health for the natives in North Jutland?

The three hypotheses:

1. Natives in North Jutland with low social trust have lower self-rated health than Natives in North Jutland with greater social trust.
2. Natives in North Jutland with poor social relations have lower self-rated health than Natives in North Jutland with strong social relations.
3. Natives in North Jutland with little to no involvement in the community have lower self-rated health than Natives in North Jutland with a greater involvement in the community.

The theory and method:

The concept of social capital is based on Pierre Bourdieu's, James Coleman's and Robert Putnam's theories about social capital, which lead to the definition of social capital, which is: Social Trust, social relations and involvement in the community. Trust is divided into three categories; Personal trust (trust in family), Generalized trust (trust in other people) and institutional trust (trust in

the healthcare system). Social relations is measured by contact with family and support level. The analysis is based on a large survey of 23.392 natives of North Jutland and their self-ranked health answers. The information has been analyzed through different statistic methods such as Chi squared test and logistic regression.

The results:

The analysis showed that social trust has a significant correlation to self-rated health. The controlled variables in the study include: sex, age, education, financial strain, marital relations and occupation. This suggests that social trust has an independent influence on self-rated health, which makes sense since social trust reflects a person's state of mind. Moreover the analysis showed that social relations, which is measured by contact with family and support level, has a significant correlation with self-rated health. This study likewise controlled the same variables mentioned above. The analysis lead to a new finding that different types of contact had different impacts on self-rated health: People who had contact with their families 1 to 2 times a week or a month, had a higher rating of self-health than people who saw their family every day. On the other hand, people who had contact with friends every day had a higher rating of self-health than people who saw their friends more infrequently. Lastly, people who had contact with friends over the internet had a higher self rating when this contact was not that often. Social relation's impact on self-rated health is complex and varies accordingly to the type of social relation in question. The general association with self-rated health could be explained with the extra resources and support social relations give to people. Furthermore the analysis showed a significant correlation between a person's involvement in the community and self-rated health. The controlled variables in the study again include: sex, age, education, financial strain, marital relations and occupation. This association could be explained by the fact that people who are involved in the community probably will be involved in many other things and they will meet people who support them.

The conclusion:

The conclusion is that the social capital of the natives in North Jutland has an impact on their self-rated health. All components of social capital has an influence on a person's view of his own health. Furthermore, the analysis showed that old women who are widows, with financial strain, no education and were early retirement pensioners, had a larger risk of poor self-rated health than young men in relationships, with no financial strain, high education and who were employed. Interestingly the analysis illustrated a complex influence from social relations. This difference in social relations could be explained accordingly to Putnam's theory about bonding and bridging social relations.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	11
PROBLEMFELT	11
SUNDHEDENS ROLLE I NUTIDENS DANSKE SAMFUND	11
<i>Sundhed i en velfærdsstat</i>	<i>12</i>
<i>Hvad er problemet?</i>	<i>13</i>
<i>Social ulighed i sundhed</i>	<i>14</i>
SOCIAL KAPITALS ROLLE I NUTIDENS DANSKE SAMFUND	16
SAMMENHÆNG MELLEM SUNDHED OG SOCIAL KAPITAL	16
<i>Social kapital som buffermekanisme</i>	<i>16</i>
<i>Social kapital som generativ mekanisme</i>	<i>17</i>
<i>"Hvordan har du det?" – en undersøgelse fra Region Nordjylland</i>	<i>21</i>
<i>Specialets relevans og formål</i>	<i>22</i>
PROBLEMFORMULERING	24
HYPOTESER:	24
DEN TEORETISKE RAMME	26
PIERRE BOURDIEU	26
<i>Kapitalbegrebet</i>	<i>26</i>
<i>Habitus – inkorporeret sundhedsveje</i>	<i>27</i>
<i>Social kapital – en ressource</i>	<i>28</i>
JAMES S. COLEMAN	29
<i>Social kapital – ressource i sociale forbindelser</i>	<i>29</i>
<i>Former for social kapital</i>	<i>30</i>
<i>Social kapital – et biprodukt</i>	<i>32</i>
<i>Social kapitals funktion</i>	<i>32</i>
ROBERT D. PUTNAM	33
<i>Putnams definition af social kapital</i>	<i>35</i>
<i>Tillidsaspektet</i>	<i>35</i>
<i>Social kapital – Bridging & bonding</i>	<i>36</i>
THE DARK SIDE OF SOCIAL CAPITAL	38
TEORIOPSAMLING – TEORIERNES RELEVANS	38
<i>Fælles tanker om social kapital</i>	<i>39</i>
<i>Forskellige betragtninger og måleniveau</i>	<i>39</i>
<i>Teoriernes relevans</i>	<i>40</i>
FORSKNINGSDESIGN	41
VIDENSKABSTEORETISK PERSPEKTIV	42
METODE	44
VALGET AF METODE	44
POPULATIONEN	44
DET EMPIRISKE GRUNDLAG – SUNDHEDSPROFILUNDERSØGELSEN 2010	45
<i>Hvorfor denne undersøgelse?</i>	<i>45</i>
<i>Repræsentativitet og bortfald</i>	<i>46</i>
STATISTISK METODE	47

Social kapitals betydning for sundhed

<i>Deskriptiv databehandling</i>	47
<i>Multipel logistisk regression</i>	48
<i>Problematikker i databehandlingen</i>	50
ETISKE OVERVEJELSER	50
VURDERING AF GYLDIGHED OG PÅLIDELIGHED	51
OPERATIONALISERING	52
SOCIAL KAPITALS MÅLENIVEAU	52
OPERATIONALISERING AF SOCIAL KAPITAL	53
<i>Tillid</i>	54
<i>Sociale relationer</i>	56
OPERATIONALISERING AF SELVVURDERET HELBRED	60
<i>Selvvurderet helbred</i>	60
OPERATIONALISERING AF RELEVANTE VARIABLE OG BAGGRUNDSVARIABLE	61
ANALYSESTRATEGI	62
PRÆSENTATION AF ANALYSE	63
RESPONDENTBESKRIVELSE.....	63
DESKRIPTIVE INDIKATIONER.....	66
PRÆSENTATION AF LOGISTISK REGRESSIONSMODELLER	66
<i>Fortolkningsproblemer</i>	68
ANALYSEDEL I – TILLID	69
PERSONLIG TILLIDS BETYDNING FOR SELVVURDERET HELBRED	70
<i>Logistisk regression – Personlig tillid</i>	70
DEN GENERALISEREDE TILLIDS BETYDNING FOR SELVVURDERET HELBRED	75
<i>Logistisk regression – Generaliseret tillid</i>	75
INSTITUTIONEL TILLIDS BETYDNING FOR SELVVURDERET HELBRED	78
<i>Logistisk regression – Institutionel tillid</i>	78
INTERAKTIONSSAMMENHÆNGE.....	82
DELKONKLUSION – TILLID	84
ANALYSEDEL II – SOCIALE RELATIONER	86
SOCIALE RELATIONERS BETYDNING FOR SELVVURDERET HELBRED	86
<i>Logistisk regression – Sociale relationer</i>	86
KVALITETEN AF SOCIALE RELATIONERS BETYDNING FOR SELVVURDERET HELBRED	92
<i>Logistisk regression – Sociale relationers kvalitet</i>	92
DEN STRUKTURELLE DEL VS. KVALITETEN AF SOCIALE RELATIONER.....	95
INTERAKTIONSSAMMENHÆNGE.....	97
DELKONKLUSION – SOCIALE RELATIONER	99
ANALYSEDEL III – ENGAGEMENT I LOKALSAMFUNDET	101
ENGAGEMENT I LOKALSAMFUNDETS BETYDNING FOR SELVVURDERET HELBRED	101
<i>Logistisk regression – Engagement i lokalsamfundet</i>	101
DELKONKLUSION – ENGAGEMENT I LOKALSAMFUNDET	105
OPSAMLING – SOCIAL KAPITALS SAMMENHÆNG MED SELVVURDERET HELBRED	106
KONKLUSION	108
TABEL- OG FIGURLISTE	110

Social kapitals betydning for sundhed

TABELLER:	110
FIGURER:	110
LITTERATUR	111
BØGER:	111
ARTIKLER:	112
INTERNET:	113
BILAG	115
BILAG 1: BESKRIVELSE AF SUNDHEDSPROFIL FRA REGION NORDJYLLAND 2007	115
BILAG 2: STIKPRØVESTØRRELSER I KOMMUNERNE I REGION NORDJYLLAND	115
BILAG 3:	116
<i>Chi²-test</i>	116
<i>Gamma-test</i>	116
BILAG 4: OPERATIONALISERING AF ØVRIGE VARIABLE	116
BILAG 5: KRYDSTABELLER AF TILLID	119
BILAG 6: KRYDSTABELLER AF SOCIALE RELATIONER	120
BILAG 7: KRYDSTABELLER AF ENGAGEMENT I LOKALSAMFUNDET	120
BILAG 8: LOGISTISK REGRESSION AF ETNICITET OG SELVVURDERET HELBRED	121
APPENDIKS:	123

Indledning

"To make things happen, people often prefer to bypass the formal system and talk to people that they know. Calling on trusted friends, family or acquaintances is much less stressful than dealing with bureaucracies, and it usually seems to work faster and often produces a better outcome" (Field 2003:2).

Vi har alle brug for, at der er nogle mennesker i vores liv, der hjælper og støtter os, når der er brug for det. Ellers kan livet på mange måder ende som en sej og ensom kamp. Sociale relationer, som venner, familie mm. er en central del af de fleste folks liv, og derfor kan de også have en stor betydning for, hvordan man har det. Skulle sygdom ramme, så er man ikke 100 % afhængig af systemet, men i stedet har man sociale relationer, der støtter en til at kunne komme igennem det meste. Denne tillid til sociale relationer (og andre mennesker) skaber et mindre stresset liv og i mange tilfælde også et sundere liv for den enkelte.

Problemfelt

Sundhedens rolle i nutidens danske samfund

Vi lever i et samfund med stor fokus på sundhed. Vi bliver i medierne konstant mindet om, at vi skal spise sundt og dyrke motion for at få bedre livskvalitet og leve længere: *"Det kan godt betale sig at erstatte den blege mad med grove varianter. Små forandringer i din livsstil gør en stor forskel. [...] og så kan kostfibre beskytte mod flere former for kræft"* (BT.dk 11.04.2011). Der er større fokus på, at borgerne skal hjælpes og påvirkes til at blive mere sunde, hvilket for eksempel ses i initiativet med sundhedscafeer: *"I sundhedscaféerne kan gæsterne få målt deres body age på en speciel vægt, ligesom de kan komme til en samtale om sundhed og livsstil med en sygeplejerske"* (Lokalavisen Århus Syd 12.04.2011). Der iværksættes således indsatser for at nå ud til alle i befolkningen og fortælle, hvor vigtig sundhed er. *"38 slanke-trick der duer"* (BT.dk 12.04.2011). Dette er en overskrift i BT, hvori der beskrives, hvordan du på en sund måde kan blive slank. Der er mange gode råd i medierne, når det kommer til sundhed og fedme. Udover selve kosten fokuseres der også utrolig meget på motion i medierne: *"Løb dig fra depression"* (Løb Nu, d.09.06.2010). I denne artikel beskrives fordelene ved motion især løb, som kan modvirke depression eller andre psykiske lidelser. Endvidere er der også et stort fokus på sundhed fra politikernes side, hvor det ofte bliver nævnt, hvor vigtigt det er at satse på sundhed for det danske samfund. I Regeringens sundhedsprogram *Sund hele livet* fra 2002-2010 lægges der bl.a. vægt på, at middellevetiden skal

øges markant og fokus på, hvorledes arbejdspladsen skal være med til at forbedre danskernes sundhed (Regeringen 2002). Herved er der blevet lavet forskellige sundhedspolitikker, idet interessen for sundhed på arbejdspladserne er blevet større. Disse politikker omhandler ofte rygning, alkohol, sund kantinemad, fysisk aktivitet mm. (Ncsa.dk). I henhold til Regeringens sundhedsprogram trådte en ny sundhedslov i kraft i 2007, hvori kommunerne er blevet hovedansvarlige for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne. Regionerne er i den forbindelse forpligtet til at bidrage med rådgivning til kommunerne (Sundhedsloven 2005). I kraft af denne sundhedslov har Region Nordjylland i både 2007 og 2010 lavet en sundhedsprofilundersøgelse, som skal være med til at danne rammerne om de nordjyske kommuners sundhedspolitikker i forhold til at forebygge og fremme sundhed (Rasmussen et al. 2007 & Pedersen et al. 2010). I forlængelse af den politiske agenda eksisterer der således også meget videnskabelig forskning på området, bl.a. er der de nationale og regionale sundhedsprofiler, hvilket giver en basis for mere viden om sundhed end nogensinde før. Udover vi i Danmark bliver bombarderet med sundhedsinformationer og politiske tiltag, er selve fundamentet for samfundet bygget op omkring et velfærdssystem.

Sundhed i en velfærdsstat

Den danske velfærdsstat bygger bl.a. på et gratis og frit sundhedssystem. Det danske sundhedsvæsen blev for alvor grundlagt efter anden verdenskrig og er blevet udbygget lige siden, især i 1960'erne og 1970'erne. Den grundlæggende målsætning med velfærdsstaten i forhold til sundhed er, at alle borgere skal have lige adgang til behandling (Højrup & Juul Jensen 2010:17). Folks sundhed er således blevet en samfundsmæssig praksis, hvor sundhedsprofessionelle samarbejder med borgere om at opnå samme mål, om at folk skal have et sundt liv. Sundhedsvæsenet skal herved også bidrage til at "[...] *danne borgerne til at tage ansvar for sundheden* [...]" (Højrup & Juul Jensen 2010:18). I 1990'erne skete der en politisk drejning, hvor den økonomiske globalisering blev mere fremtrædende, og der blev fokus på konkurrence. Samtidig blev det diskuteret, om velfærdsstaten var med til at skabe en "freerider-tilstand", hvor nogle folk kunne udnytte systemet (Højrup & Juul Jensen 2010:19). Fokus er således også blevet rettet mod individualisering og privatisering. Argumentet for denne neoliberalistiske tankegang er, at en forstærket konkurrence er med til at forbedre effektiviteten indenfor sundhed (Højrup & Juul Jensen 2010:23). På trods af mere fokus på konkurrence og privatisering så består den danske velfærdsstat stadig af et frit og gratis sundhedssystem for alle, hvilket er en unik gode ved at leve i et land som Danmark.

Hvad er problemet?

Der er således mange årsager til, at vi danskere burde leve sundere og være sundere. Vi bliver, som nævnt ovenfor, fyldt med informationer fra medierne og politikkerne om, hvordan vi lever sundere. Derudover har vi ligeledes et gratis sundhedssystem, der kan hjælpe os, hvis der er brug for det. Dog opstår en problematik, når vi samtidig ser i medierne, at flere og flere bliver overvægtige og flere og flere dør af hjertekarsygdomme. I en artikel i Jyllandsposten hedder overskriften ”Hvorfor er vi så fede?” (Jyllandsposten 14.04.2011). Heri fortælles, hvorledes undersøgelser viser, at vi danskere bare bliver federe og federe. Endvidere fremhæves sundhedsproblemer også i videnskabelige undersøgelser. *Den Nationale Sundhedsprofil* beskriver et stigende problem med fedme i Danmark. Det er blevet kortlagt, at 47 % af den danske befolkning er overvægtige, herved ses det, at Region Nordjylland topper med 51 % overvægtige (Juel et al. 2011:5). Endvidere er der forskning, der viser en stigning i stress og psykiske lidelser. Dette gør sig gældende i *Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne* (SUSY undersøgelserne), hvori den danske befolknings sundhed og sygelighedstilstand belyses (Ekholm et al. 2006). Der fremhæves at andelen af den voksne befolkning, der ofte føler sig stresset er steget fra 5,8 % til 8,7 % i 2005. Ydermere betones det, at i perioden fra 1994 til 2005 er andelen, der har et godt psykisk velbefindende steget hos de ældre, men faldet hos de unge (Ekholm et al. 2006:10). Derudover fremhæves det i samme undersøgelse ligeledes, som hos *Den Nationale Sundhedsprofil*, at andelen af svært overvægtige (BMI over 30) er stærkt stigende. Herved ses der en stigning fra 5,5 % i 1987 til 11,4 % i 2005 (Ekholm et al. 2006:12). Nogle andre fremtrædende sundhedsrisici er rygning, fysisk inaktivitet, alkohol og usund kost. Disse gør sig gældende i undersøgelsen *Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark* fra SIF¹, hvor forskellige risikofaktorer for folkesundheden i Danmark bliver beskrevet. Denne undersøgelse påpeger, at rygning, fysisk inaktivitet og usund kost har en stor betydning for både mænd og kvinders folkesundhed, hvor især alkohol har en stor betydning for mænds folkesundhed (Juel et al. 2006:17).

Det hænger således ikke umiddelbart sammen, at vi gennem medierne og politikkerne bliver oplyst omkring, hvordan vi skal leve sundere, og at vi lever i en velfærdsstat, hvor sundhedssystemet er lige og gratis for alle, mens mange undersøgelser stadig viser store problemer med den danske befolknings sundhed. Der må umiddelbart være nogle andre mekanismer, der besværliggør danskernes sundhed.

¹ Statens Institut for Folkesundhed

² Socialforskningsinstituttet i København

³ Se en kort beskrivelse af sundhedsundersøgelsen fra 2007 i Bilag 1.

Social ulighed i sundhed

Danmark er umiddelbart et af de lande i verden, der har mest lighed, når det kommer til velfærdsgoder. Sundhedssystemet er gratis, så der burde umiddelbart ikke være en forskel på, hvem der er sunde og syge i forhold til økonomiske årsager. Der er dog noget, der tyder på, at sociale aspekter har indflydelse på, om folk er mere usunde eller har dårligere helbred.

Inden for forskningen understreges netop social ulighed som en vigtig faktor for at forstå udfordringerne inden for sundhed. I et arbejdspapir fra SFI² beskriver Niels Rasmussen, hvordan social arv og social ulighed medfører forskelle i dødelighed, sygdom og livskvalitet. Dette udleder han af forskellige sundhedsstatistikker og middellevetidsundersøgelser. Der skildres således, hvordan det er vigtigt at inddrage sociale forskelle som for eksempel social arv for at forstå udviklingen inden for social ulighed i sundhed (Rasmussen 1999:1). Her beskrives, at mange gode eller dårlige vaner (sundhedsvaner) forankres i forældrenes, familiens og nære sociale grupper påvirkning (Rasmussen 1999:5). De sundhedsvaner mennesker tilegner sig som barn har således betydning for, hvordan disse menneskers sundhed og helbred bliver som voksen.

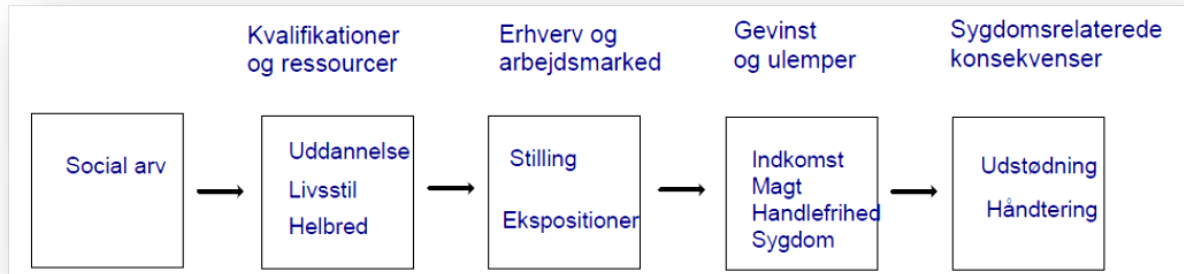
Endvidere har social arv også indflydelse på uddannelse, som påvirker de levevilkår mennesker vokser op og lever under og derigennem deres ressourcer, handle- og valgmuligheder: *"Det er vist at uddannelses "valget" er stærkt afhængig af forældres egen uddannelse og sociale placering. Denne sociale arv spiller således ind på mulighederne for at vælge eller skaffe sig de levekår, der på ethvert givet tidspunkt betragtes som attraktive. I en sundhedsorienteret tid vil det sige levekår, der ikke er helbredsnedbrydende"* (Rasmussen 1999:5). Social arv spiller herved umiddelbart en rolle i både sundhed og sygdom.

Niels Rasmussen fra SFI har opstillet en model, som viser nogle af de sociale mekanismer, som gør sig gældende. Han har opbygget denne model ud fra forskellige undersøgelser, som han beskriver i sit arbejdspapir. Han kommer frem til, at det sådan set er alle samfundssektorer, der kan bidrage til en reduktion af forskelle i sundhed og livsstil (Rasmussen 1999:6).

² Socialforskningsinstituttet i København

Figur 1:

Trin i produktionen af sociale forskelle i sundhed og sygelighed



(Kilde: Rasmussen 1999:6)

I figuren ses det, at social arv påvirker en persons uddannelse og derigennem personens ressourcer og handlemuligheder, hvilket senere har en effekt på typen af stilling og arbejde, personen får. Typen af arbejde har så videre indflydelse på indkomst og sygdom, eksempelvis i situationer, hvor personen bliver belastet fysisk og psykisk på arbejdet. Dette har i sidste ende konsekvenser i forhold til sygdom og sundhed, hvilket kan betyde fyring fra arbejde, og dermed bliver personen yderligere udsat. Disse sociale mekanismer har herved stor betydning for det aktuelle sygdomsmønster i Danmark. De uhensigtsmæssige sundhedsvaner hos unge eller børn afspejler således ofte de sundhedsvaner, som ses hos forældrene eller kammeraterne (Rasmussen 1999:6). I bogen *Klinisk Socialmedicin*, i kapitlet om social ulighed i sundhed, understreges ligeledes, at: "De forskellige sociale gruppers levevilkår og livsbetingelser giver forskellige risici for udvikling af sygdom og sundhed" (Kjøller & Rasmussen 2004:26). Det fremhæves herved, at social ulighed i sundhed skabes og fastholdes i et livsforløb, hvilket medfører yderligere udfordringer inden for indsatsen mod at forbedre danskernes sundhed.

Sociale aspekter kan påvirke vores sundhed, hvilket netop medfører, at vi som samfund ikke kan få sundere mennesker uden at skulle tage højde for sociale påvirkninger. Hvordan kan det danske samfund så overhovedet gøre en indsats for at få borgere med bedre sundhed, når det ikke er nok med gratis sygehus, læge og det brede udbud af sundhedsmæssige informationer? Det kræver bl.a., at folk tager informationerne til sig. Hvis man skal starte med at forstå sundhedsproblemer skal man således forstå, at det er en kompleks problemstilling, der arbejdes med, og at flere forskellige ting påvirker en persons sundhed og vaner, heriblandt social ulighed. Det er herved vigtigt at forstå, at mange faktorer spiller ind, når det kommer til forskelle i sundhed. Der er forhold

som type af arbejde, boligforhold, økonomisk begrænsning mm. Med disse forhold in mente er det dog tydeligt, at sundhed og livsstil ikke ændres med informationer og viden alene.

Social capitals rolle i nutidens danske samfund

Social kapital er et begreb, som i de seneste år har fundet mere plads i den sociale forskning (Halpern 2005:8, Poortinga 2006, Field 2003:1). Social kapital kan være med til at belyse, hvilke sociale processer der gør sig gældende inden for den sociale ulighed i sundhed (Pilkington 2002:156). Den sociale kapital kan således siges at være en betydningsfuld faktor i forhold til social ulighed i sundhed. Det er ikke kun inden for sundhed, at social kapital er fremtrædende, men også på mange andre områder, og begrebet eksisterer inden for mange forskellige grene af forskning. Der er derfor mange forskellige definitioner og beskrivelser af, hvad social kapital er. En fælles forståelse kunne være, "[...] *at sociale netværk har værdi, og at sociale relationer kan betragtes som en form for kapital, hvorfor mennesker kan få udbytte af at indgå i netværk af sociale relationer*" (Hegedahl & Rosenmeier 2007:10). En anden bred forståelse af social kapital er, at det skal ses som ressourcer, der ligger i et netværkssamarbejde baseret på regelmæssig personlig kontakt og tillid (Svendsen & Svendsen 2006:24). Tillid spiller i denne forbindelse også en rolle i forhold til at forstå social kapital. Dette gælder tilliden mellem andre mennesker og tilliden til de forskellige institutioner i samfundet. Fokuseres der på social kapital på meso- eller makroniveau understreges især sociale relationer som en vigtig indikator (f.eks. Robert Putnam 1993 og 2000).

En måde hvorpå social ulighed kan undersøges er i forhold til menneskers sociale kapital, og hvilken betydning denne kapital har for forskellige aspekter ved livet, såsom sundhed.

Sammenhæng mellem sundhed og social kapital

Sammenhængen mellem social kapital og sundhed fremtræder i mange videnskabelige undersøgelser og mange nye undersøgelser fremhæver mere og mere social capitals rolle i forhold til sundhed (Lindström 2003, Rose 2000, Holstein et al. 2007, Lochner et al. 1999). Social capitals effekt på individers sundhed kan i mange tilfælde opsummeres under to forskellige mekanismer. Den ene er en buffermekanisme, hvor den sociale kapital virker som en beskyttelsesmekanisme for individets helbred. Den anden måde er en generativ mekanisme, hvor den sociale kapital virker fremmende for individets sundhed (Holstein et al 1997:116-117).

Social kapital som buffermekanisme

I sundhedsforskningen er det flere steder blevet påpeget at sociale relationer har en slags beskyttende effekt over for individers modgang i livet (Halpern 2005:76). I international forskning

fremhæves bl.a., at social kapital har en beskyttende effekt på individers depression og stress (Kawachi & Berkman 2001:461). Her forklares det, hvorledes sociale relationer kan have en slags beskyttende effekt på depressive symptomer og stress. Denne buffermekanisme kan herved være med til at beskytte individer ved hjælp af sociale relationer og netværk i forhold til mulige sundhedsrisici. Dette gør sig også gældende for stress (Halpern 2005:77), selvvurderet helbred (Rose 2000) og følelsesmæssigt helbred (Rose 2000, Halpern 2005:77). Denne beskyttende effekt bliver også påpeget i en dansk kontekst. I en skolebørnsundersøgelse lavet af bl.a. Bjørn Holstein blev sociale relationers betydning for børns sundhed analyseret (Holstein et al. 2007). Her var resultatet, at skoler med høj social sammenhængskraft kunne give eleverne en beskyttelse mod de belastninger, der ofte opstår i kraft af en families sociale status. Undersøgelsen viste nemlig, at socialt dårligt stillede børn bl.a. manglede støtte fra deres forældre til skolerelaterede ting (Due et al. 2007:148). Endvidere blev det påpeget, at børn med dårlige sociale relationer til deres familie, venner, lærere og skole havde op til 5 gange større risiko for at have fysiske og psykiske symptomer end børn med gode sociale relationer (Due et al. 2007:147). Med dette in mente kan social kapital være en beskyttelsesmekanisme for elever, der kommer fra ikke så ressourcestærke familier. Der er således flere sundhedsundersøgelser, der har betonet en sammenhæng mellem social kapital og sundhed i forhold til at have en beskyttende effekt for sundhed. Social kapital kan herved udgøre en buffer imod tilværelsens belastninger for individet. Denne buffer kan optræde, som nævnt i de tidligere undersøgelser, på flere forskellige niveauer. Sociale relationer kan eksempelvis beskytte et individ imod arbejdsløshed, da individet kan bruge sit netværk til at få job samt til at beholde sit job. Derudover kan netværk beskytte individet ved praktisk og økonomisk støtte for derved at forebygge problemer (Holstein et al. 1997:117).

Social kapital som generativ mekanisme

Inden for forskningen ses ligeledes en generativ effekt ved social kapital. Her tænkes eksempelvis, at den generative effekt ved social kapital kan forbedre individers sundhedstilstand ved, at social netværk eksempelvis kan muliggøre handlinger, som ellers ikke var mulige for individet uden sin sociale kapital. Det kan forstås således, at social kapital er en ressource, som giver et individ ekstra hjælp i bestræbelserne på at holde sig sund. Denne generative effekt påpeges ligeledes som værende en vigtig kanal til at sprede sundhedsinformationer om, hvad der er "good practice" i forhold til sund adfærd og livsstil (Halpern 2005:94). Det kunne eksempelvis være naboer eller kollegaer, der deler sunde madopskrifter. På den anden side kan sociale relationer også fastholde individet i sundhedsrisici, eksempelvis i forhold til alkoholindtag og rygning. Det kan således betyde at individer eller grupper, som er en del af et netværk kan få adgang til bestemte ressourcer, som

de måske ellers ikke ville have tilgang til. Social kapital kan herved være med til at udbrede sundhedsinformationer. Endvidere kan et samfund med en høj grad af social kapital effektivt foretage social kontrol over forskellige former for risikoadfærd (Kawachi & Berkman 2000:184, Lindstöm 2003).

Der er således, på samme måde som social ulighed, kommet mere forskning, der peger på en sammenhæng mellem social kapital og sundhed. Der er i de seneste år inden for international forskning i folkesundhed kommet stort fokus på social kapital som en medierende faktor af væsentlig betydning for menneskers sundhed og trivsel. Dette gælder især på lokalsamfundsniveau (Hegedahl & Rosenmeier 2007:37). I denne sammenhæng er der forskning, der er begyndt at fokusere på, at social kapital kan forklare forskelligheder i folkesundhed inden for forskellige geografiske områder (Lochner et al. 1999:259). I 1997 blev en undersøgelse af dødelighed i USA foretaget, hvori indikatorer for social kapital blev målt ud fra en spørgeskemaundersøgelse. De havde med udgangspunkt i Robert Putnams definition af social kapital spurgt til aktiviteter i forhold til frivilligt arbejde, tillid til andre, og om folk forventede, at andre mennesker ville hjælpe. Resultatet blev, at der var flere sammenhænge mellem indikatorerne for social kapital, hvorved hver indikator havde en stærk korrelation med staters dødelighedsrater. Endvidere fandt de bl.a. frem til i en regressionsanalyse, at et lavt niveau af tillid var forbundet med høje rater af de største dødsårsager, herunder hjertekarsygdom, ondartet svulst, slagtilfælde, utilsigtet skade og spædbørnsdødelighed (Lochner 1999:260). Der viste sig herved at være en sammenhæng mellem sundhed/sygdomme og social kapital, især i forhold til tillidsspørgsmålet. Denne undersøgelse blev undersøgt på et samfundsniveau. I undersøgelserne beskrevet i det følgende vil fokus være på undersøgelser på individniveau.

I en amerikansk undersøgelse af Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy og Roberta Glass (Kawachi et al. 1999:1188) analyseres social kapital og individuel selvvurderet helbred i en kontekstuel analyse. Undersøgelsen bygger på data fra en repræsentativ telefonspørgeskemaundersøgelse, hvor tilfældige telefonnumre er blevet ringet op. Endvidere er der blevet kontrolleret for faktorer på individ-niveau ud fra indkomst, race, sygeforsikring og livsstilsvaner. De måler social kapital ud fra generaliseret tillid (stoler på andre mennesker), reciprocitet og frivillig aktivitet i lokalsamfundet. Der er ud fra indsamlet data arbejdet med odds ratio, og resultatet var, at social kapital havde en sammenhæng med selvvurderet helbred. Eksempelvis havde de personer, der levede i en stat med lav tillid større odds for at have et dårligt selvvurderet helbred end personer, der levede i en stat med høj tillid. Kawachi mfl. forklarer sammenhængen mellem social kapital og selvvurderet helbred

ud fra, at de personer med lav social kapital bor i isolerede områder, hvor der er færre muligheder for at genopbygge lokale sociale relationer. Endvidere fremhæver de tre områder, hvorpå social kapital kan måles i forhold til selv vurderet helbred, hvis social kapital blev målt i forskellige nabolag i stedet for stater. Den første omhandler, at social kapital kan påvirke helbredsadfærd i nabolag ved at fremme/(promovere) hurtigere spredning af sundhedsinformationer. Det andet område er, at forøge sandsynligheden for, at personerne i nabolaget tager sundhedsadfærden til sig. Det tredje er at udøve social kontrol imod afvigende selv vurderet helbredsadfærd (Kawachi et al 1999:1190). Dette kunne eksempelvis være rygeforbud på offentlige områder, arbejdsplads eller lignende, hvor rygning bliver vurderet som en afvigende helbredsadfærd.

Ydermere var der i år 2000 en amerikansk undersøgelse, der vurderede den kontekstuelle og individuelle effekt af social tillid i forhold til sundhed (Subramanian et al 2002). Her blev der lavet en multilevel regressions analyse af dårligt selv vurderet helbred ud fra telefoninterviews. Her blev social kapital målt ud fra social tillid på samfunds niveau (community-level). Individuel tillid blev målt ud fra mange spørgsmål bl.a., om "man kan stole på de fleste mennesker", og en samlet skala var målet for den overordnede tillid. Resultatet var, at der var en signifikant sammenhæng mellem social tillid og selv vurderet helbred, og dette gjorde sig ligeledes gældende efter, at der var blevet kontrolleret for individuelle demografiske og socioøkonomiske variable. Dog fandt de en forskel i forhold til, om der er tale om individuel tillid eller samfunds niveau (community-level) tillid. Sammenhængen mellem den overordnede tillid forsvinder, når der kontrolleres for den individuelle, hvilket kan betyde, at der er en kompleks sammenhæng på spil.

En anden sundhedsundersøgelse, fra England, bruger interviewdata til at belyse sammenhængen mellem social kapital og selv vurderet helbred, hvor der kontrolleres for sundhedsvanerne *rygning*, *alkohol* og *frugt/grønt indtag*. Undersøgelsen er lavet af Wouter Poortinga, og han beskriver resultaterne i artiklen "*Do health behaviors mediate the association between social capital and health?*" (Poortinga 2006). Han fremhæver heri stigende bevis for, at social kapital er vigtig for folks sundhed og helbred. Social kapital måles ud fra spørgsmålet omkring generaliseret tillid, social støtte og aktiv deltagelse i lokalsamfundet. Resultatet af undersøgelsen viser, at social kapital har en sammenhæng med selv vurderet helbred og de andre sundhedsvaner. Sammenhængen mellem social kapital og selv vurderet helbred bliver dog ikke påvirket af sundhedsvanerne efter en elaborering af dem. Generelt var resultaterne fra undersøgelsen at de ældre og de inaktive persongrupper havde større sandsynlighed for at rapportere dårligt selv vurderet helbred. Endvidere havde faglærte og ufaglærte større sandsynlighed for at rapportere dårligt selv vurderet helbred end

personer med mellemlang til lang uddannelse. Med henblik på social kapital så var de personer med mindst sandsynlighed for at have et dårligt helbred, dem som havde meget støtte, høj tillid og enten var moderat aktiv eller meget aktiv i lokalsamfundet. Der blev dog ikke fundet meget støtte til hypotesen om, at sundhedsvanerne var medierende for sammenhængen mellem social kapital og selvvurderet helbred.

Derudover er der også lavet lignende undersøgelser og rapporter i en dansk kontekst. I en undersøgelse af Kirsten Avlund, Mogens T. Damsgaard og Bjørn E. Holstein belyses sociale relationers sammenhæng med dødelighed i Danmark (Avlund et al. 1998). Dette var et forløbsstudie, hvor de undersøgte, hvorledes 70-årige mænd og kvinders sociale relationer havde en betydning for deres dødelighed 11 år efter, hvilket var forløbsperioden. Resultatet var, at der var en selvstændig sammenhæng mellem sociale relationer og dødelighed. Det viste sig, at mænd som boede alene og som ikke hjalp andre med praktiske gøremål havde signifikant større risiko for at dø i løbet af opfølgingsperioden. Endvidere havde kvinder uden social støtte stor risiko for at dø i løbet af opfølgingsperioden. Undersøgelsen fremhævede tre resultater, hvor det ene var, at der var en sammenhæng mellem sociale relationer og dødelighed. Det andet var, at der var to aspekter ved funktionen af sociale relationer, der havde betydning: at modtage støtte og at hjælpe andre med forskellige gøremål. Det tredje resultat var, at sociale relationer havde forskellige funktioner for mænd og kvinder (Avlund et al. 1998:635). Endvidere fremhæver rapporten "*Sundhed og sygelighed i Danmark og udviklingen siden 1987*" fra Statens Institut for Folkesundhed sociale relationers betydning i forhold til sundhed (Ekholm et al 2006). Rapporten bygger på en national sundheds og sygelighedsundersøgelse (SUSY-undersøgelserne) i Danmark. Dataindsamlingen har været både interviews og spørgeskema. Sociale relationer måles bl.a. ud fra spørgsmål omhandlende, hvorvidt folk regner med at få hjælp, hvis de bliver syge, og om de på noget tidspunkt lever alene uønsket. Undersøgelsen kommer frem til, at der er en sammenhæng mellem sociale relationer og selvvurderet helbred. Af de personer der regner med at få hjælp, når de er syge, er der flere, der har et godt selvvurderet helbred end hos de personer, der ikke regner med at få hjælp (Ekholm et al. 2006:247). Sammenhængene forklares ved, at sociale relationer har en mekanisme, der bevirker, at folk enten ikke bliver nær så syge, eller hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere. De påpeger, at der hvert år er 1000-1500 dødsfald, der er relateret til svage sociale relationer. Endvidere betoner de statistik, der viser, at mænd med svage sociale relationer dør tre år for tidligt, og kvinder med svage sociale relationer dør to år for tidligt. I denne rapport begrundes sammenhængen med to overordnede mekanismer: Buffermekanisme og en direkte effekt. De øvrige internationale undersøgelser fremhævede især betydningen af tillid i forhold til sundhed og

selvvurderet helbred. De danske undersøgelser påpeger til gengæld, at sociale relationer har en betydning for menneskers selvvurderede helbred.

Der vil i det følgende afsnit redegøres for, hvorledes en sammenhæng mellem social kapital og sundhed kan undersøges empirisk.

"Hvordan har du det?" – en undersøgelse fra Region Nordjylland

Der er således indikationer på, at der er en sammenhæng mellem sundhed og social kapital. Derved er det interessant at tage fat på en nyligt færdiggjort sundhedsprofilundersøgelse af Region Nordjylland fra 2010 for netop at undersøge, hvorvidt denne sammenhæng gør sig gældende.

I 2010 færdiggjorde Region Nordjylland en omfattende spørgeskemaundersøgelse af borgerne i Region Nordjylland i forhold til deres trivsel, sundhed og sygdom. Undersøgelsen blev lavet ved en repræsentativ stikprøve på 35.700 nordjyder, hvor 65,5 procent svarede, hvilket vil sige, at 23.392 nordjyder svarede på spørgeskemaet. Der er ud fra denne undersøgelse lavet en sundhedsprofil, der belyser sundhedsforholdene i Region Nordjylland. Baggrunden for sundhedsprofilundersøgelsen er:

"[...] at der er indgået en national aftale i regi af Styregruppen for det Tværoffentlige Samarbejde i Danmark (STS-aftalen), som blandt andet består af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner. Aftalen indebærer, at der skal gennemføres sundhedsprofilundersøgelser i Danmark på samme tid i hele landet. Undersøgelserne skal gennemføres hvert fjerde år, og der skal benyttes det samme standardspørgeskema i alle regioner" (Pedersen et al. 2010:16).

Undersøgelsen er herved en del af et større samarbejde, hvor viden om den danske sundhed er målet. I sundhedsprofilerne fokuseres der ligeledes på social ulighed og social kapital, da dette anses som relevant, i forhold til at belyse aspekter, som skaber udfordringer inden for sundhedsområdet. I denne sammenhæng beskrives også en politisk målsætning om at overvåge social ulighed i sundhed. Denne målsætning bygger på en lovpligtig sundhedsaftale mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland, hvor hovedmålet er at minimere den sociale ulighed i sundhed og samtidig få dannet socialt differentierede indsatser, som skal være med til at sikre en mere lige adgang til sundhedssystemets ydelser (Pedersen et al. 2010:12). Undersøgelsen bygger på, at der er en social ulighed i den nordjyske sundhed, hvilken skal holdes øje med og forsøges at

formindskes. I undersøgelsen sammenlignes nogle af resultaterne med sundhedsprofilen for 2007, hvor de lavede en lignende undersøgelse³. I forhold til social kapital er tilliden til andre mennesker bl.a. faldet. Et generelt mål, der bliver brugt for sundhed er selvvurderet helbred, hvilket de i sundhedsprofilen fremhæver som et godt og anerkendt overordnet mål for sundhed både i forhold til psykisk og fysisk sundhed/helbred, og både i danske såvel som internationale sundhedsundersøgelser (Pedersen et al. 2010, Ekholm et al. 2006). I en international artikel af Ellen L. Idler og Yael Benyamini diskuteres det, hvorvidt selvvurderet helbred kan være en indikator for dødelighed. Her påpeges, at selvvurderet helbred er en bedre indikator for sundhed end medicinaljournaler af selvrapporteret helbred (Idler & Benyamini 1997:21). Endvidere fremhæves fordelene ved at måle sundhed ud fra selvvurderet helbred således: *"Thus, self-ratings provide a simple, direct, and global way of capturing perceptions of health using criteria that are as broad and inclusive as the responding individual chooses to make them"* (Idler & Benyamini 1997:22). De vurderer samlet set, at selvvurderet helbred er en unik mulighed for at indsamle værdifulde data om sundhed (Idler & Benyamini 1997:34).

Med udgangspunkt i denne sundhedsundersøgelse har dette speciale til formål at frembringe viden om den sociale kapitals betydning for borgerne i Region Nordjyllands sundhed.

Specialets relevans og formål

Med udgangspunkt i at der er en sammenhæng mellem social kapital og sundhed, og at denne kan belyses ud fra sundhedsundersøgelsen fra Region Nordjylland 2010, vil specialets endelige formål, ambitioner og relevans nu blive gennemgået.

Der har inden for sundhedsforskning i mange år været tradition for at undersøge social uligheds betydning for sundhed, og der er fremkommet meget viden, der understreger social uligheds påvirkning på sundhed. Social kapital er derimod et relativt nyt begreb, og der er ikke mange sundhedsundersøgelser i Danmark, der har undersøgt social kapitals betydning for sundhed. Derudover er det valgte datasæt særlig velegnet til netop at kunne belyse denne betydning, da denne undersøgelse indeholder mange indikatorer til at måle social kapital. De fleste danske sundhedsundersøgelser måler kun sociale relationer og herved ikke tillid, jf. SUSY-undersøgelsen. Den nationale sundhedsprofil måler ligeledes udelukkende på sociale relationer. Derimod måler Region Nordjyllands sundhedsprofil social kapital i bred forstand, hvor både tillid og sociale relationer indgår. Set i et bredt perspektiv så spiller sundhed en stor rolle både i nutidens Danmark,

³ Se en kort beskrivelse af sundhedsundersøgelsen fra 2007 i Bilag 1.

men også for fremtidens Danmark. Det er vigtigt at undersøge så mange forskellige indvirkninger på sundhed som muligt, for på den måde at blive klogere på, hvordan sundheden kan forbedres i fremtiden. Fokus på sundhed er især relevant, når det viser sig, at problemerne inden for nogle sundhedsområder stiger. Social kapital har muligvis en betydning for sundhed, hvorfor det netop er interessant og relevant at belyse, hvorledes denne betydning gør sig gældende i denne kontekst. Derudover kunne det være relevant at belyse de forskellige komponenter ved social kapital og deres betydning, da det kan give et mere grundigt indblik i de mekanismer, der er i en mulig sammenhæng mellem social kapital og selv vurderet helbred.

Ud fra de førnævnte forskellige undersøgelser af social kapital og sundhed er der mange sundhedsaspekter, som kunne være interessante at undersøge, samt hvorledes social kapital har en betydning for disse aspekter. Her tænkes eksempelvis på sundhedsvaner, psykisk helbred og stress. For at finde et overordnet mål for disse aspekter anvendes i nærværende speciale selv vurderet helbred, da det både kan indfange fysisk såvel som psykisk helbred (Iversen et al. 2005:22, Pedersen et al. 2010, Ekholm et al. 2006). Endvidere er selv vurderet helbred et unikt mål for at indfange, hvordan folk selv oplever, at de har det (Idler & Benyamini 1997). Det måler herved ikke om de reelt har en sygdom eller ej. Det er op til personens egen vurdering, at bedømme om de har det godt, hvilket ofte er en reel og god indikator på deres generelle helbred, da "[...] *man skal huske at lytte til, hvad patienten selv siger om sit helbred*" (Iversen et al. 2005:22). Dette mål for sundhed bruges i mange sundhedsundersøgelser, ligeledes i Sundhedsprofilen 2010. Det kunne således være interessant og relevant at belyse om sammenhængen mellem social kapital og sundhed gør sig gældende i forhold til social kapital og selv vurderet helbred. Endvidere kunne det være væsentligt at undersøge en sådan sammenhæng med tanke på, at vi lever i et velfærdssamfund, som forventes at styrke vores sundhed og helbred.

Problemformulering

Med udgangspunkt i de ovenstående afsnit er problemstillingen nu indsnævret, og problemformuleringen lyder således:

Har social kapital betydning for nordjyders selv vurderet helbred?

Det vil blive undersøgt, om social kapital har en betydning for nordjyders selv vurderede helbred. Konteksten er den danske velfærdsstat, der i mange tilfælde agerer som nordjyders støtte og sikkerhedsnet. Ved brugen af ordet *nordjyder* refereres der til mennesker, der lever i Region Nordjylland. Ved betegnelsen *nordjyders selv vurderede helbred* menes der, hvordan nordjyder vurderer deres eget overordnede helbred. Med betegnelsen *social kapital* menes der i bred forstand sociale relationer, tillid og netværk. Det vil dog i det følgende teori- og metodeafsnit blive uddybet yderligere, hvordan social kapital forstås og måles i denne undersøgelse. Problemformuleringen vil forsøges besvaret ved hjælp af populationen fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?", som er blevet beskrevet i problemfeltet. Personerne i denne undersøgelse dækker et bredt og repræsentativt udsnit af nordjyder.

Til at hjælpe med at besvare problemformuleringen opstilles 3 hypoteser, som er inspireret af de tidligere undersøgelser, der er på området.

Hypoteser:

- 1. Nordjyder med lav tillid har i større grad et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder med høj tillid*
- 2. Nordjyder med få eller dårlige sociale relationer har i større grad et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder med mange eller gode sociale relationer*
- 3. Nordjyder med lidt/intet engagement i lokalsamfundet har i større grad et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder med stort engagement i lokalsamfundet*

For at kunne undersøge, hvorvidt social kapital har en betydning for selv vurderet helbred, er det relevant at analysere de forskellige aspekter af social kapital: tillid, sociale relationer og engagement i lokalsamfundet, for på den måde at belyse, hvilke dele af social kapital, der har en betydning for selv vurderet helbred. Med dette in mente vil det være muligt at kunne analysere, hvordan social kapital har en betydning for selv vurderet helbred, da delelementerne giver en mere konkret beskrivelse af mulige sammenhænge. Undersøgelsen bygger således på de tre ovenstående hypoteser, som tager udgangspunkt i hver sin del af social kapital: tillid, sociale

relationer og engagement i lokalsamfundet. Denne opdeling er både inspireret af teori og tidligere undersøgelser på området. I andre sundhedsundersøgelser er det blevet påpeget, at tillid har en betydning for selvvurderet helbred. Her tænkes bl.a. på undersøgelsen af Wouter Poortinga, hvor det blev fremhævet, at personer med lav generaliserede tillid havde større risiko for et dårligt selvvurderet helbred (Poortinga 2006). Endvidere er der undersøgelser, der påpeger sociale relationers sammenhæng med selvvurderet helbred. Dette er eksempelvis SUSY undersøgelsen fra 2006, hvor det blev understreget, at der er en signifikant sammenhæng med sociale relationer og selvvurderet helbred (Ekholm et al. 2006). Derudover forefindes undersøgelser, der betoner, at engagement i lokalsamfundet har betydning for selvvurderet helbred. Dette ses bl.a. i undersøgelsen af Poortinga, hvor det fremgår, at engagement i lokalsamfundet har en sammenhæng med selvvurderet helbred (Poortinga 2006). De forskellige hypoteser skulle således være med til at indfange social kapitals betydning for selvvurderet helbred.

Problemformuleringen vil blive analyseret ud fra et deduktivt perspektiv, hvor der ved hjælp af en forhåndsviden vil blive testet hypoteser, som kan være med til at besvare problemformuleringen. Disse hypoteser vil gennem analysen blive testet gennem den valgte empiri. Selvom specialet overvejende er deduktivt, er der ligeledes en åbenhed over for eventuelle eksplorative fund i analysen. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at de valgte variable vil blive analyseret blokvist, hvor først vil den forventede sammenhæng blive testet, og herefter kontrolleres der for andre variable i to blokke for på eksplorativ vis at kunne tyde andre mulige sammenhænge. Som det ses i problemformuleringen, er der fokus på nordjyder, hvilket betyder, at alle andre regioner i Danmark er blevet afgrænset væk. Derudover er sundhed afgrænset til at handle om selvvurderet helbred, i kraft af at det er borgernes egne beskrivelser af, hvordan de synes deres helbred er alt i alt.

I det følgende kapitel anskueliggøres den valgte teoretiske ramme, som ligger til grund for begrebet social kapital.

Den teoretiske ramme

I dette afsnit vil teorien for nærværende speciale blive gennemgået. I henhold til problemformuleringen er social kapital det begreb, som skal være med til at give en forklaring på forskelle i sundhed. Derfor er det vigtigt at få forståelsen af, hvor social kapital kommer fra, og hvordan dette begreb forstås og bruges. Jeg har med inspiration fra mange andre undersøgelser inden for området valgt at tage udgangspunkt i de tre store teoretikere, der har belyst begrebet social kapital; Pierre Bourdieu, James S. Coleman og Robert D. Putnam. Deres teorier er på en gang forskellige, men samtidig bygger de også på hinanden. De skal således danne grundlaget for den teoretiske grobund i forhold til social kapital.

Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu er en af de første teoretikere, der beskæftiger sig med begrebet social kapital. Derfor er det relevant at anvende Bourdieus teoretiske perspektiv for at få forståelsen for social kapital som begreb. Bourdieu beskriver første gang begrebet social kapital i sit værk *Distinktionen* (1979), hvori han gør op med, at baggrunden for menneskers handlerum i samfundet udelukkende betragtes ud fra økonomisk kapital. Derimod finder han det væsentlig at inddrage andre kapitalformer som forklaring.

Kapitalbegrebet

Pierre Bourdieu opererer med tre kapitalbegreber; økonomisk kapital, kulturel kapital og social kapital. Derudover fremhæves en fjerde kapital, symbolsk kapital, hvilket skal forstås som en slags samlet kapital (magtkapital): *"[...] symbolsk kapital, som er den form, hver af de tre basale kapitaltyper kan fremtræde i, når den filtreres gennem en perceptionsmatrice, der er indrettet i overensstemmelse med dens specifikke logik [...]"* (Bourdieu & Wacquant 2009:104). En person med høj symbolsk kapital, besidder således prestige, hvilket i mange tilfælde er en vigtig ressource at have. Disse fire kapitalformer er ifølge Bourdieu med til at kortlægge den sociale verdens praksis. De kan forstås som både at være materielle og immaterielle, hvorved de generelt forklares som ressourcer i et samfund (Hegedahl & Rosenmeier 2007:13). De fire kapitalformer betegner således de egenskaber/ressourcer, som mennesker i samfundet er i besiddelse af, og hvilket de kan profitere med i det sociale liv. Ydermere påpeger Bourdieu, at kapitaler skal kunne omsættes til de andre kapitalformer, hvorfor immaterielle kapitaler kan veksles til økonomisk kapital (Hegedahl &

Rosenmeier 2007:14). Kapitalerne har kun værdi, hvis det eksisterer i et *felt*⁴, hvor disse kapitaler kan bruges (Bourdieu & Wacquant 2009:86). Kapitalernes værdi er således afhængig af feltet, det indgår i og omvendt. Endvidere overføres agentens⁵ kapital ofte fra en generation til den næste, hvilket betyder, at kapitalbegrebet i høj grad er med til at beskrive en ulige adgang til disse ressourcer, der reproducerer og skaber bestemte magtformer i de sociale felter. Dette fremhæver videre, at en ressource som social kapital ligeledes kan hænge sammen med den sociale ulighed.

Inden selve social kapital begrebet uddybes i forhold til Bourdieus optik, vil et af hans andre fremtrædende begreber beskrives, nemlig habitus, da dette begreb også er relevant i forhold til at forstå borgers sundhed.

Habitus – inkorporeret sundhedsveje

Habitus er på mange måder det begreb, som bygger bro mellem begreberne felt og kapital. Bourdieu beskriver sammenhængen mellem felt og habitus ud fra relationen, at feltet strukturerer habitus, og habitus er med til at konstituere feltet som en verden, der giver mening og har værdi (Bourdieu & Wacquant 2009:112). Aktører bliver herved påvirket af de strukturer, som er i det givne felt for på den måde at internalisere de strukturer i deres habitus og dermed handle derudfra. Samtidig åbner Bourdieu op for forandring i forhold til konstitutionen af feltet og dets værdi, hvorfor habitus ikke udelukkende strukturerer menneskers handlemønstre men ligeledes giver muligheder: *"Det [habitus] er et historisk fænomen og som sådant et åbent system af holdninger, der hele tiden udsættes for nye erfaringer, som enten forstærker eller modificerer det. Habitus består af dybtgående og varige strukturerer, men de er ikke uforanderlige"* (Bourdieu & Wacquant 2009:118). Det er svært at ændre de strukturer, som er blevet inkorporeret i agents *praktiske sans*⁶, men idet det er et forholdsvis åbent system af holdninger, opstår muligheden for en modifikation af internaliseret handlemønstre. En agents habitus udvikler sig gennem hele livet i sammenhæng med, dens livsbetingelser ændrer sig. Dog bliver muligheden for forandring mindre, når agenterne kommer op i årene, eftersom *"[...] alle påvirkninger og formative erfaringer vil i det givne øjeblik blive struktureret og udlagt ifølge kategorier, der allerede eksisterer i kraft af tidligere påvirkninger og erfaringer"* (Bourdieu & Wacquant 2009:119). Efterhånden sker der således en forholdsvis lukning af de fundamentale strukturerer, hvorfor netop tidligere erfaringer får en større betydning for agenternes handlemønstre (habitus). Umiddelbart virker det til, at det især er i barndommen,

⁴ På analytisk plan definerer Bourdieu et felt som *"[...] et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner"* (Bourdieu & Wacquant 2009:84).

⁵ Bourdieu omtaler individer som "agenter".

⁶ Den praktiske sans er ifølge Bourdieu en kropsliggjort selvfølgelig måde at forholde sig til verden på, som er uden for bevidst refleksion (Bourdieu 2007:16).

Social capitals betydning for sundhed

muligheden for at "ændre" sin praktiske sans og handlemønster er størst. Jo ældre man bliver, jo mere tilvænnet er man med sine vaner og handlemønstre, hvilket gør det sværere, at ændre.

I relation til nordjydernes sundhed, spiller deres habitus helt sikkert også en rolle i forhold til deres holdning (selvvurdering) af egen sundhed herunder også, hvordan deres sundhedsvaner udspiller sig. Ud fra Bourdieus optik bliver det utrolig svært at ændre på borgernes sundhedsvaner, især hvis de er kommet op i årene. De praktikker, borgerne har internaliseret igennem livet, betyder meget i forhold til sundhed og holdningen til sundhed og helbred.

Social kapital – en ressource

Bourdieu forstår social kapital som en ressource, mennesker råder over gennem enten de nære eller mere løse forbindelser og netværk:

"Social kapital er summen af eksisterende eller potentielle ressourcer, den enkelte eller en gruppe har rådighed over i kraft af et netværk af stabile relationer og mere eller mindre officielt anerkendte "forbindelser", hvilket vil sige summen af den kapital og magt, der kan mobiliseres i kraft af et sådant netværk" (Bourdieu & Wacquant 2009:105).

Bourdieu beskriver herved social kapital som værende et hjælpemiddel individer kan have igennem de sociale relationer, de har. Social kapital er således en ressource, individer kan trække på igennem de netværk, de danner og har. Netværk kan skabes igennem flere forskellige omstændigheder, herunder påpeges det også, at det er muligt til en vis grad at arve social kapital i form af et prestigøst familienavn (Bourdieu 1986:249). Endvidere kan social kapital opnås igennem ægteskab eller medlemskab i en forening. Netværket består overordnet af formelle kontakter og uformelle kontakter som ægtefæller, venner mm. Den sociale kapital kan ligeledes omdannes til symbolsk kapital, hvis for eksempel agenten er medlem af en sjælden og prestigøst klub/forening.

Bourdieu fremhæver, at agenters sociale grupper forbindes af solidaritet mellem individerne med hensyn til at opnå profit. Her er der tale om profit i bred forstand og ikke kun økonomisk profit. Der kan herved være tale om et netværk, man kan trække på, hvis man bliver syg eller som kan fremme ens helbred på andre måder. Det bliver således profitten som medlemmer i gruppen opnår, der bliver eksistensgrundlaget for netværket (Bourdieu 1986:249). Målet med bestemte motionsklubber eller lignende er at få noget positivt ud af det og blive sundere. Social kapital kan således ifølge Bourdieu hjælpe folk med at opnå deres mål i dette tilfælde at undgå helbredsrisici.

Generelt forstår Bourdieu social kapital udelukkende som sociale relationer og herved ikke tillid. Endvidere er der tale om social kapital på individniveau, da netværket figurerer som en individuel ressource. Derudover vil social kapital give adgang til profit/goder fra netop disse netværk. Social kapital er i øvrigt også relateret til andre goder (økonomi, kultur).

I det følgende afsnit beskrives James S. Colemans forståelse og tilgang til begrebet social kapital. Her vil Colemans teori tydeliggøres med henblik på at belyse, hvilke mere konkrete ressourcer individet får igennem sin sociale kapital.

James S. Coleman

James S. Coleman (1926-1995) er en amerikansk sociolog, som arbejder videre på den, teori Pierre Bourdieu fremlagde omkring social capital. I Colemans værk "Foundations of Social theory" (1990) fremlægger han ligesom Bourdieu en kritik af den klassiske økonomiske rationelle handlingsteori. Han bevæger sig dog væk fra det deciderede mikro-niveau og hen på et mellemniveau (meso-niveau). Coleman forsøger at sammenkoble det sociale med økonomernes "kapital", hvorved der skabes en sammenhæng mellem økonomi og kultur (Svendsen & Svendsen 2006:37). Han vil herved forene det sociologiske perspektiv, som fremhæver socialiseringsprocesser, sociale normer og regler, der styrer menneskers handlinger, og det økonomiske perspektiv, som betoner selvstændige mennesker, hvor nyttemaksimering er styrende for individuelle handlinger (Hegedahl & Rosenmeier 2007:18). Coleman fremlagde et tilnærmelsesvis rational choice perspektiv, hvor mennesker anses som rationelle og egoistiske, og deres handlinger ses som et forsøg på at skabe egennytte. Han mener dog, i modsætning til økonomerne, at rationel handling til egennytte kan medføre skadelige tilstande for alle. Her inddrager han social kapital begrebet som en forklaring på, hvorfor sådanne skadelige tilstande ikke har domineret samfundet totalt (Hegedahl & Rosenmeier 2007:17).

Social kapital – ressource i sociale forbindelser

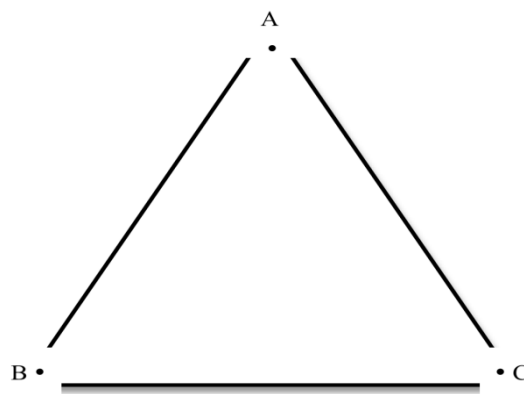
James Coleman betegner social kapital som sociale relationer, der kan konstituere en brugbar ressource for individet. Han opfatter ligeledes social kapital som havende forskellig værdi alt efter, hvilken situation det er i (Coleman 1990:302). Han definerer social kapital på følgende måde: "*[...] social capital inheres in the structure of relations between persons and among persons. It is lodged neither in individuals nor in physical implements of production*" (Coleman 1990:302). Social kapital ligger således udenfor individet, og det er afhængigt af strukturerne i de sociale relationer/forbindelser, som individet har. Dette medfører, at social organisering er det, der

Social kapitals betydning for sundhed

konstituerer den sociale kapital, og den sociale kapital afhænger derfor af denne organisering (Coleman 1990:304). Social kapital er således ikke en egenskab ved det enkelte individ, hvilket vil sige, at social kapital kan kun skabes mellem individer og ikke af det enkelte individ selv.

Til at forstå definitionen og funktionen af social kapital inddrager Coleman en sammenligning af social kapital og human kapital. I figur 2 nedenfor illustrerer Coleman, hvorledes human kapital er noget individet har, hvilket skal ses som prikkerne, og social kapital er de forbindelser mellem prikkerne, altså individerne. Ifølge Coleman komplementerer human kapital og social kapital ofte hinanden (Coleman 1990:303).

Figur 2:



Kilde: *Three-person structure: human capital in nodes and social capital in relations.* Coleman 1990:305.

Denne figur giver et billede af, hvorledes Coleman forstår social kapital i forhold til andre kapitalformer. Disse relationer mellem individerne bliver konstrueret eller forstærket i kraft af en struktur af forpligtelser, forventninger, ansvar, normer og sanktioner mellem individerne (Hegedahl & Rosenmeier 2007:19). Ifølge Coleman fokuseres der på, hvilket udbytte individerne kan få igennem disse sociale relationer.

Former for social kapital

Ifølge Coleman eksisterer social kapital i flere forskellige former for sociale strukturer, hvorved muligheden for at flere forskellige former for social kapital kan finde sted inden for samme struktur. For at belyse hvad det er ved sociale relationer (social kapital), som kan konstituere brugbare ressourcer for individer, skelner Coleman mellem tre forskellige former for social kapital. Disse tre former beskriver hvilke fordele, individet kan opnå ved at indgå i sociale relationer.

Den første form for social kapital bygger på forpligtelser, forventninger og troværdighed, og den findes i de sociale strukturer, hvor der er tjenester og tjenester, der tilbagebetales. Et eksempel herpå er, at hvis A gør B en tjeneste og stoler på, at B vil gengælde denne tjeneste i fremtiden,

opstår der en forventning hos A og en forpligtelse hos B (Coleman 1990:306). Ifølge Coleman er der to vigtige elementer for denne form for social kapital: "[...] *the level of trustworthiness of the social environment, which means that obligations will be repaid, and the actual extent of obligations held*" (Coleman 1990:306). Det handler således om troværdighed i det sociale miljø, og at der er en reciprocitet i forhold til, at tjenester gengældes. I henhold til sundhed kunne denne form for social kapital ses ved, at bekendte eller naboer hjælper hinanden, når de er syge.

En anden vigtig form for social kapital er ifølge Coleman: "[...] *the potential for information that inheres in social relations*" (Coleman 1990:310). Information er en vigtig basis for handling. Sociale relationer kan hermed skabe adgang til informationer, uden at det koster noget. Coleman kommer med et eksempel på, at en forsker kan holde sig opdateret inden for sit felt gennem relationerne til sine kollegaer (Coleman 1990:310). I forhold til sundhed kunne det være information omkring sund livsstil i form af kost, rygning, alkohol og motion, som kunne deles af venner, kollegaer, familie eller andre sociale relationer. På den måde kan individet holde sig opdateret på, hvordan han/hun kan holde sig sund. Her ses også formaliserede netværk som Vægtvogterne, hvor medlemmer kan tilegne sig viden, der kan hjælpe dem med at tabe sig.

En tredje form for social kapital er ifølge Coleman normer og effektive sanktioner. Normer er vigtige i forhold til at beskrive, hvordan samfundet fungerer. Normer opstår, idet en socialt bestemt ret til at kontrollere en handling indehaves af andre end et enkelt menneske (Hegedahl & Rosenmeier 2007:20). Ifølge Coleman afgør normer, hvilke handlinger, der betragtes som værende ordentlige og/eller korrekte eller uordentlige og/eller ukorrekte. Endvidere fremhæver han, at normer normalt er håndhævet gennem sanktioner, hvilket enten er belønninger for den korrekte handling eller straf for de ukorrekte handlinger (Coleman 1990:242). Et eksempel på disse normers betydning ses ifølge Coleman i de effektive normer, som nedbringer kriminalitet. Disse effektive normer, som forbyder kriminalitet i et samfund, medfører, at kvinder og gamle tør gå ude på gaden om natten (Coleman 1990:310). Herved øges individets sociale kapital, da normen muliggør individuelle handlinger, der ellers ikke ville kunne lade sig gøre. Coleman betoner især en særlig norm, som værende vigtig med henblik på at skabe social kapital: "*A prescriptive norm that constitutes an especially important form of social capital within the collectivity is the norm that one should forgo self-interest to act in the interests of the collectivity*" (Coleman 1990:311). Det er således vigtigt, at handlingerne styres af fællesinteresse i stedet for egeninteresse. Coleman fremhæver ligeledes, at hvis en effektiv norm eksisterer, er det en magtfuld men også nogle gange en skrøbelig form for social kapital (Coleman 1990:310). Med henblik på sundhedsaspektet er der ofte normer omkring,

at mange sygedage på arbejdspladser skal undgås, hvilket kan resultere i forskellige sundhedsordninger og motionsordninger på arbejdspladsen. Derudover kan der for eksempel i et netværk eller i sociale relationer være en norm om rygning eller alkohol ikke er velset, samtidig med junkfood ikke er velset. På den anden side kunne der også være i et netværk en norm om at sund mad er kaninføde og altså ikke velset. Normen kan således både fremme sund livsstil i form af, at det er den "rigtige" måde at leve på, men den kan også fremme en norm/tradition om, at salater mm. ikke er mættende mad eller anset som "rigtig" mad.

Social kapital – et biprodukt

Ifølge Coleman kan en organisation, som bliver skabt til et formål også hjælpe til at opnå et andet formål, således skabes social kapital, som bliver brugbar. Coleman opfatter hermed social kapital som et biprodukt af de aktiviteter, som individer beskæftiger sig med af andre årsager eller formål end at opnå social kapital (Coleman 1990:312). Individer investerer med dette in mente sjældent direkte i social kapital, men derimod bliver social kapital ofte en form for bonus ved at indgå i et netværk. Endvidere fremhæves dette ved, at den sociale kapital, som skabes i et socialt netværk, muligvis også tilfalder andre individer end dem, som er i selve netværket. Social kapital, som skabes i et netværk af velgørenhedsarbejdere, kan også positivt påvirke andre, end dem som bruger tid og kræfter i netværket (Hegedahl & Rosenmeier 2007:21). Social kapital kan således opfattes som en slags velfærdsgode, hvor hele samfundet kommer til gode. Coleman forstår herved umiddelbart social kapital som både et privat gode og et offentlig gode.

Social kapital kræver ifølge Coleman investering i designet af strukturerne af forpligtelser, forventninger, ansvar, normer og sanktioner, som vil medføre en effektiv fungerende organisation (Coleman 1990:313). Idet individerne får mindre brug for hinandens hjælp, bliver der skabt mindre social kapital: "*For despite the public-good aspect of social capital, the more extensively persons call on one another for aid, the greater will be the quantity of social capital generated. When, because, of affluence, government aid, or some other factor, persons need each other less, less social capital is generated*" (Coleman 1990:321). Social kapital forringes således over tid, da sociale relationer uddør, hvis ikke de vedligeholdes.

Social kapitals funktion

Social kapital er for Coleman en vigtig ressource for individer og kan have betydning for deres livskvalitet (Coleman 1990:317). Coleman definerer således social kapital ud fra dets funktion, som han forstår på følgende måde:

"It [social capital] is not a single entity but a variety of different entities, with two elements in common: they all consist of some aspect of social structures, and they facilitate certain actions of actors - whether personal or corporate actors - within the structure. Like other forms of capital, social capital is productive, making possible the achievement of certain ends that in its absence would not be possible." (Coleman 1988:98).

Social kapital fungerer altså, ligesom andre kapitaler, som en produktionsfaktor, eftersom den muliggør opnåelse af bestemte mål, som i dens fravær ikke ville være mulig. I modsætning til Bourdieu opfatter Coleman social kapital som et relevant samfundsøkonomisk aktiv. Bourdieu lægger vægt på, at sociale relationer er ulige fordelt mellem forskellige samfundsgrupper, hvor Coleman betragter social kapital som en produktionsfaktor. Det gør han ud fra den vinkel, at sociale relationer er med til at fremme opnåelsen af bestemte mål, der ikke vil være mulig uden netværket, og de sociale relationer er med til at mindske nogle af omkostningerne, der ellers ville være i forsøget på at opnå målet (Coleman 1990:304).

Derudover anser Coleman social kapital som værende kontekstafhængig, eftersom social kapital kan være nyttig i en situation, men ubrugelig i andre situationer (Coleman 1990:302). Dette kan muligvis ses som en lighed ved Bourdieus kapitalformer, da kapitalerne kun er brugbare indenfor et givent felt, men kan være nytteløs i et andet felt. I forhold til sundhed kan bestemte sociale relationer hjælpe en person med at få et job, da de har et godt netværk i branchen, men dette netværk vil muligvis ikke kunne hjælpe personen, hvis denne rammes af sygdom. Her kunne det tænkes, at nærmeste familie ville kunne hjælpe og støtte.

Samlet set handler Colemans sociale kapital teori om rationelle individer, som er indlejret i de sociale strukturer, der konstituerer de sociale relationer, der i sidste ende giver adgang til bestemte brugbare ressourcer. Ifølge Colemans teori er det væsentligt at fokusere på, hvad der tilvejebringer individers handlen og ageren, hvorfor det i denne sammenhæng er relevant at belyse individers sundhed og derigennem deres selvvaluerede helbred.

I det følgende afsnit rettes fokus på Robert D. Putnams forståelse af begrebet social kapital.

Robert D. Putnam

Robert Putnam er den nyeste af de tre teoretikere, og hans social kapital begreb bygger også på både Pierre Bourdieus teori om social kapital og James Colemans teori om social kapital. Putnam trækker dog begrebet social kapital i en lidt anden retning, da han anser relationerne som

substantivistisk, da han i højere grad fokuserer på relationer som en kvantitet, i forhold til Bourdieus og Colemans anskuelse af begrebet. De anser relationerne som havende følbare, kulturelle og sociale kvaliteter (Hegedahl & Rosenmeier 2007:25).

Robert Putnam er en amerikansk politolog, som overordnet beskæftiger sig med at analysere social forandring i USA med hovedfokus på den sociale kapitals betydning for demokrati og udviklingen af et effektivt demokrati. Perspektivet omkring social kapital og dets virkning i samfundet ses i hans værk *Making Democracy Work – Civic Traditions in Modern Italy* (1993), hvori han laver en komparativ undersøgelse af social kapital mellem Nord- og Syditalien. Her kommer han frem til, at årsagen til, at Norditalien er mere rigt og velfungerende som et demokrati end Syditalien, er generelle forskelle i social kapital. Han påpeger, at i Syditalien rækker netværket primært ikke længere end til familien og hierarkiske beskyttesystemer, hvorimod der i Norditalien er brudt frem en avanceret pengeøkonomi, hvor der opereres med normer om reciprocitet, og der er opstået netværks af borgerlige engagementer (Putnam 1993:181-182). Hans konklusion bliver herved, at der sker en mere vellykket demokratiseringsproces i Norditalien, fordi borgerne dér har mere social kapital end borgerne i Syditalien. Denne opfattelse arbejder han videre med i sit andet værk *Bowling Alone – The collapse and Revival of American Community* (2000). Heri beskriver han ligeledes, hvor vigtig tillid og netværk (social kapital) er for det sociale liv såvel som hele samfundet. Han tager i dette værk udgangspunkt i det amerikanske folk og deres sociale kapital, som han anser som værende nedadgående. Der bruges bowling som et symbol på, at den sociale kapital er faldende, idet færre amerikanere bowler i klubber/foreninger og i stedet bowler hver for sig med nærmeste familie/venner. Dette har ifølge Putnam i det større billede betydning for sammenhængskraften i hele det amerikanske samfund, da han betragter den sociale kapital som betydningsfuld i forhold til menneskers sundhed og lykke men også overordnet for økonomien og demokratiet.

I henhold til dette speciales problemstilling omhandlende social kapital og sundhed, omtaler Putnam ligeledes social kapital som værende en relevant målestok til at se og forstå forskelle indenfor sundhedsområdet. I sin bog *Bowling Alone* (2000) bruger han et helt kapitel på social kapitals indflydelse på borgers sundhed, og han påpeger social kapital som værende en vigtig faktor, især når det gælder sundhed: "*Of all the domains in which I have traced the consequences of social capital, in none is the importance of social connectedness so well established as in the case of health and well-being*" (Putnam 2000:326). Han beskriver selv forskellige undersøgelser om sundhed, hvor social kapital har en betydning. Han fremhæver bl.a. Émile Durkheims undersøgelse

om selvmord, hvor selvmord ikke kun var noget individpræget, men ligeledes var præget af, hvorvidt personen også var integreret i samfundet. Social tilknytning vises herved at have en betydning, og senere undersøgelser viser også, at betydningen ikke kun gælder psykisk sundhed men også fysisk sundhed (Putnam 2000:326). Putnam bruger således begrebet social kapital i forhold til sundhed, hvilket understreger, at social kapital også kan forstås med henblik på sundhed og helbred.

Putnams definition af social kapital

Opsamles definitionerne af social kapital i Robert Putnams to værker, kan begrebet forstås, som socialt netværk, normer om gensidighed og den troværdighed (tillidsforhold), som opstår i forbindelse med disse normer. Han beskriver selv sin forståelse af social kapital således: "*Social capital here refers to features of social organization, such as trust, norms and networks [...]*" (Putnam 1993:167). Han forstår således social kapital som værende sociale relationer mellem individer, hvori normer omkring reciprocitet og troværdighed opstår som følge af disse sociale relationer. Putnams definition af social kapital består af både et individuelt og et kollektivt aspekt (Putnam 2000:20). Han forklarer dette ved, at det individuelle aspekt består i, at individer opretter netværk/relationer til deres egen fordel. Her fremhæver han, hvor vigtigt det er at have et netværk, når et individ søger job. Det kollektive aspekt består i, at disse netværk/relationer kan komme hele samfundet til gode, da sociale relationer er vigtige i forhold til, at ordensreglerne skal fastholdes. Han forklarer dette ved, at netværk af engagement i lokalsamfundet fostrer stærke normer omkring reciprocitet: "*I'll do this for you now, in the expectation that you (or perhaps someone else) will return the favor*" (Putnam 2000:20). Denne gensidighed skaber et mere effektivt samfund, hvor tilliden er i højsæde, og tingene glider nemmere (Putnam 2000:21). Putnam fremhæver således, at samfundet er præget af normer, tillid og gensidighed, hvorfor højere grad af social kapital medfører et mere effektivt samfund. Modsat Bourdieu og Coleman fokuserer Putnam på det mere makroorienterede niveau i forhold til, hvad der er mere nyttigt for samfundet og ikke på de enkelte individers nytte. Alligevel ses der en lighed med Coleman, idet Putnam ligeledes opfatter social kapital som en produktionsfaktor: "*[...] social contacts affect the productivity of individuals and groups*" (Putnam 2000:19). I den sammenhæng bliver social kapital, på samme vis som hos Coleman, en relevant samfundsøkonomisk faktor i forhold til samfundet.

Tillidsaspektet

Tillid spiller ligesom hos James Coleman en stor rolle i Putnams forståelse af social kapital. Tillid er som nævnt ovenfor en vigtig komponent for at samle et samfund til at samarbejde mod det samme

mål. Tillid skaber herved samarbejde i et samfund, men samtidig kan samarbejde også skabe tilliden, da et socialt netværk via samarbejde kan fremhæve, at tilliden er grundtanken i netværket: *"I trust you, because I trust her and she assures me that she trusts you"* (Putnam 1993:169). Social tillid bliver således en vigtig aktiv for samfundet, men kun hvis den kan blive garanteret (Putnam 2000:135). I Putnams optik er social tillid både en aktiv for individet såvel som for samfundet. Der er dog en risiko for, at den ene part bryder den sociale tillid og herved samarbejdet. Derfor overkommes disse dilemmaer ifølge Putnam ved hjælp af fælles handlen, der afhænger af den brede sociale kontekst, eftersom *"Voluntary cooperation is easier in a community that has inherited a substantial stock of social capital"* (Putnam 1993:167).

Social tillid kan fremstå ud fra to relaterede forhold, hvilket er normer for generel gensidighed og lokal engagement i et socialt netværk (Putnam 1993:171). Et særdeles vigtigt element ved social kapital er netop normen om general gensidighed: *"I'll do this for you now, without expecting anything immediately in return and perhaps without even knowing you, confident down the road you or someone else will return the favor"* (Putnam 2000:134). Putnam skelner endvidere mellem to former for gensidighed. Den ene er afbalanceret gensidighed (balanced reciprocity), hvor en udveksling af ting med samme værdi sker på samme tid, eksempelvis julegaver. Den anden form er generaliseret gensidighed (generalized reciprocity), hvilket ses som en meget værdifuld form for gensidighed. Denne form henviser til en vedvarende relation med udvekslinger, som på et hvilket som helst tidspunkt ikke bliver gengældt eller som er ubalanceret, men hvor der eksisterer en fælles forventning om at hjælpen skal gengældes i fremtiden (Putnam 1993:172 og Putnam 2000:20-21). Denne type af gensidighed ses eksempelvis i form af venskab, hvor det næsten altid handler om generel gensidighed. Her ses en lighed med Colemans teori, hvori han fremhæver reciprocitet som et vigtigt element ved social kapital.

Social kapital – Bridging & bonding

Robert Putnam fremhæver i sin bog *Bowling Alone* (2000), at det er vigtigt at forstå forskellen mellem *bridging* (brobyggende) og *bonding* (afgrænsende) social kapital. Der eksisterer således to typer netværk – Horisontale og vertikale. Denne forskel er vigtig, da de hver især fordrer en forskellig form for social kapital. Den første type af netværk er den vertikale, som Putnam betegner som afgrænsende social kapital. Disse afgrænsende netværk benævnes som indadvendte, da de skaber fælles identiteter og homogene grupper. Her tænkes bl.a. på religiøse og etniske grupper (Putnam 2000:22). Det positive ved denne afgrænsende sociale kapital er ifølge Putnam, at dette netværk fungerer som et meget støttende indenfor netværket: *"Bonding social capital is good for*

undergirding specific reciprocity and mobilizing solidarity. Dense networks in ethnic enclaves, for example, provide crucial social and psychological support for less fortunate members of the community [...]" (Putnam 2000:22). Den afgrænsende sociale kapital kendetegnes således ved det stærke loyale sociale bånd og fremmer en gensidighed blandt medlemmerne af netværket. Den positive effekt ved denne type af netværk er herved det stærke loyale bånd gruppemedlemmerne imellem, som også kan give stærk social og psykisk støtte til netværkets medlemmer. Den negative effekt ved den afgrænsende sociale kapital er, at det kan virke ekskluderende og kontrollerende, hvor medlemmernes handlefrihed muligvis kan blive berørt og heri i ordets forstand virke afgrænsende. Endvidere er en negativ effekt, at udadtil kan det skabe en fjendskab/uvenskab med andre ikke-medlemmer "*[...] may also create strong out-group antagonism[...]*" (Putnam 2000:23). Et eksempel på en ekstrem afgrænsende social netværk kunne være en rockerbande, hvor medlemmerne kan profitere på, at andre kommer til skade (Svendsen & Svendsen 2006:56). Putnam påpeger dog stadig, at afgrænsende social kapital under mange omstændigheder har en magtfuld positiv social effekt.

Den anden type af netværk er den horisontale, som Putnam betegner som den brobyggende sociale kapital. I dette netværk indgår medlemmerne i netværket på lige fod med hinanden. Dette netværk samler således individer fra forskellige sociale sammenhænge og baggrunde og fører dem sammen. Et eksempel herpå kunne være sportsklubber, lokalsamfundsforeninger o. lign.. Derudover skabes der en gensidighed mellem de sociale relationer, der er generaliseret frem for specifik (Putnam 2000:22 og Hegedahl & Rosenmeier 2007:30). I de brobyggende sociale relationer er båndene mellem hinanden svagere end i de afgrænsende sociale relationer, men til gengæld er de brobyggende sociale relationer meget vigtige i forhold til informationer og muligheder. Med dette in mente påpeger Putnam, at de svage bånd, som repræsenteres i det brobyggende netværk, ofte er mere værdifulde end de stærke bånd, som repræsenteres ved det afgrænsende netværk. Putnam fremhæver herved den økonomiske sociolog Mark Granovetters udtalelse om, at når det gælder jobsøgning, så er svage forbindelser, hvor man kobles til fjerne bekendte, som bevæger sig i andre cirkler end en selv, mere værdifulde end stærke forbindelser til familie og nære venner, hvor deres beskæftigelse er indenfor egen niche (Putnam 2000:22-23). I henhold til dette beskriver Putnam således forskellen mellem afgrænsende social kapital og brobyggende social kapital: "*Bonding capital is, as Xavier de Souza Briggs puts it, good for "getting by", but bridging social capital is crucial for "getting ahead"*" (Putnam 2000:23). Putnam skildrer her forskellen ved, at den afgrænsende sociale kapital kan hjælpe en person til lige at klare sig igennem ("getting by"), hvor brobyggende social kapital hjælper individet til at komme frem i verden

(“getting ahead”). Derudover skaber brobyggende social kapital “[...] *broader identities and reciprocity, whereas bonding social capital bolsters our narrower selves*” (Putnam 2000:23). En vigtig distinktion mellem de to former for social kapital er, at de ikke skal forstås som værende enten/eller kategorier, hvori sociale netværk kan blive opdelt derefter. De skal nærmere forstås som en slags dimensioner, hvorved forskellige former for social kapital kan sammenlignes (Putnam 2000:23). Der kan således være nogle netværk, som kan virke afgrænsende i nogle situationer, men ligeledes kan have en brobyggende effekt i andre situationer.

The dark side of social capital

Som en afrunding på teorikapitlet vil der her være en kort gennemgang af social capitals mulige negative effekter, især med henblik på sundhed og helbred. Sociologen Alejandro Portes fremhæver, at der i forskningsøjemed har været for meget fokus på de positive konsekvenser ved social kapital, hvilket kan være med til at skabe en for ensidig forskning med en del bias (Portes 2010:39). Portes påpeger, at der igennem nyere forskning er blevet identificeret fire negative effekter ved social kapital. Den første er eksklusion af udefrakommende, hvorved grupper kan holde andre udenfor. Den anden er en overflod af krav til gruppemedlemmer. Den tredje er restriktioner på personlig frihed, da der i gruppen/netværket kan være krav om konformitet. Her kan også tænkes på stærke familiebånd. Den sidste er aftagende normer, hvor en gruppe eksempelvis vil være i opposition til resten af samfundet (Portes 2010:39-41). I forhold til sundhed kan der være tale om et tæt lukket netværk som en sektlignende klub eller en religiøs bevægelse, hvor der er bestemte normer, der går imod de gængse sundhedsinformationer og restriktioner. Eksempelvis er der nogle religiøse overbevisninger, der hvis man kommer til skade ikke må tage imod blod, hvilket i værste tilfælde kan resultere i, at man dør. Endvidere fremhæves en negativ effekt på sundhed således: “*Sociale relationer kan være negative i den forstand, at mennesker ikke alene har mulighed for at støtte hinanden, men også har mulighed for at give hinanden bekymringer, udnytte og på anden måde skade hinanden*” (Ekholm et al. 2006:246). Social capitals negative side påpeger Putnam også i forhold til sine begreber *bridging* og *bonding*. Han beskriver, at afgrænsende sociale relationer kan virke kontrollerende og isolerende og dermed indskrænke individers handlefrihed, som i sidste ende også kan påvirke deres sundhed og helbred (Svendsen & Svendsen 2006:56).

Teoriopsamling – teoriernes relevans

Der vil i dette afsnit være en gennemgang af de tre valgte teories fælles komponenter for på den måde at kunne forstå sammenhængen med valget af teori. Endvidere rettes fokus på de tre teories

Social kapitals betydning for sundhed

forskellige forståelser/betragtninger i forhold til social kapital, hvilket kan give et billede af, hvor de tre teorier kan komplementere hinanden, samt hvilket måleniveau projektet hermed ender på. Afslutningsvist vil belysningen af teorierne opsamles for på den måde at fremhæve, hvad relevansen er i forhold til nærværende speciale.

Fælles tanker om social kapital

Inden for de tre valgte teorier findes der mange lighedspunkter i forhold til social kapital, og teorierne kan i mange tilfælde ses som en forlængelse af hinanden. Bourdieu, Coleman og Putnam påpeger alle tre, at social kapital består af en social struktur i form af sociale relationer eller et socialt netværk. Endvidere er de enige om at opfatte social kapital som en ressource, der dannes i interaktionen med individer. Teorierne fremhæver således, at det er en fordel for et individ at indgå i sociale relationer og netværk for at opnå bestemte mål. Derudover fremhæver de alle tre tilnærmelsesvist, at der er forskel på sociale relationers funktion, alt efter hvilken kontekst de er i. Sociale relationer kan være brugbare i en situation men ubrugelige i en anden situation. Her tænkes på Bourdieus kapitalformer, Colemans funktionelle synspunkt og Putnams fokus på afgrænsende og brobyggende sociale relationer. Ydermere betoner Coleman og Putnam begge betydningen af tillid som en del af social kapital, hvorfor tillid netop kan styrke individet, da tillid eksempelvis kan opretholde sociale relationer og gensidighed, der kan resultere i hjælp og støtte til individet.

Forskellige betragtninger og måleniveau

Der hvor de tre teorier om social kapital viser sig at være mest forskellig er muligvis i forhold til deres måleniveau. En distinktion mellem de tre teories standpunkt kan ses i figuren nedenfor:

Figur 3: Bourdieus, Colemans og Putnams definitioner af social kapital.

Kvalitativ		Mikro
⋮	BOURDIEU (1986): "summen af de aktuelle eller potentielle ressourcer, som knytter sig til ejerskabet af et varigt netværk" TEMAER: magtrelationer, strategier	⋮
⋮	COLEMAN (1990) "enhver social relation, der fungerer som en ressource for en person" TEMAER: Socialisering, rationelle aktører, lokalsamfund	⋮
⋮	PUTNAM (1993) "netværk, normer og tillid, som letter koordinering og samarbejde til fælles gavn" TEMAER: civile traditioner, politisk system	⋮
▼		▼
Kvantitativ		Makro

Kilde: Svendsen & Svendsen 2006:37.

Denne figur skal selvfølgelig ses som en idealtypisk inddeling af de tre teoretikers teorier og ikke som en decideret opdeling. Pierre Bourdieus teori og tilgang befinder sig på det mikro-orienteret plan, hvor han anser social kapital som en ressource, individet har i kraft af et varigt netværk. Han fokuserer på magtrelationerne i forhold til dem, som har social kapital og dem, som ikke har. Hans tilgang er forholdsvis kvalitativ, da der er tale om individers ressourcer og individers muligheder og begrænsninger. James Colemans teori og tilgang befinder sig umiddelbart mellem mikro- og meso-niveauet. Han opfatter ligesom Bourdieu social kapital som relationer, der fungerer som individers ressource. Der hvor Coleman bevæger sig væk fra Bourdieu og op på meso-niveau er i forhold til hans forsøg på at kombinere/sammenkoble det sociale med økonomernes kapital. Han fremhæver, at der er en sammenhæng mellem kultur og økonomi, og sociale relationer og udveksling af reciprocitet og tillid har en samfundsøkonomisk betydning. Coleman medregner, modsat Bourdieu, social kapital i økonomien, hvor social kapital fungerer som en produktionsfaktor (Svendsen & Svendsen 2006:37-38). Colemans tilgang befinder sig således mellem det kvalitative og kvantitative. Robert Putnams teori og tilgang befinder sig på det makroorienterede plan, hvor han anser social kapital som netværk, normer og tillid, hvor formålet er at lette arbejde, koordinering mm. og skabe samarbejde for fælles gavn. Han fokuserer på social kapitals betydning for samfundet og ikke individet. Det er helheden han lægger vægt på. Hans arbejde befinder sig, i modsætning til både Bourdieu og Coleman, overvejende på et kvantitativt niveau, hvorved han bl.a. laver statistiske undersøgelser af social kapital til at klarlægge samfundstendenser. I lighed med Coleman fokuserer han på tillid som et kollektivt gode. Putnam lægger, modsat Bourdieu og Coleman, ikke vægt på social kapital i forhold til social klassificering og socialisering (Svendsen & Svendsen 2006:38). Putnams definition af social kapital betegnes med dette in mente ofte som substantivistisk i forhold til Coleman og Bourdieu, der definerer social kapital som relationelt og er herved forankret i dynamiske og komplekse sociale processer. Forskellen ligger derved i, at Putnam fokuserer på sociale relationer med henblik på målelig kvantitet, hvorved Coleman og Bourdieu lægger vægt på de sociale relationers oplevede kvalitet (Svendsen & Svendsen 2006:38).

Teoriernes relevans

Med henblik på de ligheder og forskelle, der er i de tre teorier, betones en grundig definition og forståelse af begrebet social kapital. Niveauerne er vidt forskellige, men deres betragtninger af social kapital kan være med til at komplementere hinanden i forhold til, hvor der er svagheder i teorierne. Ud fra denne gennemgang af social kapitals forskellige komponenter bliver det muligt at undersøge de opstillede hypoteser under problemformuleringen, da der nu ligger en teoretisk funderet forståelse af social kapitals forskellige dimensioner, og hvordan de hver især kan have

Social kapitals betydning for sundhed

betydning for sundhed. I forhold til de tre hypoteser er de teoretiske forventninger illustreret på følgende måde:

Figur 4: Hypotesernes teoretiske placering

	Hypotese 1: Tillid og selvvurderet helbred	Hypotese 2: Sociale relationer og selvvurderet helbred	Hypotese 3: Engagement i lokalsamfundet og selvvurderet helbred
Pierre Bourdieu – Social kapital, som netværk og ressource		X	
James Coleman – Social kapital, som sociale relationer, tillid og forpligtelse/reciprocitet	X	X	
Robert Putnam – social kapital, som tillid, normer og netværk	X	X	X

Her ses, at Hypotese 1 bliver underbygget af Colemans og Putnams teori omhandlende tillids betydning i forhold til social kapital. Alle tre teorier støtter hypotese 2 og sociale relationers betydning. Med hensyn til hypotese 3 er det Putnams teori omkring engagement i lokalsamfundet, som en vigtig komponent for social kapital, der ligger til grund for den hypotese. Måleniveauet i forhold til social kapital vil blive uddybet i det senere operationaliseringsafsnit.

På baggrund af teorierne vil nærværendes speciales forskningsdesign blive diskuteret i det næstfølgende kapitel.

Forskningsdesign

I dette afsnit vil nærværendes speciales forskningsdesign gennemgås for på den måde at give et indblik i, hvorledes denne undersøgelse er opbygget ud fra design og metodologiske synsvinkler.

Projektets problemstilling undersøges ud fra et tværsnitsdesign, hvilket giver muligheden for at tage fat i en undersøgelse, der tager udgangspunkt i nutidige eksisterende forskelle indenfor den valgte population. Problemformuleringen belyses således ud fra det perspektiv, at der er tale om sammenhængen mellem social kapital og nordjyders sundhed i 2010, hvilket giver et øjebliksbillede af, hvordan det står til i 2010. Analysen i et sådan tværsnitsdesign bygger udelukkende på variationer indenfor samplet på det eksakte tidspunkt, spørgeskemaundersøgelsen finder sted (De

Vaus 2001:170ff). Der måles herved udelukkende forskelle mellem de forskellige grupper og dermed ikke forandring, hvilket ville kræve data, der måles i forskellige tidsperioder. Det betyder, at formålet i dette projekt er at måle forskelle mellem de uafhængige variable (x), hvilket i denne sammenhæng vil være de forskellige social kapital variable. Der arbejdes ud fra en kvantitativ tilgang, som vil blive uddybet nærmere i det følgende metodeafsnit. Endvidere arbejdes der forholdsvist deduktivt, hvilket betyder, at data vil blive analyseret ud fra forhåndsviden fra tidligere lignende undersøgelser og teori på området (Bryman 2004:8). Fremgangsmåden bliver herved, at der på baggrund af tidligere undersøgelser og teori bliver dannet hypoteser, som testes igennem det empiriske data (Pedersen et al. 2010).

Videnskabsteoretisk perspektiv

Nærværende speciales ontologi bygger på en slags realistisk og pragmatisk opfattelse af verden. Endvidere er ontologien inspireret af Bourdieus videnskabelige positioneringer. Der findes ifølge Bourdieu en virkelighed, der eksisterer uafhængig af den enkeltes bevidsthed og vilje, hvilket stemmer godt overens med, at der er nogle strukturer i samfundet, som ligger uden for synligheden. Han beskriver den sociale verden som bestående af relationer, heraf objektive relationer, der ligger uden for individet (Bourdieu & Wacquant 1996:84). I specialet testes netop de relationer (social kapital), som ligger uden for individets synsvinkel og er teoretisk konstrueret. Social kapital er en kapitalform ligesom alle andre, hvori der findes en strukturel del. Social kapital kan herved ikke anskues uden at inddrage de strukturer, der virker på individet.

Med henblik på dette speciales epistemologi er tilgangen et forsøg på at kombinere nogle metoder for på den måde at indsamle den bedste viden. Det er ifølge Bourdieu betydeligt at få begge sider med, når det sociale skal undersøges. Der skal hermed ikke være en distinktion mellem den teoretiske konstruktion af undersøgelsesgenstanden og de praktiske procedurer (Bourdieu & Wacquant 1996:41). Det er således fremtrædende ikke at undersøge genstanden teoretisk for teoriens skyld men også at inddrage faktiske virkelige data omhandlende, hvordan det står til. Forskningen skal stræbe efter at kombinere de teoretiske overvejelser med grundigt empirisk arbejde (Bourdieu & Wacquant 1996:159). I nærværende speciale bygges problemformuleringen på teoretiske antagelser omkring social kapital og dens betydning, samtidig med, at dens betydning undersøges gennem grundig bearbejdning og analyse af empirisk data. Igennem Bourdieus begreber muliggør han analyse uden at skulle lægge sig fast på enten individ eller struktur og/eller mikro- eller makroanalyser. Han mener ikke, det er nødvendigt at vælge mellem dem (Bourdieu & Wacquant 1996:33-34). Det skaber i stedet en kunstig polariseret socialontologi, som er

meningsløs. Med dette in mente fremhæves begrundelsen for, hvorfor de valgte teorier bevæger sig mellem mikro- og makroniveau. Formålet med teorien i dette speciale er ikke at fokusere på et bestemt niveau men at belyse et fænomen (social kapital), der befinder sig på flere niveauer, jf. teorien.

Med henblik på forskerrollen fremhæver Bourdieu relevansen og vigtigheden af refleksiv sociologi, hvor en objektivisering indgår i processen. Heri er det vigtigt at gøre selve sociologien og sig selv som genstandsområde. Med dette in mente tager Bourdieu fat i elementer af konstruktivisme, da der foretages en kobling mellem konstruktivistisk opfattelse af videnskab og en konstruktivistisk opfattelse af det videnskabelige objekt:

"Sociale kendsgerninger er sociale konstruktioner, og alle sociale aktører – herunder forskere – forsøger efter bedste evne at konstruere en sammenhængende virkelighedsopfattelse og overbevise andre om rigtigheden af den" (Bourdieu 2005:141).

Herved bliver forskeren selv en direkte aktør i det sociale, som han/hun beskriver og analyserer. Forskningen bliver således en social konstruktion af en social konstruktion (Bourdieu 2005:141). Objektiveringen er herved relevant, da det er med til at afdække forskerens ubevidste og dermed undgå, at det ureflekteret bliver projiceret over i det, der undersøges (Bourdieu & Wacquant 1996:60-61). Det er vigtigt, at forskeren selv er klar over sin egen baggrund, tilgang til analyseobjektet og den sociale kontekst resultaterne skal frembringes i, for på den måde at være bevidst omkring egne holdninger og fordomme og derved at frigøre sig fra dem, da de kan forhindre forskeren i at finde frem til underlagte sociale mekanismer (Bourdieu 2005:138). Det handler om at klarlægge, hvilke teoretikere forskeren lader sig inspirere af, og hvilke han/hun tager afstand til. Refleksiviteten skal med udgangspunkt i Bourdieus tankegang være i højsæde, når det sociale analyseres: "[...] gør sig selv til genstandsområde og bruger sine egne våben til at forstå og kontrollere sig selv" (Bourdieu 2005:142). I dette tilfælde kan nogle af refleksionerne gå på, at der arbejdes med sekundær data, hvorved der tolkes og testes på data, som andre har haft et specielt mål med. Brugen herved kan medføre nogle problemer, da konstruktionen af et bestemt spørgsmål kan have et andet formål, end det konstruktionen bliver brugt til i dette speciale. Det skal således tages in mente, at empiri stammer fra sekundær data, og det er andres konstruktioner, der vil blive operationaliseret, testes og tolkes på. Her kunne det også tænkes, at Region Nordjyllands undersøgelse bygger på nogle politiske mål, hvilket medfører, at undersøgelseskategorierne ikke er neutrale. Der ligger nogle intentioner til grund for udarbejdelsen og konstruktionen af spørgsmål.

Jeg har dog for så vidt muligt sat mig ind i baggrunden for undersøgelsen, hvoraf empirien oprinder fra.

Metode

I dette afsnit redegøres for specialets empiriske grundlag. Endvidere argumenteres der for brugen af den valgte kvantitative metode og brugen af statistik. Indledningsvist vil der være en diskussion af den kvantitative metodes muligheder for nærværende speciale. Dernæst vil der gives en karakteristik af valgte sample/population. I det efterfølgende afsnit vil der være en gennemgang af spørgeskemaet, som der tages udgangspunkt i. Herefter vil det statistiske element redegøres for og blive diskuteret i forhold til problemformuleringen. Dette vil ligeledes afspejle sig i fremstillingen af analysestrategien, som beskrives i det efterfølgende kapitel. Afslutningsvist vil der beskrives, hvordan jeg metodisk har til hensigt at besvare problemformuleringen, hvilket gennemgås i kapitlet omhandlende operationaliseringen af variablene.

Valget af metode

I henhold til problemformuleringen er hensigten at indfange social kapitals betydning for selvvurderet helbred. Valget af metode bliver kvantitativ, idet det åbner muligheden for at indsamle generaliserbar viden. Idet jeg samtidig har lagt mig fast på en realistisk ontologisk antagelse om, at menneskers sundhed kan være styret af ubevidste strukturer, har en kvantitativ metode umiddelbart mulighed for at indfange disse påvirkninger. Kvantitativ dataindsamling er struktureret og er velegnet til systematisk at sammenligne grupper ud fra samme variabel (Olsen & Pedersen 2006:226-227). Formålet her er at belyse forskellige mønstre i forhold til nordjyders sociale kapitals betydning for deres sundhed. Analysen bliver hermed af beskrivende karakter. Hensigten er dog ligeledes at forklare hvilke sociale mekanismer, som kan have betydning for nordjyders sundhed, her tænkes især social ulighed og social kapital. Kvantitativ metode er ikke ensbetydende med spørgeskemaundersøgelse, men i dette speciale vil der analyseres ud fra en spørgeskemaundersøgelse, da den kan indfange og undersøge den population, der efterstræbes.

Populationen

Der er i den valgte spørgeskemaundersøgelse blevet lavet en repræsentativ stikprøve på 35.700 nordjyder i år 2010, og heraf har 65,5 % svaret. Det betyder således, at specialets population består af 23.392 nordjyder, som fordeler sig over hele Region Nordjylland. De er herved et repræsentativ udsnit af hele Region Nordjylland, som består af 11 kommuner, hvori 579.275 nordjyder hører under. Borgere i Region Nordjylland er blevet tilfældig udtrukket til at besvare

spørgeskemaet. Samtidig har der ifølge af STS (Styregruppen for det Tværoffentlige Samarbejde) aftalen, været krav om, at der skulle være mindst 2000 borgere udtrukket pr. kommune, dog mindre for de små kommuner. Derudover har Region Nordjylland valgt at øge undersøgelsen med 14.000 borgere, hvoraf spørgeskemaer er fordelt mellem kommunerne ud fra deres befolkningstal. Stikprøven er udtrukket af Statens Institut for Folkesundhed per 1. januar 2010. Populationen består af nordjyder i alderen 16-99 år, og der er både tale om mænd og kvinder. En yderligere detaljeret beskrivelse af populationen forefindes i indledningen af analysen i form af en respondentbeskrivelse.

Der vil i det følgende afsnit være en præsentation af det valgte empiri – Sundhedsprofilundersøgelsen 2010, hvorved formålet med valg af empiri beskrives samt repræsentativiteten og bortfald. Herved redegøres ligeledes for, hvorledes empirien kan besvare problemformuleringen.

Det empiriske grundlag – Sundhedsprofilundersøgelsen 2010

Med henblik på at kunne belyse, hvorledes social kapital har betydning for nordjyderes sundhed, anvendes spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" fra Region Nordjylland. Denne sundhedsprofilundersøgelse har til formål, som nævnt i problemfeltet, at beskrive sundhedsforholdene for borgerne i Region Nordjylland. I denne undersøgelse bliver der bl.a. spurgt ind til selv vurderet helbred, sundhedsvaner, sygdom, livskvalitet, tillid, sociale relationer mfl., hvilke giver et bredt indblik i, hvordan det står til med nordjyderes sundhed og helbred i 2010. Der er, som tidligere nævnt i problemfeltet, udarbejdet en sundhedsprofil ud fra denne undersøgelse, hvilken understreger, at social ulighed eksisterer indenfor sundhed, og social kapital har en vis betydning for nordjyderes sundhed. Dette giver herved incitament for yderligere at belyse denne betydning af social kapital for sundhed, idet dette kan indfanges igennem denne empiri.

Hvorfor denne undersøgelse?

Sundhedsprofilundersøgelsen fra Region Nordjylland er valgt, fordi der er få undersøgelser i Danmark, der består af en sådan omfattende spørgeskemaundersøgelse i forhold til sundhed og social kapital. Endvidere har undersøgelsen særlig fokus på social kapital i bred forstand, hvor det kan måles ud fra mange komponenter, og der er således en unik mulighed for at måle sundhed i forhold til social kapital ud fra forskellige dele af social kapital. Mange andre undersøgelser har måske kun én indikator for social kapital (eksempelvis tillid eller sociale relationer), hvor dette spørgeskema har mange forskellige spørgsmål, der kan måle social kapital, såsom tillid, sociale relationer og tilknytning til lokalområde. Det giver således en god mulighed for at måle social

kapital, på trods af, at undersøgelsens primære fokus er at belyse nordjyders sundhedstilstand på et overordnet niveau. Der blev imidlertid også lavet en lignende undersøgelse i år 2007, som omfatter nogenlunde de samme spørgsmål, dog med modifikationer, omformuleringer og nye spørgsmål, da det ikke er de samme personer, som har lavet begge spørgeskemaundersøgelser og samtidig har der været nationale kompromisser i forhold til sammenligningsgrundlag. De to sundhedsprofilundersøgelser beskrives også overfor hinanden i Sundhedsprofilen fra 2010, hvor tal fra 2007 undersøgelsen sammenlignes med tal fra denne 2010 undersøgelse for at belyse, hvilken udvikling der har været inden for det sidste tre år i forhold til sundhed.

Repræsentativitet og bortfald

Sundhedsprofilundersøgelsen for 2010 er en tværsnitsundersøgelse, hvor flere sundhedsrelaterede variable bliver målt samtidig i en tilfældig stikprøve fra repræsentative borgere for Region Nordjylland. Stikprøven er udvalgt i forhold til at skulle være repræsentativ for den samlede population. Stikprøven er relativ stor, hvilket resulterer i en god repræsentativitet, da jo større stikprøve jo mindre usikkerhed, i henhold til den totale population. Stikprøven skal ifølge STS aftalen indeholde minimum 2000 personer pr. kommune, dette gælder dog ikke mindre kommuner, for eksempel Læsø Kommune (se bilag 2).

Stikprøven på sammenlagt 35.700 personer svarer til 7,5 % af den samlede population i den aldersgruppe. Dataindsamlingen er foregået på den måde, at de 35.700 borgere, som er blevet udtrukket via posten, har fået tilsendt et spørgeskema, en frankeret svarkuvert og et følgebrev med informationer angående undersøgelsens formål og indhold. Endvidere blev det gjort klart i følgebrevet, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og alle svar ville blive behandlet fortroligt. Desuden var der oplysninger om, hvordan man kunne besvare spørgeskemaet på internettet (Pedersen et al. 2010:18). Derudover blev der sidst i indsamlingsprocessen besluttet at kontakte nogle borgere over telefon, som ikke havde svarede på spørgeskemaet, da disse borgere repræsenterede køns- og aldersgrupper, som havde lavest i svarprocent. Det drejede sig om 6.807 personer, hvoraf der blev opnået kontakt til 46,8 % af dem (Pedersen et al. 2010:19).

Bortfald i en spørgeskemaundersøgelse vil sige, at personer af forskellige årsager ikke besvarer spørgeskemaet. I dette tilfælde består bortfaldet af 34,5 %, jf. svarprocent på 65,5 %. Dette bortfald kan have stor betydning for resultaternes generaliserbarhed, hvis dem, som ikke har svaret, afviger væsentligt i forhold til dem, som har svaret. Dette vil betyde, at svarene fra undersøgelsen ikke er repræsentative. En generel måde at afhjælpe problemer med bortfald er vægtning af skævheder i bortfaldet. Vægtning vil sige, at proportionen af underrepræsenterede grupper i stikprøven bliver

statistisk forstærket, således at denne proportion afspejler proportionen i populationen (De Vaus 2001:136). Det vil sige, at der statistisk korrigeres for, at der er større bortfald blandt nogle grupper end blandt andre. På denne måde kan stikprøven, hvis den er vægtet korrekt, stadig være generaliserbar (De Vaus 2001:136). I henhold til Sundhedsprofilundersøgelsen 2010 sikrer en vægtning, at den forbliver repræsentativ, og at resultaterne er dækkende for alle nordjyder på 16 år eller derover. Sundhedsprofilundersøgelsen 2010, er vægtet for skævheder i bortfaldet ud fra følgende indikatorer: Køn, alder, kontakt til sundhedsvæsen, familietype, indkomst, etnicitet og bopælskommune (Pedersen et al. 2010:20). I sundhedsprofilen viser en tabel, at den vægtede procentandel blandt svarpersonerne, så godt som er ens med den faktiske køns- og aldersfordeling i den nordjyske befolkning (Pedersen et al. 2010:20). Derudover er der ligeledes blevet vægtet i forhold til kommunernes indbyggertal, da dette sikrer repræsentativitet på regionalt niveau (Pedersen et al. 2010:21). Data antages herved som værende repræsentative for Region Nordjylland, og på trods af bortfaldet synes det muligt at opnå en god validitet i de kommende analyser og resultater.

Sundhedsundersøgelsen "*Hvordan har du det?*" fra Region Nordjylland udgør således den empiri, som nærværende speciale bygger på. Den indeholder et stort datasæt, hvor mange sundhedsaspekter indgår, hvilket stemmer godt overens med problemformuleringens fokus på selvvurderet helbred. Endvidere giver datasættet, som nævnt tidligere, en unik mulighed for at undersøge personers sociale kapital, idet der igennem flere spørgsmål bliver spurgt ind til ting, som kan være indikatorer for social kapital. Dermed muliggøres det at undersøge, om social kapital har en betydning for nordjyderes selvvurderede helbred.

Statistisk metode

Til at bearbejde datasættet fra Sundhedsprofilundersøgelsen 2010 fra Region Nordjylland, vil jeg anvende forskellige statistiske tests og analyser for på den måde at belyse sammenhængen mellem social kapital og nordjyderes selvvurderede helbred. Analysen udføres ved hjælp af det statistiske softwareprogram SAS, og der vil blive arbejdet med krydstabeller, multipel logistisk regression og elaborering.

Deskriptiv databehandling

Indledningsvist vil en kort beskrivelse af data foretages på baggrund af generelle krydstabeller af de valgte variable, hvori mulige signifikante sammenhænge kan fremkomme. I analysen af krydstabellerne anvendes den statistiske test χ^2 -testen, der tager udgangspunkt i de observerede

værdier i krydstabellen, og på baggrund af nulhypotesen, hvilket vil sige ingen sammenhæng, beregner den de forventede værdier. Det afhænger således af, hvor stor forskel der er mellem de observerede og de forventede værdier, om sammenhængen vil vurderes til at være signifikant.

Formlen ser således ud:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

f_o = Observeret frekvens, f_e = Forventede frekvens (Agresti & Finlay 2009:225).

Der arbejdes ud fra et signifikansniveau på 0,05 ($\alpha=0,05$), da dette niveau er det mest anvendte i samfundsvidenskabelige undersøgelser. Dette betyder, at nulhypotesen forkastes, når hypotesetesten giver en p-værdi $p < \alpha$. Chi²-testen måler variable, der er nominelskaleret, og den måler ikke sammenhængens styrke (se bilag 3 for nærmere beskrivelse). Er der en signifikant sammenhæng, er det muligt at måle, hvilken retning sammenhængen har (fortegn), og hvor stærk eller svag denne sammenhæng er. Styrken måles ud fra en gammakvotient. Gammakvotienten er en korrelationskvotient til især ordinalskalerede variable, som har værdien mellem [-1;1]. Jo tættere gammakvotienten er på yderpunkterne i intervallet, desto stærkere er sammenhængen, hvorimod en gammakvotient omkring 0 indikerer, at sammenhængen er meget svag⁷ (Agresti & Finlay 1997:276ff). Med denne deskriptive del af analysen gives et tidligt billede af mulige signifikante sammenhænge, som i den senere analyse kan blive testet via logistisk regression.

Multipel logistisk regression

Hovedvægten af analysen i nærværende speciale vil bygge på logistisk regressionsmodeller, da disse kan analysere ordinale og nominale variable (Agresti & Finlay 2009:483). Der vil ikke indgå lineær regression, da denne kun kan analysere intervalskalerede variable (Kreiner 2007:411). Logistisk regression er således relevant, da datasættet primært indeholder nominel- og ordinalskalerede variable. Den afhængige variabel er samtidig binær, hvilket gør det muligt, at teste den igennem logistisk regression. Derudover anvendes logistisk regression, idet det er muligt at elaborere for mellem- og bagvedliggende variable, samtidig med at der testes for mulige sammenhænge. Det betyder, at der er mulighed for at teste de forskellige uafhængige variable, og samtidig teste, hvilken betydning disse har for nordjyders selv vurderede helbred. Logistisk regression giver således muligheden for at teste komplekse modeller og ligeledes lave en

⁷ Se bilag 3 for nærmere beskrivelse af gamma

signifikans- og modeltest. En multipel logistisk regressions model beskriver, hvordan fordelingen af en binær variabel (Y) afhænger af flere forskellige baggrundsvariable ($X_1 \dots X_k$) (Kreiner 2007:416).

Den multiple logistiske regressionsmodel skal forstås ud fra følgende formel:

$$\log \left[\frac{P(y=1)}{1-P(y=1)} \right] = \alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

Hvor $\frac{P(y=1)}{1-P(y=1)} = e^{\alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k}$ er oddsene for at $y=1$ (Agresti & Finlay 2009:487).

Odds er sandsynligheden for succes divideret med fiasko.

I analysen af logistisk regression vil fokus primært være på odds ratio værdier, da denne værdi giver et mål for sammenhæng mellem to variable. Odds ratio er forholdet mellem to odds:

$$\theta = \frac{\text{Odds(række1)}}{\text{Odds(række2)}} \text{ (Agresti \& Finlay 2009:236).}$$

Odds ratio kan i logistisk regression give et mål for sammenhængen mellem to variable. Odds ratio kan aldrig være negativ, og hvis de to odds er ens, så er odds ratio=1. Når $\theta > 1$, så er oddsene for succes større i række 1 end i række 2. Når $\theta < 1$, så er oddsene for succes lavere i række 1 end i række 2. Derudover viser værdier af θ , som er længere væk fra 1, at der er en stærk sammenhæng i en given retning. Hvis to værdier for θ repræsenterer samme styrke sammenhæng, men i modsatte retninger, så er den ene værdi den reciprokke til den anden (Agresti & Finlay 2009:237).

I henhold til dette specialets problemformulering og hypoteser kunne en multipel logistisk regressionsmodel se således ud:

$$\log \left[\frac{P(\text{Godt} - \text{selvvurderet} - \text{helbred})}{P(\text{Dårligt} - \text{selvvurderet} - \text{helbred})} \right] = \alpha + \beta_{\text{Tillid}} x_1 + \beta_{\text{Socialerektioner}} + \dots + \beta_{\text{osv.}} x_k$$

Modellen ovenfor viser således odds ratio for tillid og odds ratio for sociale relationer i forhold til, om de har dårlig selvvurderede helbred eller ej. Eksempelvis hvis odds ratio værdien er 3 for den forklarende variabel *lav tillid til andre mennesker*, betyder det, at personer med lav grad af tillid til andre mennesker har 3 gange så stor risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred, i forhold til personer med høj grad af tillid til andre mennesker.

I analysen vil multipel logistisk regression anvendes, da denne kan teste flere variable på en gang, og derved er det muligt at se på odds ratio variablene imellem.

Problematikker i databehandlingen

I dette afsnit vil der være en kort gennemgang af de mulige faldgruber og problemer, der kan påvirke validiteten i den kommende analyses resultater. Der vil herved fokuseres på de problematikker, der skal tages højde for i den statistiske analyse.

Outliers

Det er vigtigt at tage højde for mulige outliers (ekstreme værdier), som kan påvirke estimationen i de logistiske regressions modeller. I dette tilfælde vil outliers spille en mindre rolle, idet datasættet er så stort, at outliers påvirkning på regressionens hældning vil være lille (Agresti & Finlay 2007:262-263). Der vil alligevel i nærværende analyse tages højde for outliers ved at sammenlægge værdier for nogle bestemte kategorier, hvor det store antal af kategorier kan skabe outliers.

Missing-værdier

Det er vigtigt og relevant at være opmærksom på missing-værdier og deres indflydelse på datastørrelsen og muligheden for at tolke og generalisere resultaterne af analysen af data. I de fleste spørgeskemaundersøgelser vil der indgå svarkategorier, hvor respondenterne ikke har svaret på spørgsmålet af forskellige årsager, hvilket en forsker er nødt til at håndtere på den ene eller anden måde (Treiman 2009:182). Der bruges forskellige metoder til behandlingen af missing-værdier og de afhænger ofte af forskerens egen overbevisning, måden missing-værdierne falder ud på og antallet af missing. I nærværende behandling af data, samt analyse, vil missing-værdierne ikke indgå i analysen. Missing-værdierne indgår ikke i analysen, da der ikke er tale om et stort antal missings, og at samplet er stort. Derudover indgår de ikke i analysen, da de kan påvirke udfaldet og skævvride nogle af resultaterne. "Ved ikke" kategorier vil også høre under missing-værdier, da der ikke i nogle af de valgte spørgsmål vil være relevant at inddrage "ved ikke" svar.

Etiske overvejelser

I alle former for sociale undersøgelser vil der være nogle etiske problemstillinger som kræver nogle overvejelser og refleksioner fra forskerens side, både i forhold til adgang til personlig data og behandlingen af denne. Dette datasæt, som der arbejdes med, indeholder nordjyders beskrivelse af deres sundhedssituation. Jeg har dog ikke haft adgang til personnumre, navne, geografisk placering eller lignende og har derfor ikke den store mulighed for at kunne bryde respondenternes

fortrolighed og anonymitet. Derudover er specialets fokus ikke på enkelte individer men generelt på nordjyders sundhed.

Med de etiske refleksioner in mente er det ligeledes væsentligt at diskutere specialets validitet, reliabilitet og generaliserbarhed.

Vurdering af gyldighed og pålidelighed

I dette afsnit vil specialets validitet og reliabilitet blive vurderet. Jeg har ikke selv formuleret spørgsmål, givet instruktioner og lavet svarkategorier, hvilket er områder, som er vigtige i forhold til undersøgelsens validitet. Region Nordjylland har brugt formuleringer, svarkategorier og instruktioner, som har været brugt i tidligere undersøgelser og tilpasset efter, om formuleringerne af spørgsmål indfangede det, de skulle. Det antages hermed, at den interne validitet er rimelig god i forhold til, om spørgsmålene måler det, der er intentionen (De Vaus 1993:56). Den generelle validitet af datasættet kan tolkes som god, da spørgeskemaet giver mange indikatorer for social kapital, hvilket giver en større mulighed for at indfange nordjyders sociale kapital (De Vaus 1993:55). Med henblik på analysen bliver den interne validitet styrket igennem elaborering i logistisk regression. Dette styrker gyldigheden af analysen, da der er blevet kontrolleret for andre mulige sammenhænge, der muligvis kunne have tilført forklaringskraft. Sammenhænge imellem social kapital og selv vurderet helbred kan således siges at være stærke, hvis de er signifikante, og hvis der er kontrolleret for andre forklaringer. Der er dog et fortolkningsproblem i forhold til, hvilken retning sammenhængen går, hvilket kan påvirke resultatets interne validitet (Bryman 2004:28). Endvidere bliver den interne validitet styrket ved, at der inddrages flere indikatorer for social kapital, hvilket forbedrer muligheden for at indfange begrebet. Derudover styrkes validiteten, idet der anvendes selv vurderet helbred, da det er blevet fremhævet i flere undersøgelser som et godt og validt mål for folks sundhed.

I forhold til den eksterne validitet kan det tolkes, at sammenhængen mellem nordjyders sociale kapital og selv vurderede helbred ligeledes kan findes i en lignende kontekst (Bryman 2004:29). Det kan eksempelvis antages, at borgere i Region Midtjyllands sociale kapital har en betydning for deres selv vurderede helbred. Den eksterne validitet er styrket, idet udvælgelsen af populationen er udført, så den er så repræsentativ som muligt for Region Nordjylland (Bryman 2004:29). Dette gælder både i forhold til flere forskellige baggrundsvARIABLE samt geografisk område. Ydermere kan størrelsen af undersøgelsen styrke den eksterne validitet, da et stort sample øger muligheden for at repræsentere et bredt udsnit af nordjyderne.

Nærværende speciales reliabilitet antages at være solid, eftersom spørgeskemaet er gennemarbejdet og formuleret forståeligt, hvorfor det forventes, at respondenterne har forstået spørgsmålene på samme måde (De Vaus 1993:54). Selvvurderet helbred må dog siges at være et meget individuelt mål, hvorved respondenterne har givet deres egen subjektive mening om helbred, der kan differentiere mellem psykisk og fysisk helbred eller begge to kombineret. Endvidere er antallet af missings på de valgte variable relativt få i forhold til størrelsen af samplet, hvilket kan indikere, at pålideligheden er god. Undersøgelsen burde således kunne gentages igen ud fra samme kontekst og ende op med nogenlunde samme resultat (De Vaus 1994:54).

Samlet set kan undersøgelsens generaliserbarhed især fremhæves, da det er et meget stort sample, der er repræsentativt udvalgt og indeholder spørgsmål, hvor mange har svaret. Resultatet må herved antages, at kunne generaliseres til at omfatte borgerne i Region Nordjylland.

I det efterfølgende kapitel vil operationaliseringen af de forskellige relevante variable gennemgås i forhold til empirien, herunder hovedbegreberne: *Social kapital* og det *selvvurderede helbred*. Desuden beskrives de relevante øvrige uafhængige variable ligeledes i dette kapitel.

Operationalisering

I dette kapitel vil der tilnærmes en operationalisering af nærværende speciales begreber, der indgår i såvel problemformulering som hypoteser. Denne operationalisering skal skildre, hvordan problemformuleringen og hypoteserne måles i denne undersøgelse ud fra de mulige variable, der er til rådighed i den empiriske data. Dette kapitel er opdelt i følgende afsnit; *Social capitals måleniveau*, *Operationalisering af social kapital*, *Operationalisering af Selvvurderet helbred* og *Operationalisering af relevante variable og baggrundvariable*.

Social capitals måleniveau

Der bliver, som nævnt tidligere, taget udgangspunkt i Pierre Bourdieu, James Coleman og Robert Putnams teoretiske forståelse af social kapital begrebet. I dette afsnit fokuseres der på social capitals måleniveau.

De tre teorier befinder sig, som nævnt tidligere, på tre forskellige måleniveauer; mikro-, meso- og makroniveau, hvilket medfører tre forskellige tilgange til at måle og forstå social kapital. Det er således vigtigt at diskutere nærværende speciales måleniveau for social kapital, da der bygges på ontologiske forskelle i forståelsen af, hvad social kapital er, og hvilken funktion den har. Bourdieu, Coleman og Putnam er alle tre tilnærmelsesvist enige om, at social kapital ligger i strukturerne af

relationerne og ikke hos selve individet. Dette speciale bygger på allerede eksisterende data, hvilket til en vis grad befinder sig på individniveau, idet det er individers egne beskrivelser og vurdering af sundhed og sygdom. Hvis de tre teorier ikke mener, at social kapital ligger hos selve individet, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om social kapital kan måles på individniveau. Herved kan der opstå en velkendt metodologisk udfordring i forhold til at måle på individniveau ud fra kvantitativ empiri. Der er dog undersøgelser, der ud fra surveydata viser, at der er profilerende egenskaber ved social kapital også på individniveau. På individniveau ses social tillid og engagement i lokalsamfundet som værende korrelerende med selvvurderet sundhed (Poortinga 2006). Mange af de tidligere nævnte undersøgelser fra problemfeltet belyser ligeledes social kapital på individniveau (Subramanian et al 2002, Kawachi et al. 1999). Det kan således argumenteres for, at social kapital kan måles på individniveau. Endvidere er det i forhold til problemformuleringen relevant at undersøge nordjyders selvvurderede helbred ud fra individniveauet, da det handler om individets sundhedsvaner og personlige psykiske tilstand. I dette speciale vil social kapital overordnet måles ud fra et individniveau, da der spørges ind til individers sociale tillid og ind til kvantiteten og kvaliteten ved individernes (nordjydernes) sociale netværk.

Operationalisering af social kapital

Med udgangspunkt i den sociale kapitals måleniveau, vil der i dette afsnit lægges vægt på, hvorledes social kapital kan måles ud fra det empiriske data. Generelt kan det være svært at måle social kapital, da det er et teoretisk begreb, som anvendes i forhold til empirisk arbejde. Det kan herved være svært at komme frem til en klar og målbar definition af social kapital. Denne manglende begrebslige præcision besværliggør muligheden for at måle social kapital på en valid og standardiseret måde. Med dette in mente vil jeg i det følgende alligevel forsøge at komme frem til nogle målbare variable for social kapital.

Der tages, som nævnt i forrige afsnit, afsæt i Pierre Bourdieus, James Colemans og Robert Putnams teoretiske forståelser af social kapital. Der vil med udgangspunkt i denne operationalisering forsøges at bygge bro mellem disse teoretiske forståelser og den empiriske dimension. De teoretiske forståelser ligger på et højt abstraktionsniveau og forsøges således at blive bragt ned på et empirisk niveau, hvor det bliver konkret og målbart. I de tidligere nævnte undersøgelser i kapitlet *Problemfelt*, er der gennemgående tre måder at måle social kapital på, som er mest anvendte. Den ene indikator refererer til medlemskab i en frivillig forening, og den anden indikator er den generaliserede sociale tillid, og den tredje er sociale relationer. Social kapital kan siges at bestå af mange dimensioner, men ofte måles den i undersøgelser kun ud fra én

dimension, eksempelvis sociale relationer eller tillid. I denne undersøgelse vil den sociale kapital forsøges indfanget gennem to overordnet dimensioner, hvoraf den ene er tillidsdimensionen, og den anden er sociale relationer (netværk). Disse to dimensioner er ikke udelukkende i forhold til social kapital begrebet. Endvidere er det ikke altid tydeligt at adskille de to valgte dimensioner, idet de kan relatere til hinanden. Putnam nævner eksempelvis, at en høj grad af aktiv social deltagelse kan øge individets sociale tillid. På samme måde kan en høj grad af social tillid medvirke til, at individer øger deres netværk. Det kan hermed betyde, at hvis der måles på sociale relationer i analysen, kan det implicit være social tillid, der måles, og det samme gælder omvendt. Dette må således tages i betragtning igennem analysen. I det følgende vil de to valgte dimensioner i social kapital blive operationaliseret.

Tillid

Social tillid er, som nævnt, en ofte anvendt og vigtig indikator for social kapital. Her fokuseres især på Putnams og Colemans teoretiske forståelse af social kapital. Putnam påpeger, at tillid er med til at lette samarbejdet om at nå et fælles mål. Gruppemedlemmer, der har tillid til hinanden, har mulighed for at opnå meget mere end en gruppe med ringe tillid (Putnam 1993:167). Coleman fremhæver nødvendigheden af tillid i forhold til kontrakterne der binder individerne sammen i et socialt netværk (Coleman 1990:303). Social kapital er ifølge Coleman baseret på tillid, gensidighed og normer for handlen. Hans pointe er, at mennesker som indgår i sådanne strukturer, der er præget af tillid og forpligtelse om gensidighed, vil kunne opnå mere end mennesker, hvis relationer ikke er præget i så høj grad af tillid og forpligtelse (Hegedahl & Rosenmeier 2007:19). Tillid er således vigtig også i forhold til opretholde gode sociale relationer.

Social tillid er dog ligesom social kapital mangfoldig. Generelt i litteraturen bliver social tillid opdelt i tre kategorier; *Personlig tillid*, *Generaliseret tillid* og *Institutionel tillid*. *Personlig tillid* er den tillid, et individ har til de nærmeste, herunder familie og nære venner. *Generaliseret tillid* er den tillid, et individ har til andre fremmede mennesker generelt. Det handler om, hvorvidt de stoler på mennesker og har tillid til de fremmedes forventede handlinger, ud fra de antagede fælles normer. Den *Institutionelle tillid* er den tillid, et individ har til samfundet generelt og dets institutioner (ekspertsystemer). Der har ikke været særlig stor fokus på den *personlige tillid* i den videnskabelige forskning, hvorimod den *generaliserede* og den *institutionaliserede tillid* ofte er blevet belyst. Disse forskellige tillidskategorier fordrer en forskellig empirisk måling i forhold til at indfange undersøgelsens sociale kapital, hvorfor social tillid i det følgende operationaliseres ud fra de ovennævnte kategorier.

Personlig tillid

På trods af den manglende fokus på personlig tillid, finder jeg det dog stadig relevant at inddrage den *personlige tillid* som et mål til at indfange den sociale kapital. Ud fra det empiriske data indfanger følgende spørgsmål den *personlige tillid*:

- *"I hvor høj grad stoler du på forskellige mennesker? – Personer fra din familie"*

Til dette spørgsmål hører svarkategorierne: (1) *Stoler helt og holdent på dem*, (2) *Stoler en del på dem*, (3) *Stoler ikke ret meget på dem*, (4) *Stoler overhovedet ikke på dem*, (5) *Ved ikke* og (6) *Ønsker ikke at svare*.

Generaliseret tillid

Den *generaliserede tillid* er den mest anvendte kategori af social tillid inden for sundhedsforskningen. Med udgangspunkt i Robert Putnam kan den *generaliserede tillid* være med til at sige noget om, i hvilken grad individet indgår i netværk og sociale relationer. Han påpeger, at for at et individ skal engagere sig i sociale netværk, kræver det, at individet har generel tillid til andre mennesker. Han fastslår dog også, at sammenhængen ofte går den anden vej, hvor engagementet i netværk skaber den generelle tillid. Endvidere er generaliseret tillid antageligvis det mest anvendte mål for tillid i forskningen (Kawachi et al. 1999, Lindström 2003, Poortinga 2006). Den *generaliserede tillid* måles her med udgangspunkt i tidligere forskning, Putnam og det empiriske data ud fra følgende spørgsmål:

- *"Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn? – Man kan stole på de fleste mennesker"*

Til disse spørgsmål hører svarkategorierne: (1) *Meget enig*, (2) *Enig*, (3) *Uenig*, (4) *Helt uenig* og (5) *Ved ikke*.

Problemet ved at måle generaliseret tillid ud fra spørgsmålet er, at betegnelserne "fleste mennesker" i stor grad lægger op til individets egen vurdering og forståelse af, hvem disse er. Dette påvirker validiteten og det kan derved være svært at vide præcist, om der indfanges den *generaliserede tillid*, eller om betegnelserne tolkes, som mennesker de faktisk kender og hermed ikke fremmede mennesker.

Institutionel tillid

Den *institutionelle tillid* belyses meget i forskningen i forhold til social kapital dog ikke i samme grad inden for sundhedsforskningen, jf. tidligere nævnte sundhedsundersøgelser. Denne type tillid synes alligevel at kunne indfange en antagelse om, at individer, der har høj institutionel tillid, herved stoler

på sundhedspåbud mm., i større grad også vil følge disse påbud og råd, der er fra sundhedsinstitutionerne. Den *institutionelle tillid* måles herved ud fra det empiriske data igennem følgende spørgsmål:

- "Hvor stor tillid har du til følgende institutioner/personer i samfundet? – Sundhedsvæsenet"

Til disse spørgsmål hører svarkategorierne: (1) *Meget stor tillid*, (2) *Ganske stor tillid*, (3) *Ikke særlig stor tillid*, (4) *Ingen tillid* og (5) *Ved ikke*.

Den *institutionelle tillid* belyses på samme måde, som den *generaliseret tillid*, ud fra flere spørgsmål. Der nævnes tillid til følgende institutioner; sundhedsvæsenet, skolen, politiet, de sociale myndigheder, domstolene, folketinget og massemedier/TV/aviser. Dette giver ligeledes en mulighed for at konstruere et samlet indeks for institutionel tillid. Sundhedsvæsenet, som der fokuseres på, skulle gerne give et generelt billede af, om nordjyder har tillid til institutioner inden for sundhed.

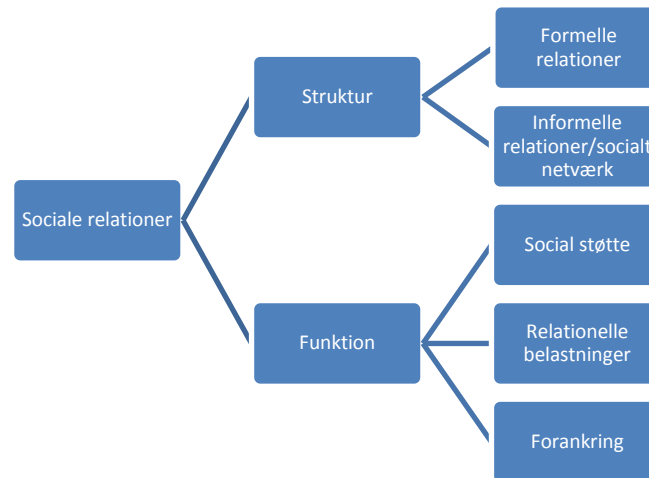
Den anden valgte dimension indenfor social kapital er sociale relationer/netværk, hvilket vil blive operationaliseret i det følgende.

Sociale relationer

Sociale relationer er, som nævnt, en ofte anvendt indikator for social kapital. Denne dimension går på tværs af Bourdieus, Colemans og Putnams teoretiske forståelse af social kapital. Ifølge Bourdieu er sociale relationer værdifulde ressourcer individet kan trække på, når det er nødvendigt (Bourdieu & Wacquant 2009:105). Coleman betoner dette ligeledes ved at beskrive sociale relationer som relationer der kan konstituere en brugbar ressource for individet (Coleman 1990:302). Putnam fremhæver det individuelle aspekt ved sociale relationer, som at individer danner netværk og sociale relationer for egen fordel (Putnam 2000:20).

På samme vis som social tillid omfatter sociale relationer ligeledes mange aspekter. I bogen Medicinsk sociologi er der opstillet en model, der illustrerer en definition af sociale relationer.

Figur. 5: Sociale relationer – en begrebslig model



Kilde: Iversen et al. 2005:89 (Due et al, 1999)

I denne model beskrives sociale relationer ud fra to aspekter; den strukturelle og den funktionelle. Den strukturelle del dækker over den kvantitative del af sociale relationer, hvilket vil sige, "[...]hvor mange og hvilke individer der er, samt hvilke forbindelser der er mellem individerne" (Iversen et al. 2005:87). Endvidere er den strukturelle del af sociale relationer opdelt i formelle og informelle sociale relationer, hvor de informelle relationer omgiver personer, man har et tæt/nært eller følelsesmæssigt forhold til, og de formelle relationer omfatter resten, i mange tilfælde de personer man har kontakt til i kraft af deres funktion i ens liv (Iversen et al. 2005:88). Dette stemmer overvejende overens med Putnams opdeling af afgrænsende sociale relationer (informelle) og brobyggende sociale relationer (formelle). Den anden dimension af sociale relationer er den funktionelle også kaldet den kvalitative. Den fremstiller, hvordan de sociale relationer fungerer. Her tænkes på, hvilken grad af følelsesmæssig støtte, praktisk hjælp og værdsættelse, der kan indhentes igennem de sociale relationer, men også hvilken grad af praktisk, følelsesmæssig og social belastning relationerne bringer med (Iversen et al. 2005:88). Den negative funktion, hvor personer bliver belastet af relationerne, betyder ikke, at der er mangel på støtte men kan betyde, at personen belastes praktisk, eksempelvis ved et handicappet barn eller syg ægtefælle. Sidst er der også en tredje dimension af de sociale relationers funktionelle del. Her er der tale om forankring, hvilket vil sige, om en person føler tilhørsforhold og eksempelvis føler medlemskab i enten informelle eller formelle grupper (Iversen et al. 2005:88)

De sociale relationer vil med udgangspunkt i teorien og den ovenstående model opdeles ud fra følgende træk: *Den strukturelle del af sociale relationer*, *Den kvalitative del af social relationer* og *Engagement i lokalsamfundet*.

Den strukturelle del af sociale relationer

Til at indfange den strukturelle del af sociale relationer bruges herved ud fra det empiriske data følgende spørgsmål:

- "Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?
– Familie som du ikke bor sammen med"
- "Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?
– Venner"
- "Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?
– Personer du mest kender fra nettet (mail, chatforum eller lignende)"

Til disse spørgsmål hører følgende svarkategorier: (1) *Dagligt eller næsten dagligt*, (2) *1 eller 2 gange om ugen*, (3) *1 eller 2 gange om måneden*, (4) *Sjældnere end 1 gang om måneden*.

Disse typer af spørgsmål skal primært indfange kvantiteten af de sociale relationer, som nordjyder har. Den gennemgående analyse vil kun tage udgangspunkt i kontakt til familie som den strukturelle del af sociale relationer. Indledningsvist var intentionen at lave et indeks af de forskellige typer relationer, men deres betydning viste sig at være meget forskellig i forhold til selv vurderet helbred. Denne strukturelle del bidrager således med mængden af sociale relationer, men målet siger ikke noget om, hvor gode disse relationer er, eller hvor støttende disse sociale relationer er, hvorfor det følgende afsnit omhandler kvaliteten ved disse sociale relationer eller netværk.

Den kvalitative del ved sociale relationer

I forsøget på at indfange kvaliteten af nordjydernes sociale relationer vil der ud fra den empiriske data blive brugt følgende spørgsmål:

- "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?"

Til dette spørgsmål hører følgende svarkategorier: (1) *Ja, ofte*, (2) *Ja, for det meste*, (3) *Ja, nogen gange* og (4) *Nej, aldrig eller næsten aldrig*.

Social kapitals betydning for sundhed

Dette spørgsmål måler, om nordjyderne forventer at få støtte eller hjælp af deres sociale relationer. Det giver således muligheden for at se, om borgerne kan få noget nyttigt ud af deres sociale relationer. Det handler om, at relationerne kan hjælpe, når der er brug for det. Her kan ligeledes spores en gensidighed i forhold til Colemans og Putnams teori omhandlende normen for gensidighed i sociale relationer. Hvis du støtter nogen, forventer du også at få støtte tilbage.

Som en sidste indikator har jeg medtaget et spørgsmål omkring samliv og ægteskabelig status, da jeg har en antagelse om, at samliv styrker en persons sociale relationer, og derved også styrker kvaliteten af de sociale relationer. En persons ægteskabelige status måles ud fra følgende spørgsmål:

- "Hvad er din ægteskabelig status rent juridisk?"

Til dette spørgsmål hører følgende svarkategorier: (1) *Gift*, (2) *Registreret partnerskab*, (3) *Separeret*, (4) *Skilt*, (5) *Enke/enkemand* og (6) *Ugift*.

En persons samlivsstatus, hvis personen ikke er gift eller i registreret partnerskab, måles ud fra følgende spørgsmål:

- "Er du fast samlevende i papirløst samliv?"

Til dette spørgsmål hører disse svarkategorier: (1) *Ja* og (2) *Nej*.

Ud fra disse spørgsmål konstrueres en ny variabel med fem kategorier: (1) *Gift*, (2) *Samlevende*, (3) *Enlig (separeret, skilt)*, (4) *Enlig (enkestand)* og (5) *Enlig (ugift)*. Det bliver således muligt at undersøge, om nordjyder der lever i et samliv har tættere sociale relationer og støtter hinanden.

I forhold til sociale relationer vil der i det følgende afsnit fokuseres på nordjyders forhold til lokalområdet.

Engagement i lokalsamfundet

Engagement i lokalsamfundet er en relevant indikator for at måle sociale relationer, hvilken også er blevet anvendt i mange undersøgelser indenfor social kapital og sundhed, jf. Kawachi et al 1997 og Poortinga 2006. Det er især med udgangspunkt i Robert Putnams teori omkring social kapital, der måles ud fra spørgsmål omkring medlemskab og engagement i lokalsamfundet. Putnam fremhæver at sociale kapital skabes igennem menneskers aktive deltagelse i organisationer og grupper og det er derfor et vigtigt element for sammenhængskraften (Hegedahl & Rosenmeier 2007:27). Putnam måler den aktive deltagelse på et makroniveau, men i flere af de tidligere nævnte

sundhedsundersøgelser anvendes målet også på individniveau. Dette gør sig også gældende for nærværende undersøgelse. Engagement i lokalsamfundet måles således ud fra følgende spørgsmål:

- *"Deltager du i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lign. aktiviteter?"*

Til dette spørgsmål hører følgende svarkategorier: (1) *Ja, dagligt*, (2) *1 eller 2 gange om ugen*, (3) *1 eller 2 gange om måneden*, (4) *Sjældnere*, (5) *Aldrig* og (6) *Ved ikke*.

Dette spørgsmål kan umiddelbart værre et mål for en social støtte, som nordjyderne kan finde i netværk i lokalområdet. Samtidig kan nordjyderne indhente brugbare ressourcer og informationer via deres aktive deltagelse.

Disse spørgsmål inden for de forskellige former for tillid og de tre dele af sociale relationer, skulle gerne tilnærmelsesvis indfange nordjydernes sociale kapital. I det efterfølgende afsnit vil de forskellige relevante sundhedsaspekter blive operationaliseret.

Operationalisering af selvvurderet helbred

I dette afsnit belyses sundhedsdelen af problemformuleringen, hvilket vil sige nordjyderes selvvurderede helbred. Dette har til formål at indfange nordjyderes sundhed, både i forhold til fysisk og psykisk tilstand. Selvvurderet helbred er som nævnt tidligere et godt mål for individers sundhedstilstand. I det nedenstående gennemgås præcist, hvordan selvvurderet helbred bliver operationaliseret og målt i dette speciale ud fra empirien.

Selvvurderet helbred

Eftersom et af de overordnede temaer er sundhed, vil nordjyderes generelle sundhed ligeledes måles i forhold til deres sociale kapital. Til at indfange nordjyderes generelle og selvvurderede helbred bruges følgende spørgsmål:

- *"Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?"*

Til dette spørgsmål hører følgende svarkategorier: (1) *Fremragende*, (2) *Vældig godt*, (3) *Godt*, (4) *Mindre godt* og (5) *Dårligt*.

Dette spørgsmål er yderligere blevet rekodet til en dikotom variabel, da det derved er muligt at analysere denne igennem en logistisk regression. Den rekodet variabels svarkategorier lyder: 1) *Godt* og 2) *Dårligt*. *Fremragende*, *Vældig godt* og *Godt* er lagt sammen til *Godt*. *Mindre godt* og

Dårligt er lagt sammen til *Dårligt*. Ud fra dette spørgsmål måles således nordjydernes egen vurdering af eget helbred, og eftersom det er helbred "*alt i alt*" indfanger det både det psykiske helbred, såvel som det fysiske helbred. Det vil dog ikke være muligt at se på, hvad der er galt med helbredet, hvis nordjyderne vurderer det til at være dårligt.

Der vil i det følgende afsnit være en beskrivelse af andre relevante variable og baggrundsvariable.

Operationalisering af relevante variable og baggrundsvariable

Efter gennemgangen af operationaliseringen af hovedbegreberne i nærværende speciale, vil der i dette afsnit kort opridses, hvordan andre relevante variable og baggrundsvariable vil blive operationaliseret⁸.

Der vil igennem analysen af det empiriske data blive brugt nogle overordnede kontrolvariable for at mindske risikoen for at overfortolke social kapitals betydning for selv vurderet helbred. De helt generelle kontrolvariable er:

- **Alder**
- **Køn**
- **Etnicitet**
- **Samlivsstatus**

Disse inddrages, da de kan have en indvirkning på betydningen af social kapital. Endvidere medtages variable, der måler nordjyders sociale ulighed. Her anvendes variablene:

- **Uddannelse**
- **Økonomisk belastning**
- **Erhvervsstatus**

Disse variable kan give et indblik i respondentens sociale position i samfundet. Denne sociale position kan, med henblik på Pierre Bourdieus optik, tænkes ligeledes at have en betydning for nordjyders sundhed.

Der vil i det næste kapitel blive gjort rede for den anvendte analysestrategi, som vil være udgangspunktet for den følgende analyse.

⁸ Se bilag 4 for grundigere gennemgang af operationaliseringen af de relevante variable og baggrundsvariable

Analyselstrategi

Før selve analysen, vil der i det følgende præsenteres, hvorledes analysen bliver struktureret. Overordnet vil analysen blive struktureret ud fra de tre hypoteser, som blev beskrevet i kapitlet omhandlende problemformuleringen. De tre hypoteser er, som tidligere nævnt, opstillet på baggrund af tidligere undersøgelsers resultater, egne forventninger til genstandsfeltet og de teoretiske forudsætninger. Disse tre hypoteser vil således udgøre tre analysedele (I-III).

De tre analysedele opdeles ud fra de tre hypoteser på følgende måde:

Analysedel I: *Nordjyder med lav tillid har i større grad et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder med høj tillid*

Lav tillid → Dårligt selvvurderet helbred

Analysedel II: *Nordjyder med få eller dårlige sociale relationer har i større grad dårligt selvvurderet helbred end nordjyder med mange eller gode sociale relationer*

- **Få/dårlige sociale relationer → Dårligt selvvurderet helbred**

Analysedel III: *Nordjyder med lidt/intet engagement i lokalsamfundet har i større grad et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder med stort engagement i lokalsamfundet.*

- **Lidt/intet engagement i lokalsamfundet → Dårligt selvvurderet helbred**

Denne struktur bygger primært på en *deduktiv* tilgang, hvor hver hypotese primært vil blive testet igennem statistiske tests. I disse analysedele undersøges det, om social kapital har en betydning for selvvurderet helbred, som det nævnes i hypoteserne. Hovedvægten af analysen tager udgangspunkt i logistisk regressionsmodeller. Disse har til formål at være de forklarende dele af analysedelene, hvorved der undersøges, om social kapital har en betydning for nordjyderes selvvurderede helbred. I regressionsanalysen undersøges det således, hvorvidt social kapital er en forklaringsfaktor i forhold til selvvurderet helbred. Der vil i en konklusion blive samlet op på de tre analysedele og blive vurderet, om social kapital har en betydning for nordjyderes selvvurderede helbred og derved beskrive resultaterne i forhold til problemfeltet og problemformuleringen.

Præsentation af analyse

Der vil med udgangspunkt i analysestrategien være en opdeling af analysen i forhold til de tre hypoteser, for derved at analysere sammenhængen mellem social kapital og selvvrurderet helbred.

Har social kapital en betydning for nordjyders selvvrurderede helbred?

I hver analysedel testes hypoteserne ud fra en multipel logistisk regression for på den måde at belyse betydningen af social kapital i forhold til selvvrurderet helbred. Hver analysedel fokuserer på en hypotese, og denne testes i forhold til selvvrurderet helbred. Endvidere vil der for hver analysedel blive kontrolleret for de øvrige baggrundsvariable for på den måde teste, om der stadig er en signifikant sammenhæng. Desuden vil relevante sammenhænge mellem selvvrurderet helbred og baggrundsvariablene fremhæves og diskuteres.

For at gennemføre analysen kræves der et dybere indblik i datasættet, da det vil give en bedre forståelse for populationen, og hvordan de overordnet fordeler sig. Der vil således i følgende afsnit vil være en beskrivelse af respondenterne, som danner grundlag for analysen.

Respondentbeskrivelse

Respondenterne i samplet vil på deskriptiv vis blive anskueliggjort ved en gennemgang af dem i forhold til social kapital, selvvrurderet helbred og de forskellige baggrundsvariable.

Tabel 1: Respondentbeskrivelse

Tillid	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Personlig		
Høj tillid	22.208	98,8
Lav tillid	263	1,2
Generaliseret		
Høj tillid	17.048	79,8
Lav tillid	4328	20,3
Institutionel		
Høj tillid	17.753	81,6
Lav tillid	4013	18,4

Social kapitals betydning for sundhed

Mange el. gode Sociale relationer	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Kontakt til familie		
Dagligt/næsten dagligt /1-2 gange om ugen	18.353	79,9
1-2 gange om måneden/ Sjældnere end 1 gang om måneden	4554	20,2
Nogen at tale med - Støtte		
Ofte/for det meste	20.274	87,8
Nogen gange/sjældent/aldrig	2818	12,2

Engagement i lokalsamfundet	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Dagligt/1-2 gange om ugen/1-2 gange om måneden	8081	38
Sjældnere eller aldrig	13.191	62
Total	21.272	100

Selv vurderet helbred	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Fremragende/vældig godt/godt	19.807	85,5
Mindre godt/Dårligt	3368	14,5
Total	23.175	100

BaggrundsvARIABLE – Køn	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Mænd	11.291	48,3
Kvinder	12.101	51,7
Total	23.392	100

BaggrundsvARIABLE – Etnicitet	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Dansk	22.574	96,5
Vestlig	414	1,78
Ikke-vestlig	401	1,71
Total	23.392	100

BaggrundsvARIABLE - Alder	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
16-24 år	2503	10,7
25-34 år	2286	9,8
35-44 år	3702	15,8
45-54 år	4421	18,9
55-64 år	4707	20,1
65-74 år	3564	15,2
75 og derover	2209	9,4
Total	23.397	100

Social kapitals betydning for sundhed

Baggrundvariable - Uddannelse	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Under uddannelse	1486	6,6
Ingen erhvervsuddannelse	4544	20,1
Faglært, studentereksamen	8332	36,8
Kort uddannelse	2339	10,3
Mellemlang uddannelse	3741	16,5
Lang uddannelse	1221	5,4
Anden uddannelse	975	4,3
Total	22.638	100

Baggrundvariable - Erhvervsstatus	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Under uddannelse	1742	7,8
Beskæftiget	11811	52,6
Arbejdsløs/kontanthjælpsmodtager	1070	4,8
Førtidspensionist	1029	4,6
Efterlønsmodtager	1083	4,8
Folkepensionist	5266	23,5
Øvrig ikke-erhvervsaktiv	448	2
Total	22.449	100

Baggrundvariable - Samliv	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Gift	13.861	61,4
Samlevende	2802	12,4
Enlig (separeret, skilt)	1174	5,2
Enlig (Enkestand)	1537	6,8
Enlig (Ugift)	3221	14,3
Total	22.595	100

Baggrundvariable – Økonomisk belastning	Stikprøve (Antal)	Stikprøve (Procent)
Nej	14.039	62,1
Ja, lidt	5573	24,7
Ja, en del	1741	7,7
Ja, meget	1256	5,6
Total	22.609	100

I de ovenstående tabeller ses hermed en deskriptiv gennemgang af respondenterne, hvis svar denne analyse bygger på. Dette er således grundlaget for de logistiske regressionsanalyser, hvilket kan give et overblik af, hvordan de forskellige nordjyder fordeler sig i forhold til baggrund, social kapital og selv vurderet helbred. Generelt er der ikke nogle kategorier, der er meget få personer i med en undtagelse af personlig tillid (263 personer) og personer der er øvrig ikke-erhvervsaktiv (448 personer). Dette betyder, at der generelt vil kunne tolkes ud fra hver kategori i hver variabel.

Deskriptive indikationer

I dette afsnit vil der fremgå en kort gennemgang af den deskriptive analyse, som bygger på krydstabeller, Chi²-test og gammatest. Dette har til formål at give et billede af mulige sammenhænge og relevante fund.

Med henblik på tillid viser den deskriptive analyse, at der er nogle signifikante forskelle mellem de forskellige kategorier. Især i forhold til personlig tillid kan det tydes, at der er en signifikant sammenhæng med selvvurderet helbred. Af de nordjyder, som stoler på deres familie, er det kun ca. 14 %, der har et mindre godt/dårligt selvvurderet helbred, hvor der blandt nordjyder, som ikke stoler på deres familie, er knap 37,5 %, der har et mindre godt/dårligt selvvurderet helbred (Se Bilag 1). Der er således over dobbelt så stort et antal, der har et dårligt selvvurderet helbred. Lignende sammenhænge gør sig gældende for generaliseret tillid og institutionel tillid (Se Bilag 1). I forhold til den strukturelle del af sociale relationer viser testene, at der er signifikant sammenhæng mellem kontakt til familie og selvvurderet helbred (se Bilag 2). Det samme gør sig gældende for kvaliteten af sociale relationer. Af de nordjyder, som har støtte ofte/for det meste, når de har brug for det, er der ca. 13 %, der har et dårligt selvvurderet helbred, hvor af de nordjyder, som aldrig/næsten aldrig har støtte, når de har brug for det, er der knap 32 %, der har et dårligt selvvurderet helbred (se Bilag 2). Der er herved over dobbelt så stort et antal, der har et dårligt selvvurderet helbred. I krydstabellen af engagement i lokalsamfundet ses en signifikant sammenhæng med selvvurderet helbred. Af de nordjyder som dagligt/1-2 gange om ugen er engageret i lokalsamfundet er der 10 %, der har et dårligt selvvurderet helbred, hvor af de nordjyder, som sjældnere eller aldrig er engageret i lokalsamfundet, er der ca. 17 % der har et dårligt selvvurderet helbred (se Bilag 3). De forskellige krydstabeller med Chi²-test og gammatest giver nogle gode indikationer på, at der er en sammenhæng mellem de forskellige social kapital variable og selvvurderet helbred. Den følgende analyse vil således tage udgangspunkt i disse deskriptive fingerpeg og belyse, hvor stærke disse sammenhænge er, og om sammenhængende eksisterer efter kontrol for andre variable.

Præsentation af logistisk regressionsmodeller

Der vil som nævnt i analysestrategien laves tre regressionsmodeller ud fra hver af de tre hypoteser. Disse modeller vil indgå i hver sin analysedel: *Analysedel I – Tillid*, *Analysedel II – Sociale relationer*, *Analysedel III – Engagement i lokalsamfundet*. I hver regressionsanalyse indgår der tre forskellige regressionsmodeller; *Model A*, *Model B*, *Model C*. I nedenstående figur ses et eksempel på de tre modeller illustreret:

Figur 6: Forventede sammenhænge i den logistiske regressionsanalyse

Model A: Analysedel I

Tillid → Selvvurderet
helbred

Model A: Analysedel II

Sociale relationer →
Selvvurderet helbred

Model A: Analysedel III

Engagement i lokalsamfund →
Selvvurderet helbred

Model B: Analysedel I

Tillid → Selvvurderet helbred
↑
Uddannelse
Økonomi
Alder
Samlivstatus
Erhvervsstatus
Køn

Model B: Analysedel II

Sociale relationer → Selvvurderet helbred
↑
Uddannelse
Økonomi
Alder
Samlivsstatus
Erhvervsstatus
Køn

Model B: Analysedel III

Engagement i lokalsamfund → Selvvurderet helbred
↑
Uddannelse
Økonomi
Alder
Samlivsstatus
Erhvervsstatus
Køn

Model C: Analysedel I

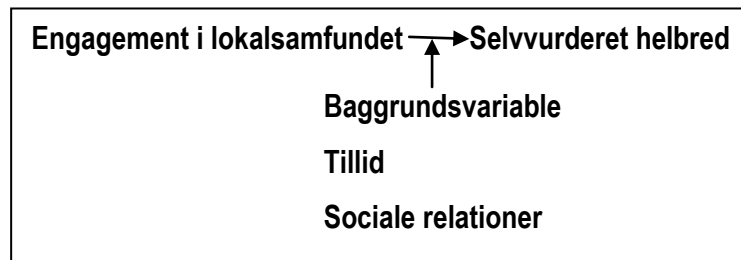
Tillid → Selvvurderet helbred
↑
Baggrundvariable
Sociale relationer
Engagement i lokalsamfund

Model C: Analysedel II

Sociale relationer → Selvvurderet helbred
↑
Baggrundvariable
Tillid
Engagement i lokalsamfundet

Social kapitals betydning for sundhed

Model C: Analysedel III



I disse modeller fokuseres der på tillid, sociale relationer og engagement i lokalsamfundets sammenhæng med selvvurderet helbred. I model A undersøges eksempelvis udelukkende nordjyders tillid i forhold til selvvurderet helbred for herved at se på den bivariate sammenhæng. Hermed undersøges der i model A tillids selvstændige betydning for nordjyders selvvurderede helbred. I model B undersøges eksempelvis nordjyders tillid i forhold til nordjyders selvvurderede helbred, hvor der er kontrolleret for de øvrige baggrundsvariable. I model C analyseres eksempelvis nordjyders tillid i forhold til selvvurderet helbred, hvor der samtidigt bliver kontrolleret for de øvrige social kapitalvariable. Herved belyses også, hvorvidt tillid og sociale relationer fjerner noget af hinandens forklaringskraft. De forskellige regressionsmodeller og analyser er inspireret af en overordnet teoretisk ramme i form af Bourdieu, Coleman og Putnam med henblik på operationaliseringen af social kapital.

I analysen vil forskellige relevante sundhedsundersøgelser blive inddraget for på den måde at give en empirisk baseret, aktuel og relevant fortolkningsramme af social kapitals betydning for selvvurderet helbred.

Fortolkningsproblemer

Der skal igen nævnes, at der igennem den følgende analyse vil forekomme kausalitetsbias i forhold til de mulige sammenhænge mellem social kapital og selvvurderet helbred. Med hensyn til regressionsanalyse kræves der en klargørelse af, hvilke variable der er afhængige, og hvilke der er uafhængige, hvorved der fastsættes et forventet kausalitetsforhold. I den kommende analyse vil selvvurderet helbred være den afhængige variable, som skal forklares ud fra social kapital variablene, som er de uafhængige variable. Det er hermed den sociale kapitals betydning for selvvurderet helbred, der undersøges. Det skal med dette in mente fremhæves, at der kan være en gensidig påvirkning mellem nordjyders social kapital og selvvurderede helbred.

Der kan ifølge David Halpern opstå to fortolkningsproblemer. Den ene er i forhold til, at selvvurderet helbred kan blive påvirket af respondentens psykiske tilstand, da folk, der har et positivt syn på livet, ofte vil beskrive sit helbred bedre end respondenter, der tænker omvendt. Det andet problem

opstår i forhold til retningen af kausalitet. Med hensyn til sociale relationer kunne det tænkes, at personer bliver mere isolerede på grund af deres sygdom og ikke den anden vej rundt. Eksempelvis vil personer, der går tidligt på pension miste kontakten til kollegaer, hvilket kan give dårligere sundhed, og de personer der går på førtidspension er per definition syge (Halpern 2005:75). Med henblik på analysen kunne det tænkes, at bl.a. tillidsproblemer kan medføre et dårligere selv vurderet helbred, men samtidig kan nordjyders dårlige selv vurderede helbred også medvirke til flere tillidsproblemer. Dette kan ligeledes gøre sig gældende for sociale relationers betydning for selv vurderet helbred på den måde, at sociale relationer kan føre til et godt selv vurderet helbred, men på lignende vis kan et dårligt selv vurderet helbred muligvis føre til social eksklusion og hermed færre sociale relationer. Der skal således i den kommende analyse tages forbehold for, at selv vurderet helbred også kan påvirke social kapital.

Endvidere påpeges muligheden for at der er andre forhold, der kan have betydning for nordjyders selv vurderede helbred, som ikke er inddraget i regressionsmodellerne.

Analysedel I – Tillid

Dette analyseafsnit har, som nævnt i analysestrategien, til formål at nærme sig en besvarelse af problemformuleringen i form af en belysning af tillids betydning for nordjyders selv vurderede helbred. I de førnævnte sundhedsundersøgelser, som er beskrevet i problemfeltet, understreges, at tillid har en betydning for sundhed, herunder selv vurderet helbred. Årsagen hertil kunne være, at mistillid kan føre til isolation, hvilket kan forværre dit helbred eksempelvis i forhold til psykisk helbred, som derved kan resultere i dårligt selv vurderet helbred. Tillid kan herved antages at påvirke nordjyders psykiske helbred. Endvidere kan mistillid også påvirke en person til ikke at opsøge hjælp, hvis denne har brug for det, hvilket kan resultere i dårligt selv vurderet helbred. Tillid antages med dette in mente at have en betydning for nordjyders selv vurderede helbred.

Tillid → Nordjyders selv vurderet helbred

Tillid er med henblik på operationaliseringen blevet opdelt i; Personlig tillid, Generaliseret tillid og Institutionel tillid.

Personlig tillids betydning for selv vurderet helbred

Der vil i det følgende blive analyseret ud fra hypotesen om, at personlig tillid har en betydning for nordjyders selv vurderede helbred.

Logistisk regression – Personlig tillid

I nedenstående tabel er sammenhængen mellem personlig tillid og selv vurderet helbred blevet undersøgt, og her er resultaterne i forhold til model A, B og C.

Tabel 2: Odds ratio for dårlig selv vurderet helbred i forhold til personlig tillid og øvrige variable

Variable	Procent	Model A Odds ratio (95% CI) (Ujusteret)	Model B Odds ratio (95% CI) (Justeret ⁹)	Model C Odds ratio (95% CI) (Justeret ¹⁰)
Personlig tillid				
Stoler på familien (Reference)	14,08	1	1	1
Stoler ikke på familien	37,44	3,65*** (2,89-4,62)	2,28*** (1,50-3,48)	1,97** (1,24-3,13)
Køn				
Mand(reference)			1	1
Kvinde			1,29*** (1,16-1,44)	1,29*** (1,15-1,45)
Alder				
16-24 år			0,39*** (0,27-0,58)	0,41*** (0,27-0,61)
25-34 år			0,50*** (0,29-0,65)	0,49*** (0,38-0,64)
35-44 år(reference)			1	1
45-54 år			1,50*** (1,25-1,81)	1,49*** (1,23-1,80)
55-64 år			1,58*** (1,30-1,94)	1,54*** (1,24-1,90)
65-74 år			0,92 (0,64-1,34)	1,14 (0,78-1,67)
75 og derover			1,76** (1,19-2,60)	1,94** (1,29-2,92)
Samlivsstatus				
Samlevende			1	1
Enlig (enke)			1,32* (1,02-1,71)	1,40* (1,07-1,85)
Enlig (separeret/skilt)			1,21 (0,92-1,58)	1,16 (0,87-1,54)
Enlig (ugift)			1,11 (0,87-1,40)	1,13 (0,89-1,45)
Gift			1,03 (0,86-1,24)	1,05 (0,87-1,28)
Uddannelse				
Ingen erhvervs-uddannelse (ref.)			1	1
Under uddannelse			1,36 (0,68-2,73)	1,47 (0,73-2,98)

⁹ Justeret for de øvrige baggrundsvariable

¹⁰ Justeret for de øvrige baggrundsvariable og sociale relationer variablene og variabelen for engagement i lokalsamfundet

Social kapitals betydning for sundhed

<i>Faglært, studentereksamen</i>	0,76*** (0,66-0,87)	0,82** (0,71-0,95)
<i>Kort uddannelse</i>	0,68*** (0,56-0,82)	0,72** (0,59-0,88)
<i>Mellemlang uddannelse</i>	0,55*** (0,46-0,65)	0,60*** (0,50-0,73)
<i>Lang uddannelse</i>	0,56*** (0,42-0,76)	0,66** (0,49-0,90)
<i>Anden uddannelse</i>	0,61** (0,46-0,81)	0,64** (0,47-0,87)
Belastning af økonomi		
<i>Nej (Reference)</i>	1	1
<i>Ja lidt</i>	1,48*** (1,30-1,70)	1,43*** (1,24-1,65)
<i>Ja en del</i>	3,05*** (2,53-3,68)	2,67*** (2,17-3,27)
<i>Ja meget</i>	4,45*** (3,59-5,51)	3,92*** (3,14-4,92)
Erhvervsstatus		
<i>Beskæftiget</i>	1	1
<i>Arbejdsløs/ kontanthjælpsmodtager</i>	2,88*** (2,34-3,55)	2,71*** (2,18-3,37)
<i>Efterlønsmodtager</i>	1,48** (1,13-1,93)	1,57** (1,19-2,08)
<i>Folkepensionist</i>	3,76*** (2,66-5,31)	3,16*** (2,20-4,52)
<i>Førtidspensionist</i>	14,97*** (12,31-18,21)	14,65*** (11,87-18,07)
<i>Under uddannelse</i>	0,56 (0,30-1,04)	0,57 (0,30-1,06)
<i>Øvrig ikke erhvervsaktiv</i>	10,01*** (7,76-12,90)	9,14*** (7,01-11,92)
Sociale relationer – Kontakt til familie		
<i>Dagligt/næsten dagligt (Reference)</i>		1
<i>1-2 gange om ugen</i>		0,85** (0,75-0,96)
<i>1-2 gange om måneden</i>		0,84* (0,70-0,997)
<i>Sjældnere end 1 gang om måneden</i>		0,93 (0,72-1,21)
Sociale relationer - Støtte		
<i>Ja ofte/for det meste (Reference)</i>		1
<i>Ja nogen gange</i>		1,63*** (1,37-1,94)
<i>Nej aldrig/næsten aldrig</i>		1,70** (1,26-2,30)
Engagement i lokalsamfund		
<i>Dagligt/1-2 gange om ugen (Reference)</i>		1
<i>1-2 gange om måneden</i>		1,17 (0,95-1,44)
<i>Sjældnere/aldrig</i>		1,77*** (1,52-2,05)
Nagelkerke (pseudo R ²)	0,563	0,550
		0,545

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

I den ovenstående logistiske regression kan det tolkes, at der er en signifikant sammenhæng mellem personlig tillid og selv vurderet helbred. Dette gør sig gældende i Model A og Model B, hvilket derfor kan antages, at personlig tillid har en sammenhæng også efter justering af de øvrige baggrundsvARIABLE (Model B). I model A undersøges personlig tillids sammenhæng med selv vurderet helbred, og det kan tolkes, at de nordjyder, som ikke stoler på sin familie, har større risiko (3,65) for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder, som stoler på sin familie. Denne lignende sammenhæng gør sig også gældende i Model B, hvor de øvrige baggrundsvARIABLE er blevet inddraget i modellen. Risikoen falder til 2,28 men er stadig meget signifikant. I model C undersøges, hvorvidt nogle af de andre social kapital variable fjerner noget af personlig tillids forklaringskraft i forhold til nordjyder selv vurderede helbred. I model C er alle variablene samlet i en model, hvilket vil sige, at modellen er justeret for både de øvrige baggrundsvARIABLE og de øvrige social kapitals variable, med undtagelse af de øvrige tillidsvariable, da tillidsvariablene ligger tæt op ad hinanden. I model C er risikoen faldet til 1,97 men er stadig meget signifikant. Det kan således tolkes, at der er en selvstændig sammenhæng mellem nordjyder personlige tillid og deres selv vurderede helbred. Efter de forskellige justeringer har de nordjyder, som ikke stoler på familien, knap dobbelt så stor risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder, som stoler på sin familie.

Fokuseres der på de øvrige baggrundsvARIABLE i model B og C, ses der ligeledes signifikante sammenhænge. Med hensyn til køn har kvinder antageligvis en større risiko (1,29) for at have et dårligt selv vurderet helbred end mænd. Dette kan muligvis skyldes, at kvinder er mere selvkritiske og/eller bevidste omkring deres helbred, hvor mænd måske hellere underspiller deres helbred/sygdom. Derudover spiller alder ligeledes en rolle. De yngre (16-34 år) har umiddelbart mindre risiko (0,39 og 0,50) for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder i alderen 35-44 år. De nordjyder, som er ældre igen (45-64 år), kan tolkes til at have en større risiko (1,50 og 1,58) for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder i alderen 35-44 år. Nordjyder i alderen 65-74 år er ikke signifikant forskellige for nordjyder i alderen 35-44 år, når det handler om selv vurderet helbred. Dog har nordjyder, som er ældre end 74 år, større risiko (1,76) for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder i alderen 35-44 år. Den generelle tendens er umiddelbart, at jo ældre du er, jo dårligere er dit selv vurderet helbred, hvilket stemmer godt overens med, at helbredet generelt bliver dårligere, når man bliver ældre. Ud fra Bourdieus beskrivelse af habitus, hvor det bliver sværere med alderen at ændre indgroet vaner, kan det tolkes, at de ældre har svært ved at ændre livsstilsrutiner, de har levet under i en stor del af deres liv. Hvis de har en usund livsstil, er det således umiddelbart svært at ændre med alderen. I forhold til samlivsstatus er det

kun nordjyske enker/enkemænd, som har signifikant større risiko (1,32) for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder, som er samlevende. Årsagen hertil kunne muligvis være, at enker/enkemænd i højere grad er ældre mennesker, der har mistet en mand/kone på grund af alderdom/sygdom. Denne årsag kan dog ikke stå alene, da samlivsstatus i både model B og C er kontrolleret for alder, hvilket betyder, at alder ikke kan være hele forklaringskraften for enkers/enkemænds sammenhæng med selvvurderet helbred. Sammenhængen kunne måske forklares ved, at idet en person mister sin mand/kone, mister denne person også en stor del af sit personlige netværk og sociale relation. Enken/enkemanden mister sin nærmeste støtte, og det kan have konsekvenser for det fysiske helbred, da der eksempelvis ikke er den samme hjælp, hvis denne bliver syg. Der kan muligvis være tale om, at enken/enkemanden mister en 'buffer' imod sygdom, idet han/hun mister sin ægtefælle. Derudover kan det også tænkes at have en betydning for enkens/enkemandens psykiske helbred, da han/hun kan blive mere ensom og muligvis ked af det. I model C er der dog kontrolleret for sociale relationer - støtte. Med dette in mente tyder det på, at forklaringen for enkestands sammenhæng med selvvurderet helbred er kompleks, hvor noget af forklaringskraften kan komme fra deres alder og støtte. Endvidere ses der signifikante sammenhænge i forhold til kulturel kapital og økonomisk kapital. Med henblik på uddannelse som kulturel kapital kan det tolkes, at nordjyder med en kort, mellemlang eller lang uddannelse har mindre risiko (0,68, 0,55, 0,56) for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder uden erhvervsuddannelse. Uddannelse lader herved til at have en beskyttende effekt på nordjyders selvvurderet helbred. I forhold til nordjyders økonomiske belastning, viser der sig en tendens til, at jo større økonomisk belastning nordjyderne har, jo større risiko har de for at have et dårligt selvvurderet helbred. De nordjyder, som er meget belastet af økonomi, har over 4 gange så stor risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred i forhold til nordjyder, som ikke er belastet af økonomi. Disse sammenhænge understreger betydningen af strukturer i samfundet, som er omstændigheder Bourdieu lægger vægt på i sin teori om kapitaler og habitus. Der er ifølge Bourdieu en ulige fordeling af kapitaler (sociale, kulturelle og økonomiske), hvilket har betydning for individets muligheder og ressourcer til at klare sig. Derudover er der ligeledes en signifikant sammenhæng mellem nordjyders erhvervsstatus og deres selvvurderede helbred. Det tyder på, at de nordjyder, som ikke er erhvervsaktive af den ene eller anden grund, har større risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder, som er beskæftigede. Der kan være flere forskellige årsager til dette. De nordjyder, som er pensionister eller efterlønsmodtagere, er ældre, og alder har en naturlig indflydelse på helbredet. Der er dog kontrolleret for alder, hvilket betyder, at alder ikke forklarer hele sammenhængen. Førtidspensionister har knap 15 gange så stor risiko for at have et

dårligt selv vurderet helbred som nordjyder, der er beskæftigede. Dette må skyldes, at nordjyder per definition skal have et dårligt helbred for at gå på førtidspension, hvilket indikerer, at sammenhængen kan vende omvendt. Nordjyderes dårlige selv vurderede helbred kan således have betydning for, om de bliver førtidspensionister. De nordjyder som er arbejdsløse/kontanthjælpsmodtagere har ligeledes en større risiko (2,88) for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder, som er beskæftiget. Årsagen her er svær at gennemskue, men det kunne antages, at nogle arbejdsløse/kontanthjælpsmodtagere har et skrøbeligt helbred, og det er noget af årsagen til, de er uden job. I tabellen er etnicitet ikke medtaget, da den ikke havde nogen signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred¹¹. Derfor indgår etnicitet ligeledes ikke i de kommende logistisk regressionsanalyser og tabeller.

I model C inddrages sociale relationer og engagement i lokalsamfundet. Det giver allerede et billede af, at både sociale relationer og engagement i lokalsamfundet har en signifikant sammenhæng med nordjyderes selv vurderede helbred efter en justering af de øvrige baggrundsvariable og personlig tillid. Sociale relationer variablene viser dog forskellige sammenhænge. De nordjyder, som 1-2 gange om ugen og/eller 1-2 gange om måneden har kontakt til familien, har mindre risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end de nordjyder, som dagligt/næsten dagligt har kontakt til familien. I forhold til kvaliteten af sociale relationer vises der en anden sammenhæng, eftersom de nordjyder, som kun nogle gange eller aldrig får støtte, når de har brug for det, har større risiko (1,63 og 1,70) for at have et dårligt selv vurderet helbred, end de nordjyder som ofte/for det meste får støtte, når de har brug for det. Endvidere har de nordjyder som sjældnere/aldrig er engageret i lokalsamfundet større risiko (1,77) for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder som dagligt eller 1-2 gange om ugen er engageret i lokalsamfundet. Disse signifikante sammenhænge vil blive undersøgt samt diskuteret nærmere i henholdsvis *Analysedel II* og *Analysedel III*. I model C sker der også nogle små ændringer i odds ratio hos de øvrige baggrundsvariable. For de fleste variable falder odds ratioen en smule for de høje odds ratio og stiger en smule for de lave odds ratio, hvilket giver mening, da der er flere variable inkluderet i modellen, som tager lidt af forklaringskraften. Dog stiger odds ratioen for nordjyder på 75 og derover, hvilket kan indikere, at sammenhængen bliver stærkere, når de øvrige social kapital variable inddrages. Der er måske en interaktion, hvor sociale relationer eller engagement i lokalsamfundet interagerer med sammenhængen mellem de 75+ nordjyder og deres selv vurderede helbred, hvor sammenhængen styrkes.

¹¹ Se resultat for logistisk regression af etnicitet og selv vurderet helbred i Bilag 8

Social kapitals betydning for sundhed

Samlet set tyder regressionsanalysen på, at nordjyders personlige tillid har en betydning for deres selvvrurderede helbred. I det følgende vil fokus rettes mod nordjyders generaliserede tillid i forhold deres selvvrurderede helbred.

Den generaliserede tillids betydning for selvvrurderet helbred

Der vil i det følgende blive analyseret ud fra den hypotese om, at generaliseret tillid, som en del af social kapital, har en betydning for nordjyders selvvrurderede helbred.

Logistisk regression – Generaliseret tillid

I nedenstående tabel er sammenhængen mellem generaliseret tillid og selvvrurderet helbred blevet undersøgt, og her er resultaterne i forhold til model A, B og C.

Tabel 3: Odds ratio for dårlig selvvrurderet helbred i forhold til generaliseret tillid + øvrige variable

Variable	Procent	Model A Odds ratio (95% CI) (Ujusteret)	Model B Odds ratio (95% CI) (Justeret ¹²)	Model C Odds ratio (95% CI) (Justeret ¹³)
Generaliseret tillid				
Stoler på de fleste mennesker	11,77	1	1	1
Stoler ikke på de fleste mennesker	21,12	2,01*** (1,81-2,22)	1,87*** (1,66-2,13)	1,70*** (1,49-1,95)
Køn				
Mand(reference)			1	1
Kvinde			1,31*** (1,17-1,47)	1,29*** (1,14-1,45)
Alder				
16-24 år			0,39*** (0,26-0,57)	0,41*** (0,27-0,62)
25-34 år			0,50*** (0,38-0,64)	0,50*** (0,38-0,66)
35-44 år (reference)			1	1
45-54 år			1,56*** (1,29-1,88)	1,53*** (1,26-1,86)
55-64 år			1,66*** (1,35-2,04)	1,56*** (1,26-1,94)
65-74 år			0,98 (0,67-1,45)	1,21 (0,81-1,81)
75 og derover			1,82** (1,21-2,75)	2,02** (1,31-3,12)
Samlivsstatus				
Samlevende			1	1
Enlig (enkestand)			1,28 (0,98-1,67)	1,39* (1,05-1,85)
Enlig (separeret/skilt)			1,13 (0,85-1,49)	1,14 (0,85-1,52)
Enlig (ugift)			1,05 (0,83-1,34)	1,03 (0,81-1,32)
Gift			0,96 (0,79-1,16)	1,00 (0,83-1,22)
Uddannelse				

¹² Justeret for de øvrige baggrundsvariable

¹³ Justeret for de øvrige baggrundsvariable og sociale relationer variablene og variabelen for engagement i lokalsamfundet

Social capitals betydning for sundhed

<i>Ingen erhvervs-uddannelse (ref.)</i>	1	1
<i>Under uddannelse</i>	1,25 (0,61-2,54)	1,39 (0,68-2,85)
<i>Faglært, studentereksamen</i>	0,75*** (0,65-0,87)	0,82* (0,71-0,96)
<i>Kort uddannelse</i>	0,71** (0,58-0,86)	0,75** (0,61-0,92)
<i>Mellemlang uddannelse</i>	0,58*** (0,48-0,70)	0,62*** (0,51-0,76)
<i>Lang uddannelse</i>	0,62** (0,46-0,83)	0,70* (0,52-0,96)
<i>Anden uddannelse</i>	0,61** (0,45-0,83)	0,64** (0,46-0,88)
Belastning af økonomi		
<i>Nej (reference)</i>	1	1
<i>Ja lidt</i>	1,45*** (1,26-1,67)	1,36*** (1,18-1,58)
<i>Ja en del</i>	2,75*** (2,27-3,34)	2,34*** (1,90-2,88)
<i>Ja meget</i>	4,00*** (3,20-5,00)	3,54*** (2,81-4,45)
Erhvervsstatus		
<i>Beskæftiget (ref.)</i>	1	1
<i>Arbejdsløs/kontanthjælpsmodtager</i>	2,79*** (2,25-3,46)	2,69*** (2,16-3,36)
<i>Efterlønsmodtager</i>	1,52** (1,15-2,01)	1,64** (1,23-2,18)
<i>Folkepensionist</i>	3,70*** (2,57-5,33)	3,05*** (2,08-4,48)
<i>Førtidspensionist</i>	14,57*** (11,88-17,87)	14,48*** (11,67-17,96)
<i>Under uddannelse</i>	0,58 (0,30-1,10)	0,58 (0,30-1,11)
<i>Øvrig ikke erhvervsaktiv</i>	9,87*** (7,56-12,87)	9,19*** (6,98-12,10)
Sociale relationer – Kontakt til familie		
<i>Dagligt/næsten dagligt (reference)</i>		1
<i>1-2 gange om ugen</i>		0,84** (0,74-0,94)
<i>1-2 gange om måneden</i>		0,84 (0,70-1,01)
<i>Sjældnere end 1 gang om måneden</i>		0,99 (0,77-1,28)
Sociale relationer - Støtte		
<i>Ja ofte/for det meste (Ref.)</i>		1
<i>Ja nogen gange</i>		1,59*** (1,33-1,90)
<i>Nej aldrig/næsten aldrig</i>		1,64** (1,21-2,24)
Engagement i lokalsamfund		
<i>Dagligt/1-2 gange om ugen (ref.)</i>		1
<i>1-2 gange om måneden</i>		1,16 (0,94-1,43)
<i>Sjældnere/aldrig</i>		1,72*** (1,47-2,00)
Nagelkerke (Pseudo R ²)	0,555	0,539 0,538

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

I den logistiske regressionsanalyse af generaliseret tillid kan det tolkes, at generaliseret tillid har en signifikant sammenhæng med nordjyders selvvrurderede helbred. Dette gør sig gældende i alle tre modeller, hvilket vil sige, at generaliseret tillid kan antages at have en selvstændig betydning for selvvrurderet helbred. I model A kan det tolkes, at de nordjyder, som ikke stoler på de fleste mennesker, har dobbelt (2,01) så stor risiko for at have et dårligt selvvrurderet helbred end de nordjyder, som stoler på de fleste mennesker. Det er, som nævnt tidligere, svært at sige noget om retningen af sammenhængen, og det kan derfor ligeledes være nordjyders dårlige selvvrurderede helbred, som har betydning for deres generaliserede tillid. I model B elaboreres der for de øvrige baggrundsvariable, og der er stadig en signifikant sammenhæng mellem nordjyders generaliserede tillid og deres selvvrurderede helbred, hvor odds ratio er faldet en smule til 1,87. I model C er odds ratio for generaliseret tillid faldet yderligere til 1,7 men stadig meget signifikant. Således tyder det på, at nordjyders tillid til andre mennesker kan have en betydning for deres selvvrurderede helbred, hvilket gør sig gældende efter kontrol for andre relevante forklarende variable.

Med henblik på de øvrige baggrundsvariable i model B ses der ligeledes signifikante sammenhænge med selvvrurderet helbred. I forhold til køn og alder viser det sig som i forrige afsnit, at der er en signifikant sammenhæng med selvvrurderet helbred. Tendensen i forhold til uddannelse er igen, at nordjyder med uddannelse har mindre risiko for at have et dårligt selvvrurderet helbred end nordjyder uden en uddannelse. Derudover viser det sig ligeledes, at nordjyders økonomiske belastning umiddelbart har en betydning for deres selvvrurderet helbred. De nordjyder med meget økonomisk belastning har antageligvis 4 gange så stor risiko for at have et dårligt selvvrurderet helbred, end nordjyder uden økonomisk belastning. Og som i forrige afsnit har erhvervsstatus ligeledes en sammenhæng med selvvrurderet helbred, hvor især førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive har meget større risiko (14,57 og 9,87) for at have et dårligt selvvrurderet helbred end nordjyder, som er beskæftigede.

I model C er sociale relationer og engagement i lokalsamfundet inkluderet i modellen, hvilket resulterer i små ændringer i odds ratio for de øvrige variable i modellen. Generaliseret tillid har som nævnt stadig en signifikant sammenhæng med selvvrurderet helbred, men odds ratioen er faldet en smule. Generelt falder odds ratioen en smule for de fleste variable, der har over 1 og stiger lidt, hvis odds ratio er under 1. Ved alderskategorien 75 og derover stiger odds ratio fra model B til model C, hvilket kan indikere, at der er en interaktion fra enten sociale relationer eller engagement i lokalsamfundet på sammenhængen mellem nordjyder på 75 eller derover og deres selvvrurderede helbred. Det kan muligvis tolkes, at de nordjyder, som både er gamle og har få sociale relationer,

har større risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder som er gamle men har et godt socialt netværk. Endvidere har samlivsstatus ikke nogen signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred i Model B, men i Model C er den blevet signifikant. Det kan tyde på, at samlivsstatus i sig selv ikke har en sammenhæng med selv vurderet helbred, efter der er kontrolleret for de øvrige baggrundsvariable, men med en interaktion fra de øvrige social kapital variable fremkommer en sammenhæng med selv vurderet helbred. Interaktionen fra sociale relationer og engagement i lokalsamfundet variablene har antageligvis resulteret i en signifikant sammenhæng mellem nordjyder, som er enker/enkemænd og deres selv vurderede helbred. De nordjyder, som er enker/enkemænd, kan tolkes til at have større risiko (1,39) for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder, som er samlevende. I forhold til sociale relationers sammenhæng med selv vurderet helbred er der en blandet tendens, alt efter om det er kontakt til familien (strukturelle del) eller støtte, når der er brug for det. De nordjyder, som har kontakt til familien 1-2 gange om ugen, har mindre risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder, som har kontakt til familien dagligt/næsten dagligt. Hvorimod de nordjyder, som kun har støtte nogen gange eller aldrig/næsten aldrig, har større risiko (1,59 og 1,64) for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder, som har støtte ofte/for det meste. Endvidere kan det tolkes, at de nordjyder, som sjældnere/aldrig er engageret i lokalsamfundet, har større risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder, som dagligt eller 1-2 gange om ugen er engageret i lokalsamfundet.

Overordnet tyder regressionsanalysen på, at der er en signifikant sammenhæng mellem nordjyderes generaliserede tillid og deres selv vurderede helbred. Dette gør sig gældende i alle tre modeller. I næste afsnit vil fokus rettes mod institutionel tillids sammenhæng med selv vurderet helbred.

Institutionel tillids betydning for selv vurderet helbred

Der vil i det følgende blive analyseret ud fra den hypotese om, at institutionel tillid, som en del af social kapital, har en selvstændig betydning for nordjyderes selv vurderede helbred.

Logistisk regression – Institutionel tillid

I nedenstående tabel er sammenhængen mellem institutionel tillid og selv vurderet helbred blevet undersøgt, og her er resultaterne i forhold til model A, B og C.

Social kapitals betydning for sundhed

Tabel 4: Odds ratio for dårlig selv vurderet helbred i forhold til institutionel tillid + øvrige variable

Variable	Procent	Model A	Model B	Model C
		Odds ratio (95% CI) (Ujusteret)	Odds ratio (95% CI) (Justeret ¹⁴)	Odds ratio (95% CI) (Justeret ¹⁵)
Institutionel tillid				
Tillid til sundhedsvæsenet	12,30	1	1	1
Ikke tillid til sundhedsvæsenet	23,82	2,23*** (2,02-2,47)	2,01*** (1,77-2,27)	1,86*** (1,64-2,12)
INDEKS ¹⁶ – Høj tillid(Ref.)	8,31	1	1	1
INDEKS – Lav tillid	13,57	1,73*** (1,53-1,96)		
Køn				
Mand(reference)			1	1
Kvinde			1,26*** (1,13-1,41)	1,26*** (1,12-1,42)
Alder				
16-24 år			0,38*** (0,25-0,57)	0,39*** (0,26-0,59)
25-34 år			0,51*** (0,39-0,66)	0,50*** (0,38-0,65)
35-44 år (reference)			1	1
45-54 år			1,52*** (1,26-1,83)	1,51*** (1,24-1,83)
55-64 år			1,60*** (1,30-1,96)	1,55*** (1,25-1,91)
65-74 år			1,02 (0,70-1,50)	1,30 (0,87-1,94)
75 og derover			2,00** (1,33-3,00)	2,34*** (1,52-3,60)
Samlevsstatus				
Samlevende			1	1
Enlig (enkestand)			1,30 (0,99-1,70)	1,34* (1,00-1,79)
Enlig (separeret/skilt)			1,24 (0,94-1,64)	1,23 (0,92-1,63)
Enlig (ugift)			1,18 (0,93-1,50)	1,18 (0,92-1,51)
Gift			1,04 (0,86-1,26)	1,08 (0,89-1,32)
Uddannelse				
Ingen erhvervs-uddannelse (ref.)			1	1
Under uddannelse			1,45 (0,70-3,01)	1,55 (0,74-3,24)
Faglært, studentereksamen			0,75*** (0,65-0,87)	0,81** (0,70-0,95)
Kort uddannelse			0,68** (0,56-0,83)	0,72** (0,59-0,88)
Mellemlang uddannelse			0,56*** (0,47-0,68)	0,61*** (0,50-0,74)
Lang uddannelse			0,58** (0,43-0,78)	0,66** (0,49-0,90)
Anden uddannelse			0,63** (0,47-0,85)	0,67* (0,49-0,91)
Belastning af økonomi				
Nej (reference)			1	1
Ja lidt			1,45*** (1,26-1,67)	1,38*** (1,19-1,59)
Ja en del			2,90*** (2,39-3,53)	2,47*** (2,01-3,04)

¹⁴ Justeret for de øvrige baggrundsvariable

¹⁵ Justeret for de øvrige baggrundsvariable og sociale relationer og engagement i lokalsamfundet

¹⁶ Der er blevet lavet en reliabilitetstest for indekset, for at måle om de forskellige svarkategorier måler det samme. Cronbachs Alpha er: 0,907, hvilket indikerer at indekset kan bruges.

Social kapitals betydning for sundhed

<i>Ja meget</i>	3,85*** (3,09-4,81)	3,43*** (2,73-4,30)
Erhvervsstatus		
<i>Beskæftiget</i>	1	1
<i>Arbejdsløs/ kontanthjælps- modtager</i>	2,78*** (2,24-3,44)	2,66*** (2,13-3,32)
<i>Efterlønsmodtager</i>	1,49** (1,13-1,96)	1,61** (1,22-2,13)
<i>Folkepensionist</i>	3,45*** (2,41-4,94)	2,79*** (1,91-4,09)
<i>Førtidspensionist</i>	14,92*** (12,20-18,24)	14,11*** (11,45-17,39)
<i>Under uddannelse</i>	0,58 (0,30-1,11)	0,60 (0,31-1,15)
<i>Øvrig ikke erhvervsaktiv</i>	10,42*** (8,05-13,49)	9,38*** (7,17-12,28)
Sociale relationer – Kontakt til familie		
<i>Dagligt/næsten dagligt (reference)</i>		1
<i>1-2 gange om ugen</i>		0,85* (0,75-0,96)
<i>1-2 gange om måneden</i>		0,85 (0,71-1,02)
<i>Sjældnere end 1 gang om måneden</i>		0,96 (0,75-1,23)
Sociale relationer - Støtte		
<i>Ja ofte/for det meste (reference)</i>		1
<i>Ja nogen gange</i>		1,64*** (1,38-1,95)
<i>Nej aldrig/næsten aldrig</i>		1,62** (1,20-2,19)
Engagement i lokalsamfund		
<i>Dagligt/1-2 gange om ugen (Reference)</i>		1
<i>1-2 gange om måneden</i>		1,13 (0,92-1,39)
<i>Sjældnere/aldrig</i>		1,68*** (1,44-1,95)
Nagelkerke (Pseudo R ²)	0,561	0,546
		0,533

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

I den ovenstående multivariate logistiske regressionsanalyse kan det antages, at institutionel tillid har en signifikant sammenhæng med selvvurderet helbred. Dette gælder for model A, Model B og Model C, hvor der i model B og C er blevet justeret for de øvrige baggrundsvariable og social kapitals variable. Ud fra alle tre modeller kan det tolkes, at de nordjyder, som ikke har tillid til sundhedsvæsenet, har større risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred, end de nordjyder, som har tillid til sundhedsvæsenet. Her er det igen svært at sige noget om retningen af sammenhængen, hvorfor nordjyders dårlige selvvurderede helbred muligvis kan medføre dårlig tillid til sundhedsvæsenet. Hvis en person eksempelvis igennem sit sygdomsforløb har haft en dårlig oplevelse med sundhedsvæsenet, kan det resultere i mistillid til sundhedsvæsenet. Med

dette in mente er institutionel tillid også blevet testet ud fra et indeks, hvor flere spørgsmål er blevet lagt sammen, jf. operationaliseringen. Her kan det ud fra regressionsmodellen ses en signifikant sammenhæng med institutionel tillid og selvvrurderet helbred. De nordjyder med lav institutionel tillid har umiddelbart større risiko (1,70) for at have et dårligt selvvrurderet helbred, end nordjyder med høj institutionel tillid. I dette indeks er det ikke kun tillid til sundhedsvæsenet men andre institutioner, herunder skolen, politiet, de sociale myndigheder, domstolene, folketinget og massemedier/TV/aviser. Det er således et bredere mål for institutionel tillid end udelukkende tillid til sundhedsvæsenet. Dog skal der i forhold til indekset tages højde for et stort antal missing, hvilket påvirker variabelens repræsentativitet, da populationen ikke er samme størrelse som hos de andre variable. I model B og model C er indekset ikke inddraget, da fokus er valgt på variabelen tillid til sundhedsvæsenet. I model B er der ligeledes en signifikant sammenhæng mellem tillid til sundhedsvæsenet og selvvrurderet helbred, efter der er blevet kontrolleret for de øvrige baggrundsvariable. Odds ratio er faldet en smule, men det kan stadig tolkes, at nordjyder, som ikke har tillid til sundhedsvæsenet, har dobbelt så stor risiko (2,01) for at have et dårligt selvvrurderet helbred, end nordjyder som har tillid til sundhedsvæsenet. I model C er odds ratio for institutionel tillid faldet yderligere en smule men er stadig signifikant. Der er hermed en tendens, der viser, at nordjyderes institutionelle tillid har en signifikant sammenhæng med deres selvvrurderede helbred.

Ydermere ses der i model B signifikante sammenhænge mellem baggrundsvariable og selvvrurderet helbred. Med hensyn til køn, alder og uddannelse viser der sig igen at være en signifikant sammenhæng med selvvrurderet helbred. I forhold til nordjyderes økonomiske belastning er der ligeledes en signifikant sammenhæng med deres selvvrurderede helbred. Her er tendensen, som tidligere, at jo mere belastet af økonomien de er, jo større er risikoen for at have et dårligt selvvrurderet helbred. I forlængelse heraf er der også en signifikant sammenhæng mellem nordjyderes erhvervsstatus og deres selvvrurderede helbred. Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive har antageligvis meget større risiko for at have et dårligt selvvrurderet helbred end beskæftigede. Dette har således gjort sig gældende i alle tre regressionsanalyser af tillid. Erhvervsstatus kan herved tolkes til at have en signifikant betydning for nordjyderes selvvrurderede helbred. Samlivsstatus har som i regressionsanalysen af generaliseret tillid ikke en signifikant sammenhæng med selvvrurderet helbred i model B, men i model C opstår en signifikant sammenhæng med selvvrurderet helbred.

I model C er nordjyderes sociale relationer og engagement i lokalsamfundet blevet inddraget i modellen. Det tyder også her på, at de har signifikante sammenhænge med nordjyderes

selvvurderet helbred. I forhold til nordjyders kontakt til familie er der kun i en kategori en signifikant forskel fra referencegruppen, hvilket er de nordjyder som har kontakt til familien 1-2 gange om ugen. De har umiddelbart mindre risiko (0,85) for at have et dårligt selvvurderet helbred, end de nordjyder som har kontakt til familien dagligt/næsten dagligt. Med henblik på den kvalitative del af sociale relationer viser der sig en tendens, at de nordjyder, som kun nogen gange eller aldrig får støtte, når de har brug for det, har større risiko (1,64 og 1,62) for at have et dårligt selvvurderet helbred, end nordjyder som får støtte ofte/for det meste, når de har brug for det. Endvidere tyder det ligeledes på, at der er en signifikant sammenhæng mellem nordjyders engagement i lokalsamfundet og deres selvvurderede helbred.

Generelt viser tendensen igen, at nordjyders institutionelle tillid har en signifikant sammenhæng med deres selvvurderede helbred. Dette kommer til udtryk i alle tre modeller, hvilket netop indikerer, at sammenhængen er der efter justering for de øvrige relevante variable. I det følgende afsnit vil relevante interaktionsled blive analyseret igennem logistisk regression.

Interaktionssammenhænge

Ud fra de tre logistisk regressionsanalyser af tillid har der vist sig et billede af, at der muligvis er nogle sammenhænge, der er påvirket af en interaktion fra andre variable. I dette afsnit vil der fokuseres på en logistisk regressionsanalyse af relevante interaktionsled i forhold til tillid. I regressionsanalysen af tillid viste det sig, at odds ratio faldt efter kontrol af først de øvrige baggrundsvariable (model B) og de øvrige social kapital variable (model C). Der er således andre variable, der tager noget af tillids forklaringskraft. En af disse variable kunne muligvis være køn. I nedenstående tabel er der konstrueret interaktionsled ud fra variablene tillid og køn, og disse er herved testet gennem logistisk regressionsanalyse. Hver variabel er testet selvstændigt i forhold til selvvurderet helbred.

Tabel 5: Odds ratio for at have et dårligt selv vurderet helbred i forhold til køn og tillid

Variable	Odds ratio (ikke kontrolleret) (95% CI)
Køn	
<i>Mand</i>	1
<i>Kvinde</i>	1,41*** (1,30-1,54)
Personlig tillid	
<i>Høj personlig tillid (reference)</i>	1
<i>Lav personlig tillid</i>	3,65*** (2,89-4,62)
Interaktionsled - Personlig tillid og køn	
<i>Mand med høj personlig tillid (reference)</i>	1
<i>Mand med lav personlig tillid</i>	4,55*** (3,03-6,82)
<i>Kvinde med høj personlig tillid</i>	1,43*** (1,31-1,57)
<i>Kvinde med lav personlig tillid</i>	4,27*** (2,82-6,45)
Generaliseret tillid	
<i>Høj generaliseret tillid (reference)</i>	1
<i>Lav generaliseret tillid</i>	2,01*** (1,81-2,22)
Interaktionsled - Generaliseret tillid og køn	
<i>Mand med høj generaliseret tillid (reference)</i>	1
<i>Mand med lav generaliseret tillid</i>	2,09*** (1,79-2,43)
<i>Kvinde med høj generaliseret tillid</i>	1,42*** (1,27-1,58)
<i>Kvinde med lav generaliseret tillid</i>	2,75*** (2,39-3,16)
Institutionel tillid	
<i>Høj institutionel tillid (reference)</i>	1
<i>Lav institutionel tillid</i>	2,23*** (2,02-2,47)
Interaktionsled - Institutionel tillid og køn	
<i>Mand med høj institutionel tillid (Reference)</i>	1
<i>Mand med lav institutionel tillid</i>	2,23*** (1,92-2,60)
<i>Kvinde med høj institutionel tillid</i>	1,37*** (1,24-1,52)
<i>Kvinde med lav institutionel tillid</i>	3,05*** (2,65-3,50)

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

Forinden disse logistiske regressionsanalyser af tillid og køn, antages det, at en mand med høj tillid må være referencegruppen, da han umiddelbart har mindst risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred, hvis der tages udgangspunkt i regressionsanalysen af køn selvstændigt og de forskellige tillidsvariable selvstændigt. Her har kvinder størst risiko og personer med lav tillid størst risiko. I forlængelse af disse antagelser forudsættes det, at kvinder med lav tillid må være dem, der har størst risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred. Resultatet af regressionsanalysen af de forskellige interaktionsled viser også for generaliseret tillid og institutionel tillid en tendens, at det er kvinder med henholdsvis lav generaliseret og institutionel tillid, der har større risiko (2,75 og 3,05)

for at have et dårligt selv vurderet helbred end mænd med høj generaliseret og institutionel tillid. Kvinder med lav institutionel tillid har umiddelbart over 3 gange så stor risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end mænd med høj institutionel tillid. Antagelserne tyder på at holde stik, hvilket understreger, at interaktionsleddet af eksempelvis institutionel tillid og køn underbygger sammenhængen med selv vurderet helbred. Der er dog en lille forskel i regressionsanalysen af interaktionsleddet personlig tillid og køn. Her kan det tolkes, at det er mænd med lav personlig tillid, der har over 4,5 gange så stor risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end mænd med høj personlig tillid. Kvinder med lav personlig tillid er i dette tilfælde umiddelbart ikke dem med højst risiko i forhold til mænd med høj personlig tillid, men det er dog meget tæt. Det tyder alligevel på, at der er en anden slags interaktion i spil her. Interaktionen mellem køn og personlig tillid kan tolkes til at påvirke således, at mænd, hvis de har lav personlig tillid, ændrer sammenhængen med køn på den måde, at mænd har størst risiko. Dette kan dog kun være en antagelse, da forskellen mellem mand med lav personlig tillid og kvinde med lav personlig tillid er meget lille.

Delkonklusion – Tillid

Generelt kan det tolkes, at tillid har en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. I en sundhedsundersøgelse af Wouter Poortinga (Poortinga 2006) forefindes et lignende resultat i forhold til tillid og selv vurderet helbred, hvor tillid måles ud fra generaliseret tillid. Undersøgelsen bygger på en engelsk spørgeskemaundersøgelse. Her kommer han frem til, at de personer med tillid har mindre risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred. Dette stemmer overens med analysen af tillid i dette speciale. Det kan muligvis tolkes, at tillid kan have en beskyttende effekt overfor selv vurderet helbred, hvilket kan være med til at understrege, hvor vigtig tillid kan være i forhold til selv vurderet helbred. Endvidere støttes dette resultat af undersøgelsen lavet af Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy og Roberta Glass (Kawachi et al. 1999), hvori de analyserer social kapitals sammenhæng med individuel selv vurderet helbred. De måler tillid ud fra generaliseret tillid og kommer frem til, at de personer med lav tillid har større risiko for rimeligt/dårligt selv vurderet helbred. Analysen af tillids sammenhæng med nordjyders selv vurderede helbred underbygger umiddelbart andre lignende undersøgelser på området. Her skal det tages i betragtning, hvilken kontekst undersøgelseerne er foretaget i. Det amerikanske såvel som det engelske samfund har en større social ulighed, da der ikke findes det samme velfærdssystem som i Danmark. Dermed ikke sagt, at der ikke findes social ulighed i Danmark, men skellet virker mindre end i USA og England. Konteksten, tilliden bygger på, er således forskellig i forhold til Danmark, USA og England. Tillid til andre mennesker bygger på, i hvilken kontekst de oplever andre mennesker. Der kan være større

risiko for mistillid i USA og England, da støtten fra staten ikke er så stor som i Danmark. Dette kan resultere i, at amerikanere og englændere i større grad har brug for tillid hinanden imellem til at føle sig tryk, og derved også at kunne spørge andre mennesker om hjælp, da velfærden ikke giver et særlig stærkt støttesystem, hvis de bliver syge. Det kan antages, at de muligvis har mere brug for venner/naboer/familie, når de bliver syge, eftersom de ikke i samme grad får støtte fra staten. Her tænkes eksempelvis børnepasning, økonomisk hjælp til sygehusregning osv. I Danmark har man støtten fra staten, hvorfor det kan tolkes at risikoen for ikke at have tillid muligvis er mindre end i USA og England, idet støtten fra velfærdsstaten antageligvis skulle skabe tillid og tryghed. Det er derfor tankevækkende, at tillid umiddelbart har en betydning for selvvurderet helbred i en kontekst som den danske. Ydermere er der andre sundhedsundersøgelser, hvori der undersøges social kapitals betydning for sundhed. Der er en amerikansk spørgeskemaundersøgelse, der udført af Kawachi, Kennedy, Lochner og Prothrow-Stith, hvor de belyser sammenhængen med social kapital og sundhed i form af dødelighed (Kawachi et al. 1997). Heri måles også tillids sammenhæng med dødelighed, hvorved tillid måles ud fra generaliseret tillid. Resultatet var, at tillid havde en signifikant sammenhæng med dødelighed, da stater, hvor folk havde lav tillid havde større dødelighed. Endvidere blev det ligeledes fremhævet i denne undersøgelse, at tillid havde en sammenhæng med stort set alle former for dødsfald. Disse sammenhænge gjorde sig også gældende efter kontrol for bl.a. fattigdom. Deres opfattelse af, hvorfor der er en sammenhæng med dødelighed, bliver beskrevet i forhold variationen af social kapital i de forskellige stater. De sammenholdt økonomisk ulighed, social kapital og dødelighed i staterne, hvorved de konkluderede, at økonomisk ulighed medførte til højere dødelighed igennem en afvikling af social kapital. De stater, der ikke satser på at fremme social kapital, har umiddelbart større dødelighed (Kawachi et al. 1997). På trods af at denne undersøgelse ikke er lavet på individniveau, men tager udgangspunkt i stater, kan den stadig underbygge denne analyses resultater, da der synes at være store ligheder med denne undersøgelse. For at se på en undersøgelse, hvis kontekst ligner den danske, er der en svensk sundhedsundersøgelse af Martin Lindström, hvor social kapitals betydning for rygning bliver belyst (Lindström 2003). Heri undersøges ligeledes tillids sammenhæng med rygning, hvor tillid måles ud fra generaliseret tillid. Resultat var, at der er en signifikant sammenhæng mellem tillid og rygning, hvor de personer med lav tillid havde større risiko for at være dagligrygere. Tillid synes med disse undersøgelser in mente at have en betydning for sundhed generelt og ikke kun selvvurderet helbred. Denne analyse er herved med til at bidrage til antagelsen af, at social kapital i form af tillid har en betydning for sundhed i dette tilfælde selvvurderet helbred. Tillid kan tolkes til at give en slags buffer imod dårligt helbred, hvilket muligvis

kan skyldes, at tillid til familie, andre mennesker og sundhedsvæsenet skaber en åben og med henblik på Putnams teori positiv tilgang til at være aktiv og deltage i aktiviteter. Herved kan det antages, at tillid er et vigtig element for sociale relationer. Det kunne ligeledes tænkes, at tillid til andre mennesker generelt giver flere muligheder for at få hjælp og indhente hjælp. Dette gælder også for tillid til sundhedssystemet. Tillid kan således også virke som en generativ kraft på nordjyder, hvilket kan give dem ekstra hjælp og tro på at kunne komme igennem sygdom.

I det følgende afsnit vil fokus rettes mod sociale relationers sammenhæng med selvvurderet helbred.

Analysedel II – Sociale relationer

Dette analyseafsnit har, som nævnt i analysestrategien, til formål at skulle nærme sig en besvarelse af problemformuleringen i form af en belysning af sociale relationers betydning for nordjyder selvvurderede helbred. Som de tidligere sundhedsundersøgelser påpeger (jf. problemfelt), tyder det på, at sociale relationer har en sammenhæng med sundhed og i forlængelse heraf også selvvurderet helbred. Årsagen hertil kunne være sociale relationers beskyttende effekt, da en persons sociale relationer eksempelvis kan hjælpe økonomisk, når denne er syg og/eller hjælpe med at passe børn, så personen lettere kan blive rask.

Sociale relationer → Nordjyder selvvurderede helbred

Sociale relationer antages således at have en betydning for nordjyder selvvurderet helbred.

Sociale relationers betydning for selvvurderet helbred

Der vil i det følgende blive analyseret ud fra hypotesen om, at social relationer, som en del af social kapital, har en betydning for nordjyder selvvurderet helbred.

Logistisk regression – Sociale relationer

I nedenstående tabel undersøges om sociale relationer har en selvstændig sammenhæng med nordjyder selvvurderet helbred. De forskellige typer af sociale relationer indgår forskelligt i modellen, jf. fodnote.

Social kapitals betydning for sundhed

Tabel 6: Odds ratio for dårlig selv vurderet helbred i forhold til sociale relationer + øvrige variable

Variable	Procent	Model A		Model B ¹⁷		Model C ¹⁸	
		Odds ratio (95% CI) (Ujusteret ¹⁹)		Odds ratio (95% CI) (Justeret ²⁰)		Odds ratio (95% CI) (Justeret ²¹)	
Sociale relationer - kontakt til familie							
Dagligt/næsten dagligt (Reference)	16,35	1		1		1	
1-2 gange om ugen	13,01	0,77***	(0,70-0,87)	0,89*	(0,79-0,999)	0,87*	(0,77-0,99)
1-2 gange om måned	13,88	0,83**	(0,72-0,94)	0,96	(0,81-1,13)	0,87	(0,72-1,05)
Sjældnere end 1 gang om måneden	19,58	1,24*	(1,04-1,50)	1,18	(0,92-1,50)	0,98	(0,74-1,28)
Sociale relationer – kontakt til venner							
Dagligt/næsten dagligt (reference)	10,91	1		1			
1-2 gange om ugen	14,19	1,35***	(1,20-1,52)	1,08	(0,93-1,26)	1,05	(0,89-1,24)
1-2 gange om måned	15,45	1,49***	(1,31-1,71)	1,28**	(1,08-1,51)	1,13	(0,94-1,36)
Sjældnere end 1 gang om måneden	23,6	2,52***	(2,13-2,99)	1,70***	(1,36-2,11)	1,41**	(1,10-1,80)
Sociale relationer – kontakt til internetvenner							
Dagligt/næsten dagligt (reference)	15,74	1		1			
1-2 gange om ugen	13,6	0,84	(0,66-1,08)	1,01	(0,74-1,39)	0,99	(0,71-1,40)
1-2 gange om måned	10,17	0,61***	(0,47-0,78)	0,80	(0,59-1,09)	0,73	(0,52-1,02)
Sjældnere end 1 gang om måneden	10,44	0,62***	(0,51-0,77)	0,95	(0,72-1,25)	0,89	(0,66-1,19)
Køn							
Mand (reference)				1		1	
Kvinde				1,28***	(1,15-1,44)	1,27**	(1,12-1,44)
Alder							
16-24 år				0,38***	(0,26-0,57)	0,37***	(0,24-0,57)

¹⁷ Model B indeholder sociale relationer-familie + øvrige baggrundsvariable. Dog er tallene for sociale relationer- venner og Internetvenner kun med egne odds ratio – de andres odds ratio er ikke påvirket af de to variable.

¹⁸ Model C indeholder sociale relationer-familie, øvrige baggrundsvariable og øvrige social kapital variable. Dog er tallene for sociale relationer- venner og Internetvenner kun med egne odds ratio – de andres odds ratio er ikke påvirket af de to variable.

¹⁹ Hver variabel for sociale relationer (familie, venner og internetvenner) er kørt alene med selv vurderet helbred, hvor kontakt til familie er den variabel der medføres igennem alle modellerne.

²⁰ Justeret for de øvrige baggrundsvariable

²¹ Justeret for de øvrige baggrundsvariable og tillidsvariablene og engagement i lokalsamfundet

Social kapitals betydning for sundhed

25-34 år	0,49*** (0,38-0,63)	0,49*** (0,37-0,65)
35-44 år (reference)	1	1
45-54 år	1,52*** (1,26-1,82)	1,49*** (1,22-1,82)
55-64 år	1,54*** (1,26-1,89)	1,58*** (1,27-1,97)
65-74 år	0,98 (0,68-1,42)	1,13 (0,74-1,73)
75 og derover	1,86** (1,26-2,74)	1,98** (1,26-3,10)
Samlivsstatus		
Samlevende	1	1
Enlig (enke)	1,32* (1,01-1,71)	1,38* (1,02-1,86)
Enlig (separeret/skilt)	1,23 (0,94-1,61)	1,21 (0,90-1,63)
Enlig (ugift)	1,11 (0,88-1,41)	1,17 (0,90-1,51)
Gift	1,02 (0,85-1,23)	1,03 (0,84-1,26)
Uddannelse		
Ingen erhvervs-uddannelse (ref.)	1	1
Under uddannelse	1,34 (0,67-2,69)	1,40 (0,66-2,94)
Faglært, studentereksamen	0,75*** (0,65-0,86)	0,78** (0,67-0,92)
Kort uddannelse	0,66*** (0,54-0,80)	0,74** (0,60-0,92)
Mellemlang uddannelse	0,53*** (0,44-0,64)	0,64*** (0,52-0,78)
Lang uddannelse	0,56*** (0,42-0,75)	0,69** (0,51-0,93)
Anden uddannelse	0,58** (0,44-0,78)	0,64** (0,46-0,89)
Belastning af økonomi		
Nej (reference)	1	1
Ja lidt	1,49*** (1,30-1,71)	1,35*** (1,16-1,57)
Ja en del	3,07*** (2,54-3,71)	2,35*** (1,90-2,92)
Ja meget	4,58*** (3,70-5,68)	3,31*** (2,60-4,21)
Erhvervsstatus		
Beskæftiget	1	1
Arbejdsløs/kontanthjælpsmodtager	2,89*** (2,34-3,57)	2,72*** (2,15-3,43)
Efterlønsmodtager	1,49** (1,14-1,96)	1,63** (1,21-2,19)
Folkepensionist	3,49*** (2,48-4,92)	3,25*** (2,19-4,84)
Førtidspensionist	14,72*** (12,07-17,94)	14,33*** (11,47-17,91)
Under uddannelse	0,56 (0,30-1,04)	0,61 (0,31-1,19)
Øvrig ikke erhvervsaktiv	9,61*** (7,41-12,46)	9,41*** (7,13-12,42)
Personlig tillid		
Stoler på familie (reference)		1
Stoler ikke på familie		1,7* (1,05-2,74)
Generaliseret tillid		
Stoler på de fleste mennesker (reference)		1
Stoler ikke på de fleste mennesker		1,55*** (1,34-1,79)

Social kapitals betydning for sundhed

Institutionel tillid			
<i>Tillid til sundheds-væsenet (reference)</i>			1
<i>Ikke tillid til sundhedsvæsenet</i>			1,86*** (1,62-2,14)
Engagement i lokalsamfundet			
<i>Dagligt/1-2 gange om ugen (reference)</i>			1
<i>1-2 gange om måneden</i>			1,20 (0,97-1,48)
<i>Sjældnere/aldrig</i>			1,71*** (1,46-2,01)
Nagelkerke (Pseudo R ²)	0,569	0,548	0,533

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

I den ovenstående logistiske regressionsanalyse ses det, at nordjyders kontakt til familien har en signifikant sammenhæng med deres selvvaluerede helbred. Dette gør sig især gældende i model A, hvor alle kategorier indenfor kontakt til familien er signifikante. Det kan tolkes, at de nordjyder, som har kontakt til familien 1-2 gange om ugen eller 1-2 gange måneden, har mindre risiko (0,77 og 0,83) for at have et dårligt selvvalueret helbred, end nordjyder som dagligt/næsten dagligt har kontakt til familien. De nordjyder, der kun sjældnere end 1 gang om måneden har kontakt til familien, har større risiko (1,24) for at have et dårligt selvvalueret helbred, end nordjyder som dagligt/næsten dagligt har kontakt til familien. Tendensen er umiddelbart, at de nordjyder, som har jævnt kontakt til deres familie (1-2 gange om ugen/1-2 gange om måneden), har mindre risiko for at have et dårligt selvvalueret helbred end de nordjyder, som har kontakt til familie hver dag. Der er umiddelbart små forskelle i forhold til, hvor ofte nordjyder har kontakt til familien i forhold til deres selvvalueret helbred. Indenfor samme variabel skifter fortegnet, hvilket vil sige at de nordjyder med kontakt til familien hyppigt, har større risiko for dårligt selvvalueret helbred, men de nordjyder med sjælden kontakt til familien har ligeledes større risiko for at have et dårligt selvvalueret helbred. Umiddelbart kunne det tyde på at moderat kontakt med familien er positivt for helbredet, hvorimod hyppigt eller sjælden kontakt er problematisk for helbredet. Dog forsvinder effekten for nogle af kategorierne, når der kontrolleres for de øvrige relevante variable, og tilbage står moderat kontakt (1-2 gange om ugen), som havende mindst risiko for dårligt selvvalueret helbred. I model B, hvor der bliver kontrolleret for de øvrige baggrundsvariable, forsvinder således den signifikante sammenhæng i forhold til kategorierne *1-2 gange om måneden* og *sjældnere end 1 gang om måneden*. Det er i denne model kun kategorien *1-2 gange om ugen*, der er signifikant forskellig fra referencegruppen *dagligt/næsten dagligt*. De kategorier, hvor signifikansen forsvinder, kan antages at have spuriøse sammenhænge med selvvalueret helbred, da de forsvinder efter elaborering af de øvrige baggrundsvariable. Der spores dog stadig en signifikant sammenhæng mellem sociale

relationer og selv vurderet helbred i forhold til kategorien kontakt til familien 1-2 gange om ugen. Odds ratio er steget lidt, men de nordjyder, som 1-2 gange om ugen har kontakt til familien, har stadig mindre risiko (0,89) for at have et dårligt selv vurderet end nordjyder, som dagligt/næsten dagligt har kontakt til familien. I model C er der stadig kun en signifikant sammenhæng mellem sociale relationer og selv vurderet helbred i henhold til kategorien kontakt til familien 1-2 gange om ugen. De nordjyder, som har kontakt til familien 1-2 gange om ugen, har igen mindre risiko (0,85) for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder, som har kontakt til familien dagligt/næsten dagligt. Det kan på baggrund af de tre modeller i forhold til sociale relationer tolkes, at tendensen viser, at sociale relationer har en betydning, men dog kun i forhold til de nordjyder, som 1-2 gange om ugen har kontakt til familien.

Derudover har de øvrige baggrundsvariable ligeledes signifikante sammenhænge med selv vurderet helbred. På lignende vis som i regressionsanalyserne af tillid spiller køn, alder, uddannelse og økonomisk belastning en rolle i forhold til nordjyderes selv vurderet helbred. Odds ratio varierer en smule, men overordnet set, er det de samme tendenser der fremkommer, som blev beskrevet under regressionsanalyserne af tillid. Generelt kan det tolkes, at kvinder i en høj alder uden uddannelse, med stor økonomisk belastning har større risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end unge mænd med høj uddannelse og ingen økonomisk belastning.

Endvidere tyder det også ud fra denne regressionsanalyse, at tillid har en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Det samme gør sig gældende for engagement i lokalsamfundet, hvor de nordjyder som sjældent eller aldrig er engageret i lokalsamfundet, har større risiko for et dårligt selv vurderet helbred, end de nordjyder som dagligt eller 1-2 gange om ugen er engageret i lokalsamfundet.

Overordnet set kan det tolkes, at sociale relationer har en vis betydning, dog kun i forhold til nordjyder som enten dagligt eller 1-2 gange om ugen har kontakt til familien. Muligvis er netop kontakt til familie anderledes end kontakt til venner, naboer, internetvenner mm. Dette kan undersøges nærmere ved inddragelse af kontakt til venner og kontakt til internetvenner i regressionsmodellen. Derfor er disse sociale relationer kun medtaget i denne regressionsmodel, da det er relevant at undersøge sociale relationers effekt nærmere i dette afsnit. Sociale relationer til venner og internetvenner indgår således i ovenstående regressionsanalyse i alle tre modeller for på den måde at undersøge, hvorvidt der er forskel på, hvilken type af sociale relationer nordjyderne har i forhold til deres selv vurderede helbred. I model A tyder det på, at der er en forskel på, hvilken type social relation nordjyderne har i forhold til deres selv vurderede helbred. Personer med moderat kontakt til

familien havde som nævnt mindst risiko for dårligt selvvurderet helbred. På samme måde har nordjyder, som har kontakt til venner 1-2 gange om ugen eller 1-2 gange om måneden, større risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder, som dagligt har kontakt til venner. Desuden har nordjyder, som har kontakt til venner sjældnere end 1 gang om måneden, over 2,5 gange så stor risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder, som har kontakt til venner dagligt/næsten dagligt. Endvidere tyder det på, at nordjyder, som har kontakt til internetvenner 1-2 gange om måneden eller sjældnere end 1 gang om måneden, har mindre risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder, som har kontakt til internetvenner dagligt/næsten dagligt. Overordnet set er tendensen forskellig for sociale relationer alt efter, hvilken type sociale relationer der er tale om. Hvis nordjyder har moderat kontakt til familien, har de umiddelbart mindre risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder, som dagligt/næsten dagligt har kontakt. Dette gør sig ikke gældende for kontakten til venner, da nordjyder med moderat til lidt kontakt til vennerne umiddelbart har større risiko for dårligt selvvurderet helbred, end nordjyder som dagligt/næsten dagligt har kontakt til venner. Derimod har nordjyder, som har moderat til lidt kontakt til internetvenner, mindre risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder med kontakt til internetvenner dagligt/næsten dagligt. I model B og C forsvinder dog nogle af sammenhænge. I forhold til kontakt til internetvenner, forsvinder sammenhængen med selvvurderet helbred, hvilket kan indikere, at der er en spuriøs sammenhæng mellem kontakt til internetvenner og selvvurderet helbred. Der ligger formentlig en anden variabel i model B som forklarer sammenhængen. Det kunne muligvis være parforhold, arbejdsløshed eller lignende. Efter elaboreringen i model B og C tyder der dog stadig på, at der er en signifikant sammenhæng mellem kontakt til familie og selvvurderet helbred og mellem kontakt til venner og selvvurderet helbred. Sociale relationer lader herved til at have en vis betydning for nordjydernes selvvurderede helbred. Betydningen virker dog til at være forskellig, alt efter om det er kontakt til familie eller venner. Ydermere kan det tolkes, at det ikke er nok bare at have sociale relationer i forhold til at have et godt selvvurderet helbred, men det handler nærmere om nuancerne af de sociale relationer, man har. Det tyder på, at social relation har sin egen betydning for selvvurderet helbred. Det er herved svært at tolke entydigt på sociale relationers betydning for selvvurderet helbred. Sammenhængen mellem internetvenner og selvvurderet helbred forsvinder efter grundig elaborering, men i model A er der en klar sammenhæng, hvilket alligevel kan indikere, at mængden af kontakt til internetvenner har en vis betydning for selvvurderet helbred. Overordnet set er tendensen, at familie bør man have moderat kontakt til, venner bør man se så ofte som muligt og internetvenner bør man have i små doser i forhold til at have et godt selvvurderet helbred. Der kan

kun gisnes om, hvorfor der er denne forskel, men en af årsagerne kunne tænkes at ligge i kvaliteten af de sociale relationer.

I det følgende afsnit rettes fokus mod sociale relationers kvalitet i forhold til selv vurderet helbred.

Kvaliteten af sociale relationers betydning for selv vurderet helbred

Med henblik på problemfeltet og problemformuleringen antages det, at nordjyders sociale relationers kvalitet har en forklaringskraft på deres selv vurderede helbred. Støtte fra sociale relationer har i mange tidligere sundhedsundersøgelser vist sig at have en sammenhæng med sundhed og selv vurderet helbred. Det har vist sig, at de personer med manglende støtte har større risiko for dårligt selv vurderet helbred. At have nogen at tale med, når de brug for det, kan være med til at afhjælpe sygdomme og psykiske lidelser, da en person får støtte til at kunne bearbejde nogle problemer på den ene eller anden måde. Med dette in mente vil der i det følgende blive analyseret ud fra hypotesen om, at social relationers kvalitet, som en del af social kapital, har en betydning for nordjyders selv vurderede helbred.

Logistisk regression – Sociale relationers kvalitet

I nedenstående tabel undersøges om sociale relationers kvalitet har en selvstændig sammenhæng med nordjyders selv vurderede helbred.

Social kapitals betydning for sundhed

Tabel 7: Odds ratio for dårlig selv vurderet helbred i forhold til sociale relationer + øvrige variable

Variable	Procent	Model A	Model B	Model C
		Odds ratio 95% CI (Ujusteret)	Odds ratio 95% CI (Justeret ²²)	Odds ratio 95% CI (Justeret ²³)
Sociale relationer - Har du nogen støtte				
Ja ofte/for det meste (reference)	13,06%	1	1	1
Ja, nogen gange	26,02%	2,34*** (2,06-2,66)	1,75*** (1,49-2,06)	1,57*** (1,31-1,88)
Nej aldrig/ næsten aldrig	31,70%	3,09*** (2,57-3,72)	2,02*** (1,55-2,63)	1,60** (1,17-2,18)
Køn				
Mand (reference)			1	1
Kvinde			1,32*** (1,19-1,48)	1,33*** (1,17-1,50)
Alder				
16-24 år			0,42*** (0,28-0,62)	0,40*** (0,26-0,61)
25-34 år			0,50*** (0,39-0,65)	0,51*** (0,39-0,68)
35-44 år (reference)			1	1
45-54 år			1,51*** (1,26-1,81)	1,49*** (1,22-1,82)
55-64 år			1,59*** (1,30-1,94)	1,62*** (1,30-2,01)
65-74 år			0,94 (0,65-1,37)	1,13 (0,74-1,73)
75 og derover			1,80** (1,21-2,69)	1,95** (1,24-3,07)
Samlivsstatus				
Samlevende			1	1
Enlig (enke)			1,27 (0,98-1,63)	1,38* (1,03-1,85)
Enlig (separeret/skilt)			1,14 (0,87-1,48)	1,13 (0,84-1,53)
Enlig (ugift)			1,05 (0,83-1,33)	1,11 (0,87-1,43)
Gift			1,01 (0,84-1,21)	1,02 (0,84-1,25)
Uddannelse				
Ingen erhvervsuddannelse (reference)			1	1
Under uddannelse			1,35 (0,67-2,70)	1,39 (0,66-2,93)
Faglært, studentereksamen			0,76*** (0,66-0,87)	0,79** (0,67-0,92)
Kort uddannelse			0,68*** (0,56-0,82)	0,74** (0,60-0,92)
Mellemlang uddannelse			0,55*** (0,46-0,66)	0,65*** (0,53-0,79)
Lang uddannelse			0,58** (0,43-0,77)	0,69** (0,51-0,94)
Anden uddannelse			0,61** (0,46-0,82)	0,66* (0,48-0,91)
Belastning af økonomi				
Nej (reference)			1	1
Ja lidt			1,46*** (1,27-1,67)	1,35*** (1,16-1,57)
Ja en del			2,89*** (2,39-3,49)	2,29*** (1,85-2,84)

²² Justeret for de øvrige baggrundsvariable

²³ Justeret for de øvrige baggrundsvariable og tillids variablene og variabelen for engagement i lokalsamfundet

Social kapitals betydning for sundhed

<i>Ja meget</i>	4,09***	(3,31-5,06)	3,04***	(2,39-3,87)
Erhvervsstatus				
<i>Beskæftiget</i>	1		1	
<i>Arbejdsløs/ kontanthjælps- modtager</i>	2,84***	(2,31-3,49)	2,67***	(2,12-3,36)
<i>Efterlønsmodtager</i>	1,48**	(1,14-1,94)	1,63**	(1,22-2,18)
<i>Folkepensionist</i>	3,68***	(2,59-5,22)	3,33***	(2,23-4,97)
<i>Førtidspensionist</i>	14,85***	(12,2-17,08)	14,68***	(11,78-18,3)
<i>Under uddannelse</i>	0,57	(0,30-1,06)	0,62	(0,32-1,20)
<i>Øvrig ikke erhvervsaktiv</i>	10,17***	(7,87-13,14)	9,87***	(7,49-12,99)
Personlig tillid				
<i>Stoler på familie (reference)</i>			1	
<i>Stoler ikke på familie</i>			1,41	(0,88-2,26)
Generaliseret tillid				
<i>Stoler på de fleste mennesker (reference)</i>			1	
<i>Stoler ikke på de fleste mennesker</i>			1,49***	(1,29-1,71)
Institutionel tillid				
<i>Tillid til sundhedsvæsenet (reference)</i>			1	
<i>Ikke tillid til sundhedsvæsenet</i>			1,84***	(1,61-2,11)
Engagement i lokalsamfund				
<i>Dagligt/1-2 gange om ugen (reference)</i>			1	
<i>1-2 gange om måneden</i>			1,20	(0,97-1,49)
<i>Sjældnere/aldrig</i>			1,68***	(1,44-1,97)
Nagelkerke (Pseudo R ²)	0,571	0,550	0,535	

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

Ud fra ovenstående logistisk regressionsanalyse kan det tolkes, at sociale relationers kvalitet har en signifikant sammenhæng med selvvurderet helbred. Dette gør sig gældende i alle tre modeller, hvorfor det netop tyder på, at hvis nordjyder *ikke* har nogen at snakke med, når de har brug for en at tale med og støtte, har de umiddelbart større risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred. I model A har de nordjyder, som aldrig/næsten aldrig har nogen støtte, over 3 gange så stor risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder, som ofte/for det meste har støtte, når de har brug for det. I model B er odds ratio faldet lidt, men sammenhængen mellem støtte og selvvurderet helbred er stadig signifikant. Tendensen viser således stadig, at de nordjyder, som kun nogen gange eller aldrig/næsten aldrig får støtte, når de har brug for det, har større risiko (1,75 og 2,02)

for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder som får støtte ofte/for det meste. Der er umiddelbart et skel fra at få støtte ofte/for det meste og så kun at få støtte nogen gange.

I forhold til de øvrige baggrundsvariable i model B ses der ligeledes signifikante sammenhænge med selv vurderet helbred. På lignende vis som i den forrige analysedel er det ældre kvinder uden erhvervsuddannelse med økonomisk belastning og enten er førtidspensionister eller øvrig ikke-erhvervsaktiv, som har større risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred, end unge mænd med uddannelse og ingen økonomisk belastning og som er beskæftiget. Samlivsstatus har ingen signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred.

I model C inddrages tillid og engagement i lokalsamfundet, hvorved sociale relationers kvalitet stadig har en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Endvidere har køn, alder, uddannelse, økonomisk belastning og erhvervsstatus ligeledes signifikante sammenhænge med selv vurderet helbred. Mange steder mister odds ratioen lidt af styrken men er stadig signifikant. For nogle variable styrkes odds ratioen, hvilket kan tyde på, at der er en interaktion fra tillids og/eller engagement i lokalsamfundet variablene. Derudover viser det sig, at samlivsstatus er blevet signifikant i en kategori. Der er umiddelbart en interaktion fra tillids og/eller engagement i lokalsamfundets variablene, der sammenlagt har en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Fjernes tillidsvariablene i regressionsmodellen er samlivskategorien enkestand stadig signifikant. Det kan tyde på, at det er en interaktion med variabelen engagement i lokalsamfundet, der giver samlivsvariablen en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Ydermere kan det tolkes ud fra ovenstående regressionsanalyse, at generaliseret og institutionel tillid samt engagement i lokalsamfundet har en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Personlig tillid har således ikke en signifikant sammenhæng. Dette kunne muligvis skyldes, at idet de andre tillidsvariable indgår i modellen, kan de komme til at overlappe på en sådan måde, at de fjerner forklaringskraften mellem personlig tillid og selv vurderet helbred.

Generelt er tendensen, at nordjyders støtte har en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Dette gør sig gældende i alle tre modeller, hvorved sammenhængen umiddelbart eksisterer efter en elaborering af de øvrige baggrundsvariable og øvrige social kapital variable.

Den strukturelle del vs. kvaliteten af sociale relationer

Det er svært at sige noget fast om, hvilken betydning sociale relationer kan have, men den signifikante sammenhæng mellem sociale relationer og selv vurderet helbred fremhæver dog, at en støtte og hjælp fra familie/sociale relationer muligvis kan gøre en forskel, når det kommer til

Social kapitals betydning for sundhed

nordjyders helbred og sundhed. Det kunne tyde på, at støtte og kontakt til sociale relationer hænger sammen, hvorfor det kunne være interessant at undersøge de to variable for sociale relationer sammen i en logistisk regression i forhold til selv vurderet helbred. Det kunne være relevant at belyse om årsagen til sammenhængen med selv vurderet helbred er på grund af støtte alene, eller om det er selve kontakten til sociale relationer, som betyder noget selvstændigt. Forskellen mellem den strukturelle del af sociale relationer og kvaliteten af sociale relationer kan således blive undersøgt i forhold til hinanden og selv vurderet helbred. I nedenstående tabel bliver de forskellige sociale relationer variable analyseret i forhold til hinanden og selv vurderet helbred.

Tabel 8: Odds ratio for dårlig selv vurderet helbred i forhold til sociale relationer

Variable	Model A Odds ratio 95% CI (Ujusteret)	Model B Odds ratio 95% CI (Justeret ²⁴)	Model C Odds ratio 95% CI (Justeret ²⁵)	Model D Odds ratio 95% CI (Justeret ²⁶)
Sociale relationer - Har du nogen støtte				
<i>Ja ofte/for det meste (ref.)</i>	1	1	1	1
<i>Ja, nogen gange</i>	2,34*** (2,06-2,66)	2,33*** (2,03-2,68)	1,73*** (1,46-2,04)	1,55*** (1,28-1,88)
<i>Nej aldrig/ næsten aldrig</i>	3,09*** (2,57-3,72)	2,39*** (1,91-2,99)	1,71** (1,29-2,63)	1,54* (1,09-2,17)
Sociale relationer – kontakt til familie				
<i>Dagligt/næsten dagligt (ref.)</i>	1	1	1	1
<i>1-2 gange om ugen</i>	0,77*** (0,70-0,87)	0,67*** (0,61-0,75)	0,83** (0,73-0,93)	0,84** (0,73-0,96)
<i>1-2 gange om måneden</i>	0,83** (0,72-0,94)	0,64*** (0,55-0,74)	0,83* (0,70-0,99)	0,81* (0,67-0,99)
<i>Sjældnere end 1 gang om mdr.</i>	1,24* (1,04-1,50)	0,83 (0,67-1,03)	0,98 (0,76-1,26)	0,83 (0,61-1,11)
Sociale relationer – kontakt til venner				
<i>Dagligt/næsten dagligt (ref.)</i>	1	1	1	1
<i>1-2 gange om ugen</i>	1,35*** (1,20-1,52)	1,37*** (1,21-1,55)	1,08 (0,93-1,26)	1,04 (0,87-1,23)
<i>1-2 gange om måneden</i>	1,49*** (1,31-1,71)	1,50*** (1,31-1,73)	1,23* (1,04-1,45)	1,10 (0,91-1,33)
<i>Sjældnere end 1 gang om mdr.</i>	2,52*** (2,13-2,99)	2,33*** (1,94-2,79)	1,57*** (1,24-1,96)	1,34* (1,03-1,73)
<i>Nagelkerke (Pseudo R²)</i>	0,569	0,555	0,544	0,526

²⁴ Justeret for de forskellige sociale relationer variable

²⁵ Justeret for de øvrige baggrundsvariable + de forskellige sociale relationer variable

²⁶ Justeret for de øvrige baggrundsvariable og sociale relationer variablene og variabelen for engagement i lokalsamfundet og tillid

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

I den ovenstående tabel i model C og D er der blevet kontrolleret for baggrundsvariable og øvrige social kapital variable, men disse variables individuelle odds ratio indgår ikke i tabellen, da de er blevet belyst tidligere, og det er ikke fokuspunktet. Endvidere var der ikke den store variation i forhold til de øvrige logistiske regressionsanalyser.

I model A er de ujusteret odds ratio for de forskellige sociale relationer variable, da disse tal vil være sammenligningsgrundlaget for odds ratioene i model B, C og D. I model B ses odds ratio for de forskellige sociale relationer variable, hvor der er kontrolleret for hinanden. Der er faktisk ikke den store ændring i odds ratio. Med henblik på kontakt til familie forstærkes sammenhængen, idet odds ratio bliver mindre. Desuden forsvinder signifikansen for kategorien *Sjældnere end 1 gang om måneden* i model B, C og D. Der kan herved tolkes, at der er nogle andre baggrundsvariable, der forklarer sammenhængen med kategorien og selvvurderet helbred i model A. I forhold til kontakt til venner forbliver sammenhængen nogenlunde den samme, dog forsvinder signifikansen for kategorien *1-2 gange om ugen* i model C og D, og signifikansen forsvinder for kategorien *1-2 gange om måneden* i model D. Den sidstnævnte forsvinder først i model D, hvilket kan tyde på, at det først er, når der er kontrolleret for engagement i lokalsamfundet og tillid, at sammenhængen forsvinder. Der kan være tale om en spuriøs sammenhæng, hvor de andre social kapital variable fjerner sammenhængen. Tendensen er dog stadig, at de nordjyder med lidt kontakt til venner har større risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred, end de nordjyder som dagligt/næsten dagligt har kontakt til venner. Der er således ikke noget der tyder på, at kvaliteten ved sociale relationer (støtte) fjerner sammenhængen mellem den strukturelle del af sociale relationer (kontakt til familie/venner) og selvvurderet helbred. Kontakten kan således tolkes til stadig at have en selvstændig betydning for selvvurderet helbred. Der er umiddelbart noget mere ved kontakten end bare at få støtte. Med henblik på støtte er sammenhængen med selvvurderet nogenlunde den samme. Dog falder odds ratioen i takt med, at der bliver kontrolleret for flere variable, hvilket kan tyde på, at der er andre variable, der forklarer noget af sammenhængen med selvvurderet helbred. Tendensen er alligevel, at støtte har en selvstændig betydning for selvvurderet helbred i alle fire modeller.

Interaktionssammenhænge

Ud fra de to logistisk regressionsanalyser af sociale relationer viser tendensen, at der muligvis er nogle sammenhænge, der er påvirket af en interaktion fra andre variable. I dette afsnit vil der hermed fokuseres på en logistisk regressionsanalyse af relevante interaktionsled i forhold til sociale

Social kapitals betydning for sundhed

relationer. Ud fra undersøgelsen af Avlund et al., som blev nævnt i problemfeltet, tyder det på, at der er en kønsforskel i forhold til sociale relationers betydning. Her kom de frem til, at Derfor kunne det være relevant at undersøge et interaktionsled konstrueret ud fra variablene køn og sociale relationer. I nedenstående tabel ses en logistisk regressionsanalyse, hvor disse interaktionsled vil blive testet. Hver variabel er testet selvstændigt i forhold til selvvurderet helbred.

Tabel 9: Odds ratio for at have et dårligt selvvurderet helbred i forhold til køn og sociale relationer

Variable	Odds ratio (ikke kontrolleret) (95% CI)
Køn	
<i>Mand (reference)</i>	1
<i>Kvinde</i>	1,41*** (1,30-1,54)
Sociale relationer – kontakt til familie	
<i>Dagligt/næsten dagligt (reference)</i>	1
<i>1-2 gange om ugen</i>	0,77*** (0,70-0,87)
<i>1-2 gange om måneden</i>	0,83** (0,72-0,94)
<i>Sjældnere end 1 gang om måneden</i>	1,24* (1,04-1,50)
Sociale relationer - Støtte	
<i>Ja ofte/for det meste (reference)</i>	1
<i>Ja, nogen gange</i>	2,34*** (2,06-2,66)
<i>Nej aldrig/ næsten aldrig</i>	3,09*** (2,57-3,72)
Interaktionsled – Kontakt til familie og køn	
<i>Mand dagligt (reference)</i>	1
<i>Mand 1-2 gange om ugen</i>	0,75** (0,64-0,88)
<i>Mand 1-2 gange om måneden</i>	0,95 (0,78-1,15)
<i>Mand Sjældnere end 1 gang om måneden</i>	1,36* (1,06-1,74)
<i>Kvinde dagligt</i>	1,40*** (1,21-1,61)
<i>Kvinde 1-2 gange om ugen</i>	1,16* (1,003-1,35)
<i>Kvinde 1-2 gange om måneden</i>	1,12 (0,91-1,37)
<i>Kvinde Sjældnere end 1 gang om måneden</i>	1,92*** (1,43-2,57)
Sociale relationer - Støtte	
<i>Ja ofte/for det meste (reference)</i>	1
<i>Ja, nogen gange</i>	2,34*** (2,06-2,66)
<i>Nej aldrig/ næsten aldrig</i>	3,09*** (2,57-3,72)
Interaktionsled - Støtte og køn	
<i>Mand med ofte støtte (reference)</i>	1
<i>Mand med nogen gange støtte</i>	2,29*** (1,90-2,77)
<i>Mand med aldrig støtte</i>	2,99*** (2,33-3,84)
<i>Kvinde med ofte støtte</i>	1,45*** (1,32-1,60)
<i>Kvinde med nogen gange støtte</i>	3,63*** (3,04-4,34)
<i>Kvinde med aldrig støtte</i>	5,72*** (4,28-7,64)

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

Forinden disse logistiske regressionsanalyser af sociale relationer, køn og interaktionsled, antages det, at en mand med enten dagligt kontakt til familie eller ofte/for det meste støtte burde være

referencegruppen, da han umiddelbart har mindst risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred, hvis der tages udgangspunkt i regressionsanalysen af køn selvstændigt og de forskellige sociale relationers variable selvstændigt. Endvidere antages det, at kvinder har størst risiko og personer med sjælden kontakt til familien eller aldrig har støtte har størst risiko. I forlængelse af disse antagelser forudsættes det, at kvinder med sjælden kontakt til familie eller aldrig har støtte må være dem, der har størst risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred. Resultatet for interaktionsleddet af kontakt til familie og køn fremhæver den sammenhæng, der har været der hele tiden med selv vurderet helbred, dog forsvinder signifikansen i kategorierne *Mand 1-2 gange om måneden* og *Kvinde 1-2 gange om måneden*. Endvidere viser det sig, at det er mænd, som har kontakt til familie 1-2 gange om ugen, som har mindst risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred og ikke mænd, som har dagligt kontakt til familien. Det kan herved tolkes, at kontakt til familien stadig skal være på et moderat niveau også, når der er en interaktion fra køn. Resultatet for interaktionsleddet af støtte og køn viser, at der er nogenlunde samme sammenhæng med selv vurderet helbred, men der er nogle nuancerede forskelle i kategorierne imellem. Det er kvinder uden støtte, som klart har størst risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred i forhold til mænd med ofte/for det meste støtte. Derudover kan det tolkes, at odds ratioen er blevet større ved interaktionen, hvor kvinder, som aldrig har støtte, har 5,7 gange så stor risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred. Samtidig har kvinder, som ofte får støtte, stadig større risiko (1,40) for at have et dårligt selv vurderet helbred, end mænd som ofte får støtte. Ud fra denne regressionsanalyse er det svært at konkludere om samme tendenser, som i undersøgelsen af Avlund et al. finder sted her. Det kan dog antages, at kombinationen af at være kvinde og have manglende støtte har givet en større risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred. Dette underbygger antageligvis undersøgelsen af Avlund et al.'s resultatet, hvor det blev påpeget, at kvinder uden støtte havde større risiko for at dø. Der kan således gisnes om, at sociale relationers kvalitet har forskellig betydning for mænd og kvinder. Dette kan dog kun være en antagelse, da denne analyse ikke kan belyse kvaliteten af sociale relationer, hvor mænd hjælper andre med praktiske gøremål. Dog understreger denne regressionsanalyse alligevel, at der er en vis interaktion mellem køn og sociale relationer i forhold til selv vurderet helbred.

Delkonklusion – Sociale relationer

Samlet set indikerer regressionsanalyserne af sociale relationer, at der er en sammenhæng med nordjyders selv vurderet helbred. Det tyder ligeledes på, at der er forskel på, hvilken type sociale relationer det er, med hensyn til, hvilken betydning sociale relationer har i forhold til selv vurderet

helbred. Derudover kan det tolkes, at nordjyders støtte fra andre har en betydning for nordjyders selv vurderede helbred. Der er flere sundhedsundersøgelser, der underbygger sammenhænge mellem sociale relationer og sundhed, bl.a. den tidligere nævnte danske undersøgelse af sociale relationer og dødelighed, hvor resultatet var, at der er en signifikant sammenhæng mellem sociale relationer og dødelighed (Avlund et al. 1998). Endvidere fremhæves en lignende sammenhæng i undersøgelsen af Ichiro Kawachi og Lisa F. Berkman, hvor de belyser sociale relationer og mental helbred. De finder frem til, at der er en sammenhæng mellem sociale relationer og mentalt helbred. Her betones ligeledes, at sociale relationer kan have både en direkte effekt på mentalt helbred men også en beskyttende effekt. Det fremgår, at den strukturelle del af sociale relationer muligvis har en direkte effekt på mentalt helbred, hvor kvaliteten i form af støtte opererer igennem en slags stress-buffering (beskyttende) mekanisme (Kawachi & Berkman 2001:459). Dette kunne måske også gøre sig gældende i forhold til selv vurderet helbred, da mentalt helbred kan siges at indgå under selv vurderet helbred. Endvidere giver det et lille billede af, at sociale relationer har en sammenhæng med sundhed igennem forskellige typer af mekanismer. Et lignende resultat forefindes i den danske SUSY-undersøgelse, hvor sammenhængen mellem sociale relationer og selv vurderet helbred blev analyseret (Ekholm et al 2006). Her fandt de frem til at sociale relationer havde en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Undersøgelsen understreger således denne logistiske regressionsanalyse. I SUSY undersøgelsen fremhæves ligeledes årsager til, hvorledes denne sammenhæng har betydning. Det kunne tænkes, at nordjyders sociale relationer giver en slags beskyttende effekt i forhold til sygdom og usunde vaner. Har man en støttende familie i et svært sygdomsforløb, kommer man sig muligvis hurtigere, da både den psykiske støtte og fysiske støtte, er en hjælp, der ikke kan erstattes af sygehusvæsenet.

Overordnet set tyder det på, at både støtte og kontakt til familie/venner har en signifikant sammenhæng med selv vurderet helbred. Samtidig understreges det ligeledes, at sociale relationer er en kompleks størrelse, hvor de kan have forskellige funktioner i forhold til sundhed. De forskellige typer har umiddelbart en forskellig indflydelse på helbredet. Her kunne muligvis være tale om det Putnam betegner som afgrænsende (bonding) og brobyggende (bridging) social kapital. Kontakten til familie kunne tolkes til at være en slags afgrænsende sociale relationer i nogle tilfælde, hvis der er for ofte kontakt kan det isolere personen, hvilket kan påvirke både det psykiske og fysiske helbred. Kontakt til venner kan ligeledes tolkes til i nogle tilfælde at være brobyggende, da det samler folk i forhold til eksempelvis i en fodboldklub. Det kan herved betyde en forskel, alt efter hvilken type social relation en nordjyde har i forhold til deres selv vurderede helbred.

Analysedel III – Engagement i lokalsamfundet

Dette analyseafsnit har, som nævnt i analysestrategien, til formål at skulle nærme sig en besvarelse af problemformuleringen i form af en belysning af engagement i lokalsamfundets sammenhæng med nordjyders selvvaluerede helbred. I de tidligere sundhedsundersøgelser fremgik det (jf. problemfelt), at sociale relationer har en sammenhæng med sundhed og i forlængelse heraf også selvvalueret helbred. Begrundelsen kunne være, at igennem engagementet i lokalsamfundet får nordjyder også et netværk, der støtter dem, hvor de sammen kan holde en sund livsstil. Her er tale om en mere fysisk støtte i forhold til kvaliteten af sociale relationer, hvor der primært er tale om at have nogen at snakke med, når man har brug for det. Engagement i lokalsamfundet kan give nordjyder støtte i form af madklubber og løbeklubber og herved være engageret i det lokale samtidig med at være sund. Med det in mente antages det, at engagement i lokalsamfundet har en betydning for nordjyders selvvaluerede helbred

Engagement i lokalsamfundet → Nordjyders selvvaluerede helbred

Engagement i lokalsamfundet er med henblik på operationaliseringen blevet opdelt ud fra spørgsmålet "*Deltager du i foreningsliv/frivilligt arbejde eller lign. aktiviteter?*", hvor det samtidig er i forhold til den by, de bor i, herved lokalsamfund.

Engagement i lokalsamfundets betydning for selvvalueret helbred

Der vil i det følgende blive analyseret ud fra hypotesen om, at engagement i lokalsamfundet har en betydning for nordjyders selvvaluerede helbred.

Logistisk regression – Engagement i lokalsamfundet

I nedenstående tabel undersøges om engagement i lokalsamfundet har en selvstændig sammenhæng med nordjyders selvvalueret helbred.

Social kapitals betydning for sundhed

Tabel 10: Odds ratio for dårlig selv vurderet helbred i forhold til engagement i lokalsamfund og de øvrige relevante variable

Variable	Procent	Model A		Model B		Model C	
		Odds ratio 95% CI (Ujusteret)		Odds ratio 95% CI (Justeret ²⁷)		Odds ratio 95% CI (Justeret ²⁸)	
Engagement i lokalsamfund							
Dagligt/1-2 gange om ugen (ref.)	10,08	1		1		1	
1-2 gange om måneden	10,96	1,10	(0,92-1,31)	1,17	(0,95-1,43)	1,20	(0,97-1,49)
Sjældnere/aldrig	16,98	1,83*** (1,62-2,06)		1,82*** (1,57-2,10)		1,68*** (1,44-1,97)	
Køn							
Mand (reference)				1		1	
Kvinde				1,29***	(1,15-1,44)	1,29***	(1,13-1,46)
Alder							
16-24 år				0,37***	(0,25-0,56)	0,39***	(0,27-0,60)
25-34 år				0,48***	(0,37-0,62)	0,50***	(0,38-0,66)
35-44 år (reference)				1		1	
45-54 år				1,45***	(1,20-1,76)	1,50***	(1,23-1,83)
55-64 år				1,53***	(1,25-1,89)	1,59***	(1,28-1,98)
65-74 år				1,01	(0,69-1,48)	1,18	(0,77-1,81)
75 og derover				1,72**	(1,15-2,57)	2,05**	(1,30-3,23)
Samlivsstatus							
Samlevende				1		1	
Enlig (enke)				1,42*	(1,09-1,86)	1,36*	(1,01-1,84)
Enlig (separeret/skilt)				1,19	(0,90-1,58)	1,16	(0,86-1,57)
Enlig (ugift)				1,20	(0,95-1,53)	1,12	(0,87-1,45)
Gift				1,04	(0,86-1,26)	1,03	(0,84-1,26)
Uddannelse							
Ingen erhvervs-uddannelse (ref.)				1		1	
Under uddannelse				1,48	(0,73-3,00)	1,38	(0,65-2,91)
Faglært, studentereksamen				0,81**	(0,70-0,94)	0,78**	(0,67-0,92)
Kort uddannelse				0,72**	(0,59-0,88)	0,73**	(0,59-0,91)
Mellemlang uddannelse				0,59***	(0,49-0,71)	0,64***	(0,52-0,78)
Lang uddannelse				0,64**	(0,47-0,86)	0,70**	(0,51-0,95)
Anden uddannelse				0,65**	(0,48-0,87)	0,63**	(0,46-0,89)
Belastning af økonomi							
Nej (reference)				1		1	
Ja lidt				1,46***	(1,27-1,68)	1,34**	(1,15-1,55)
Ja en del				2,88***	(2,36-3,52)	2,25***	(1,81-2,80)

²⁷Justeret for de øvrige baggrundsvariable

²⁸Justeret for de øvrige baggrundsvariable og sociale relationer variablene og variabelen for engagement i lokalsamfundet

Social kapitals betydning for sundhed

<i>Ja meget</i>	4,35***	(3,49-5,43)	3,10***	(2,43-3,94)
Erhvervsstatus				
<i>Beskæftiget (reference)</i>	1		1	
<i>Arbejdsløs/ kontanthjælps- modtager</i>	2,78***	(2,24-3,44)	2,71***	(2,15-3,42)
<i>Efterlønsmodtager</i>	1,57**	(1,20-2,07)	1,63**	(1,21-2,19)
<i>Folkepensionist</i>	3,58***	(2,50-5,12)	3,12***	(2,09-4,66)
<i>Førtidspensionist</i>	15,58***	(12,70-19,12)	14,15***	(11,31-17,69)
<i>Under uddannelse</i>	0,56	(0,30-1,04)	0,62	(0,32-1,22)
<i>Øvrig ikke erhvervsaktiv</i>	9,51***	(7,34-12,31)	9,50***	(7,18-12,56)
Personlig tillid				
<i>Stoler på familie (reference)</i>			1	
<i>Stoler ikke på familie</i>			1,58	(0,97-2,58)
Generaliserede tillid				
<i>Stoler på de fleste mennesker (reference)</i>			1	
<i>Stoler ikke på de fleste mennesker</i>			1,49***	(1,29-1,72)
Institutionel tillid				
<i>Tillid til sundhedsvæsenet (reference)</i>			1	
<i>Ikke tillid til sundhedsvæsenet</i>			1,84***	(1,60-2,11)
Sociale relationer – kontakt til familie				
<i>Dagligt/næsten dagligt (reference)</i>			1	
<i>1-2 gange om ugen</i>			0,85*	(0,74-0,97)
<i>1-2 gange om måneden</i>			0,83	(0,69-1,01)
<i>Sjældnere end 1 gang om måneden</i>			0,90	(0,68-1,18)
Sociale relationer – Har du nogen støtte				
<i>Ja ofte/for det meste (reference)</i>			1	
<i>Ja, nogen gange</i>			1,57***	(1,30-1,89)
<i>Nej aldrig/ næsten aldrig</i>			1,57**	(1,13-2,18)
Nagelkerke (Pseudo R ²)	0,564	0,548	0,533	

***p= <0,001 **p=0,01 *p=0,05

I ovenstående regressionsanalyse ses det, at nordjyders engagement i lokalsamfundet har en signifikant sammenhæng med deres selv vurderede helbred. Dette gør sig gældende for alle tre regressionsmodeller, hvilket vil sige, at sammenhængen også er der, efter der er kontrolleret for øvrige baggrundsvariable og øvrige social kapital variable. I model A kan det tolkes, at nordjyder, som sjældent/aldrig er engageret i lokalsamfundet, har større risiko (1,83) for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder som er engageret i lokalsamfundet dagligt eller 1-2 gange om ugen. I model B er odds ratio for engagement i lokalsamfundet næsten uændret, hvilket indikerer, at efter elaborering har nordjyder, som sjældent/aldrig er engageret i lokalsamfundet, større risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder, som er engageret i lokalsamfundet dagligt eller 1-2 gange om ugen. Endvidere er der i model C ligeledes en signifikant sammenhæng mellem engagement i lokalsamfundet og selv vurderet helbred, efter der yderligere er kontrolleret for de øvrige social kapital variable.

I forhold til de øvrige baggrundsvariable ses der, som i de tidligere regressionsanalyser, at der er signifikante sammenhænge mellem baggrundsvariablene og selv vurderet helbred. Det kan således tolkes, at ældre kvinder, som er enker uden uddannelse, som er økonomisk belastet og enten er førtidspensionister eller øvrig ikke-erhvervsaktive, har større risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred, end unge gifte/samlevende mænd med uddannelse, uden økonomisk belastning, og som er beskæftigede.

I model C inkluderes de øvrige social kapital variable, og de førnævnte signifikante sammenhænge forbliver signifikante, men odds ratioen ændrer sig lidt. Nogle odds ratioer bliver svagere eksempelvis økonomisk belastning, hvor de nordjyder, som er meget økonomisk belastet, har over 3 gange så stor risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred, end nordjyder som ikke er belastet økonomisk. I model B var risikoen over 4 gange så stor og dermed faldet lidt. Ydermere er der nogle af kategoriernes odds ratioer, der er blevet stærkere i model C for eksempel alder, hvilket kan tolkes således, at de nordjyder, som er 75 år eller derover, har over dobbelt så stor risiko for at have et dårligt selv vurderet helbred end nordjyder mellem 35-44 år. I model B var risikoen 1,72 gange så stor og dermed steget i model C. Der er muligvis en interaktion fra en af de øvrige social kapitals variable, der styrker sammenhængen mellem alder og selv vurderet helbred. Alle variablene i model C har signifikante sammenhænge med selv vurderet helbred med en undtagelse af personlig tillid.

Delkonklusion – Engagement i lokalsamfundet

Overordnet set så er der en signifikant sammenhæng mellem nordjyders engagement i lokalsamfundet og deres selvvaluerede helbred. Dette gør sig gældende i alle tre modeller, hvilket betyder, at sammenhængen eksisterer, efter der er blevet kontrolleret for de øvrige baggrundsvariable og øvrige social kapital variable. Der er sammenhænge mellem køn, alder, samliv, uddannelse, økonomi, erhvervsstatus og selvvalueret helbred. Disse sammenhænge fjerner dog ikke forklaringskraften fra engagement i lokalsamfundet, hvilket kan indikere, at nordjyders engagement i lokalsamfundet kan have en betydning for deres selvvaluerede helbred. Dette kunne muligvis skyldes, at er man engageret i lokalsamfundet, så har man måske også støtten fra et lokalsamfund, hvis der bliver brug for det. Det kunne tænkes, at naboer i lokalsamfundet hjælper hinanden, når de bliver syge, ved at handle ind, passe børn o. lign. Endvidere kan det måske også sige noget om, hvilken type person, man er, alt efter hvor engageret du er i lokalsamfundet. Er en person engageret i lokalsamfundet, kunne det antages, at han/hun også er engageret i andre ting, hvilket kan betyde, at han/hun har mulighed for at få informationer, der kan hjælpe på et evt. sygdomsforløb. Denne sammenhæng mellem engagement i lokalsamfundet og selvvalueret helbred fremhæves ligeledes i den engelske sundhedsundersøgelse foretaget af Wouter Poortinga. Heri kom han også frem til, at der var en signifikant sammenhæng mellem engagement i lokalsamfundet og selvvalueret helbred, da personer, som var engageret moderat til meget i lokalsamfundet, i mindre grad havde dårligt selvvalueret helbred. Et lignende resultat underbygger ligeledes denne sammenhæng. Der er tale om en svensk sundhedsundersøgelse af Martin Lindström, Bertil S. Hansson og Per-Olaf Östergren, hvor de undersøger bl.a. social engagements betydning for sundhed i form af fysisk aktivitet (Lindström et al. 2001). Her var resultatet, at personer med lav deltagelse/engagement havde større risiko for at have en lav fysisk aktivitet i fritiden. Årsagerne til denne sammenhæng diskuteres til at være, at en høj deltagelse/engagement i samfundet via bl.a. organisationer kan være medierende for støttende pres/gruppepres til at være fysisk aktiv i fritiden (Lindström et al. 2001:448). I nærværende analyse kan der således være tale om, at stort engagement i lokalsamfundet muligvis er med til skabe en støtte samt pres på at holde sig sund og aktiv og i forlængelse heraf have et godt selvvalueret helbred. Et eksempel herpå kunne være en lokal løbeklub eller fodboldklub, hvor der til en vis grad kan blive støttet op om sundhed og derved give folk et bedre selvvalueret helbred.

Opsamling – Social kapitals sammenhæng med selvvurderet helbred

Samlet set kan det antages, at social kapital har en selvstændig betydning for nordjyders selvvurderede helbred, og derved muligvis har en beskyttende effekt i forhold til nordjyders helbred. Tendensen viser, at nordjyder med lav social kapital har større risiko for et dårligt selvvurderet helbred end nordjyder med høj social kapital. Her er det igen svært at konkludere retningen af sammenhængen, da dårligt helbred (selvvurderet) kan resultere i lav social kapital i form af lavere tillid til sundhedsvæsenet og isolation fra sociale relationer. Derudover viste det sig, at de sociale ulighedsfaktorer ligeledes havde en selvstændig betydning for nordjyders selvvurderede helbred. Sammenhængen mellem social kapital og selvvurderet helbred underbygger tilnærmelsesvist de tidligere sundhedsundersøgelser på området. På trods af en dansk kontekst, hvor det sociale støttesystem ikke i samme grad er nødvendigt, som i det amerikanske eller engelske, virker det til, at tilliden, de sociale relationer og engagementet i lokalsamfundet har en vis betydning for, hvordan nordjyder vurderer deres helbred. Det kan tolkes, at social kapital kan være med til at styrke følelsen af ikke at være syg eller dårlig, da man føler sig ovenpå på grund af den støtte, man har. Social kapital kan operere som en buffer mod usunde vaner og sygdom, idet netværket eksempelvis kan motivere til fysisk aktivitet og sund mad.

Ydermere viste det sig, at sociale relationer ikke spiller en entydig rolle for selvvurderet helbred. Virkningen er forskellig alt efter, hvilken type af sociale relationer nordjyderne har. Dette fund er umiddelbart ikke blevet beskrevet i de tidligere sundhedsundersøgelser på området, hvorfor det er interessant, at denne analyse har fremhævet en kompleksitet i sociale relationers betydning for selvvurderet helbred. Kontakt til sociale relationer har ikke ens betydninger, da der er en forskel på, hvem nordjyderne har kontakt til. I forhold til at have et godt selvvurderet helbred kan det ud fra analysen tolkes, at nordjyderne skal have moderat kontakt til familien og meget kontakt til venner. Dette er således med til at påpege, at sociale relationers sammenhæng med selvvurderet helbred er kompleks. Her kunne som nævnt tidligere være tale om Putnams begreber bonding og bridging, idet familie som social relation kan virke afgrænsende, da for meget kontakt til familie kan indikere en kontrollerende adfærd, hvor forholdet muligvis indskrænker personens handlefrihed. Venner som social relation kan derimod i højere grad virke brobyggende, eftersom de kan skabe sammenhold om sundhedsfremmende aktiviteter. Endvidere kunne det være et tegn på, at pilen går den anden vej – at folk, der har det skidt, bliver passet på af deres familie og derfor muligvis har få venner. Sammenhængen kunne her være, at de nordjyder, som har daglig kontakt til familie

netop har denne kontakt, fordi de er syge. Herudover er det svært at vurdere, om kontakten til venner mindskes grundet sygdommen. De stærke forbindelser, som familie, er måske mere fremtrædende, når personen er syg, hvorved de svage forbindelser (venner, kollegaer, naboer) ikke er ligeså synlige, når personen er syg. Putnam beskrev forskellen ved, at afgrænsende sociale relationer er gode til at "getting by", mens brobyggende sociale relationer er gode til at "getting ahead". Er en person eksempelvis syg, er det væsentligste at kunne klare sig ("getting by"), mens de brobyggende relationer er mere afgørende i forhold til eksempelvis at få et job ("getting ahead").

Konklusion

I Sundhedsprofilen fra 2010 blev der fremlagt store sundhedsproblemer i Region Nordjylland. I et samfund, hvor velfærd spiller så stor en rolle, er det relevant at belyse, om social kapital har en betydning i forhold til sundhed – selvvurderet helbred.

I forhold til problemformuleringen: **"Har social kapital betydning for nordjydernes selvvurderede helbred?"** kan det ud fra analysen konkluderes, at der er en sammenhæng mellem nordjydernes sociale kapital og deres selvvurderede helbred. Analysen indikerer, at social kapital har en betydning for selvvurderet helbred i en nordjysk kontekst og formentlig også i en dansk kontekst. Velfærdssamfundet har antageligvis en stor betydning for danskeres sundhed, men der er sociale forhold, der påvirker sundheden og helbredet på trods af et sikkerhedsnet af velfærd. Mange undersøgelser har påvist, at der er en social ulighed i sundhed, hvilket denne analyse kan bekræfte, da det viser sig, at uddannelse og økonomi har en selvstændig sammenhæng med selvvurderet helbred. Den sociale ulighed fjerner dog ikke social kapitals sammenhæng med selvvurderet helbred, hvilket fremhæver, at der er andre sociale forhold på spil i forhold til sundhed end social ulighed. Endvidere viser det sig, at køn, alder, erhvervsstatus, og til dels samlivsstatus har en signifikant sammenhæng med nordjydernes selvvurderede helbred. Etnicitet viste sig helt indledningsvist ikke at have en signifikant sammenhæng med selvvurderet helbred. Samlet set kan det konkluderes, at ældre førtidspensionerede enker, som er uden uddannelse og belastet økonomisk, har større risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred end højtuddannede unge mænd i parforhold, som er beskæftiget og som ikke er belastet økonomisk.

Social kapital har umiddelbart en betydning for sundhed i forhold til selvvurderet helbred. Dette underbygger andre sundhedsundersøgelser på området, og dette betoner vigtigheden i ikke at negligere social kapital, når der fokuseres på sundhed og sundhedsproblemer. Det skal dog igen påpeges, at analysen ikke kan sige noget om retningen af sammenhængen, hvorfor det netop kan betyde, at selvvurderet helbred har betydning for nordjydernes sociale kapital. For at undersøge de forskellige dimensioner af social kapital blev der opstillet tre hypoteser, der påpegede tillids, sociale relationers og engagement i lokalsamfundets sammenhæng med selvvurderet helbred. Her viste resultaterne et klart billede af, at alle tre dimensioner af social kapital havde en signifikant sammenhæng med selvvurderet helbred. Tillid har umiddelbart en selvstændig betydning for nordjydernes selvvurderede helbred, hvilket kan skyldes, at tillid kan have en indflydelse på nordjydernes psykiske tilstand, som kan påvirke det selvvurderede helbred. Dette understreger Colemans og Putnams teori om social kapital ligeledes, idet de pointerer betydningen af tillid i

forhold til social kapital. Endvidere viste det sig, at sociale relationer havde en sammenhæng med selvvurderet helbred. Denne dimension ved social kapital fremhæver Bourdieu, Coleman og Putnam, hvorved de samlet set beskriver sociale relationer som en værdifuld ressource. Betydningen af sociale relationer i analysen var dog ikke entydig. Det viste sig, at sociale relationer havde forskellig betydning afhængigt af, hvilken type relation det var. Kontakt til familie var bedst for nordjyderes selvvurderede helbred, når kontakten var et mærke fandt sted i moderat mængde. Kontakt til venner var derimod bedst for selvvurderet helbred, når kontakten skete dagligt. Denne forskel kan skyldes, det Putnam betegner som afgrænsende og brobyggende sociale relationer, hvor familien kan virke afgrænsende, hvis kontakten er for stor, hvilket kan indskrænke handlefriheden og derigennem påvirke det selvvurderede helbred. Venner kan på den anden side virke brobyggende, da nordjyderne igennem kontakten får fremmet sund adfærd igennem bl.a. fodbold, løb og sundhedsinformationer. Sociale relationers positive betydning for selvvurderet helbred kan begrundes med, at sociale relationer giver en støtte, som virker som en "buffer" imod sygdom og dårlig sundhed. Analysen viste dog, at kontakt til familien havde en selvstændig betydning for selvvurderet helbred, også efter der var kontrolleret for nordjyderes støtte. At have nogen at tale med, når de havde brug for det havde ligeledes en selvstændig betydning for selvvurderet helbred, efter der var kontrolleret for kontakt til sociale relationer. Afslutningsvist fremgik det af analysen, at nordjyderes engagement i lokalsamfundet havde en betydning for deres selvvurderede helbred. Denne effekt er det primært Putnam, der lægger vægt på, hvorved han betoner vigtigheden af engagement i lokalsamfundet, da det samler folk. Årsagen til denne sammenhæng kan tænkes at være en støtte fra de personer, nordjyderne er engageret med. Dette kunne bl.a. være madklubber eller løbeklubber.

Samlet set kan det konkluderes, at nordjyder med lav tillid, dårlig kontakt til familie/venner, dårlig støtte og lavt engagement i lokalsamfundet har større risiko for at have et dårligt selvvurderet helbred i forhold til nordjyder med høj tillid, god kontakt til familie/venner, god støtte og højt engagement i lokalsamfundet. Social kapital kan således ud fra dette speciale fremhæves som en vigtig komponent til at forstå sociale forskelle i sundhed og sundhedsproblemer.

Tabel- og figurliste

Tabeller:

Tabel 1: Respondentbeskrivelse.....	63-65
Tabel 2: Odds ratio:Dårlig selvvrurderet helbred i forhold til personlig tillid+øvrige variable.....	69
Tabel 3: Odds ratio:Dårlig selvvrurderet helbred i forhold til generaliseret tillid+øvrige variable.....	74
Tabel 4: Odds ratio:Dårlig selvvrurderet helbred i forhold til institutionel tillid+øvrige variable....	78
Tabel 5: Odds ratio for at have et dårligt selvvrurderet helbred i forhold til køn og tillid.....	82
Tabel 6: Odds ratio:Dårlig selvvrurderet helbred i forhold til sociale relationer+øvrige variable..	86
Tabel 7: Odds ratio for dårlig selvvrurderet helbred i forhold til støtte + øvrige variable.....	91
Tabel 8: Odds ratio for dårlig selvvrurderet helbred i forhold til sociale relationer	95
Tabel 9: Odds ratio: Dårligt selvvrurderet helbred i forhold til køn og sociale relationer.....	97
Tabel 10: Odds ratio:Dårlig selvvrurderet helbred i forhold til engagement i lokalsamfund+øvrige variable.....	100

Figurer:

Figur 1: Trin I produktionen af sociale forskelle i sundhed og sygelighed.....	15
Figur:2: Coleman: Three-person structure.....	30
Figur 3: Bourdieus, Colemans og Putnams definitioner af social capital.....	39
Figur 4: Hypotesernes teoretiske placering.....	41
Figur 5: Sociale relationer – en begrebslig model.....	57
Figur 6: Forventede sammenhænge i den logistiske regressionsanalyse.....	66-67

Litteratur

Bøger:

- **Agresti, Alan & Barbara Finlay** (1997 og 2009): "*Statistical Methods for the Social Sciences*". New Jersey: Prentice Hall Inc.
- **Bourdieu, Pierre & Loïc Wacquant** (2009): "*Refleksiv sociologi*". København: Hans Reitzels Forlag
- **Bourdieu, Pierre** (2007): "*Den praktiske sans*". København K: Hans Reitzels Forlag.
- **Bourdieu, Pierre** (2005): "*Viden om viden og refleksivitet. Forelæsninger på Collège de France 2000-2001*". København K: Hans Reitzels Forlag.
- **Bourdieu, Pierre** (1986): "The Forms of Capital" in Richardson, John E.: *Handbook of Theory of Research for the Sociology of Education*. 241- 258. Greenwood.
- **Bourdieu, Pierre** (1979): "*Distinksjonen*". Norsk udgave 1995. Pax Forlag.
- **Bryman, Alan** (2004): "*Social Research Methods*". New York: Oxford University Press Inc.
- **Coleman, James S.** (1990): "*Foundations of Social Theory*". The Belknap Press of Harvard University Press.
- **De Vaus, David** (2001): "*Research Design in Social Research*". London: SAGE Publications Ltd
- **Due, Pernille, Anette Johansen, Pia Elena Wichmann Henriksen & Mette Rasmussen** (2007): "Sociale relationer og skolens betydning for social ulighed i adfærd og helbred" i bogen "*Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*" af Bjørn Evald Holstein, Anette Johansen & Anne-Marie Nybo Andersen. København K: Statens Institut for Folkesundhed.
- **Ekholm, Ola, Mette Kjøller, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen & Morten Grønbæk** (2006): "*Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*". København: Statens Institut for Folkesundhed.
- **Field, John** (2003): "*Social capital*". London: Routledge.
- **Halpern, David** (2005): "*Social Capital*". Cambridge: Polity Press.
- **Hegedahl, Paul & Sara Lea Rosenmeier** (2007): "*Social kapital, som teori og praksis*". Frederiksberg C: Narayana Press.
- **Holstein, Bjørn Evald, Anette Johansen & Anne-Marie Nybo Andersen** (2007): "*Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*". København K: Statens Institut for Folkesundhed.
- **Holstein, Bjørn Evald, Lars Iversen & Tage Søndergård Kristensen** (1997): "*Medicinsk sociologi*". København: Foreningen af danske lægestuderendes forlag.
- **Højrup, Thomas og Uffe Juul Jensen** (2010): "Moderne fællesgoder eller postmoderne kynisme? Mellem velfærdsstat og konkurrencestat i teori og praksis" i bogen "*Viden, virkning og virke – forslag til forståelser i sundhedspraksis*" af Keld Thorsgaard, Morten Nissen og Uffe Juul Jensen (red.). Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- **Iversen, Lars, Tage Søndergård Kristensen, Bjørn Evald Holstein & Pernille Due** (2005): "*Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*". København: Munksgaard Danmark.

- **Juel**, Knud, Anne Illemann Christensen, Michael Davidsen, Ola Ekholm, Stig Eiberg Hansen & Maria Holst (2011): "*Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?*". København S.: Sundhedsstyrelsen.
- **Juel**, Knud, Jan Sørensen & Henrik Brønnum-Hansen (2006): "*Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark*". København K: Statens Institut for Folkesundhed (SIF).
- **Kawachi**, Ichiro & Lisa F. Berkman (2000): "*Social Epidemiology*". New York: Oxford University Press.
- **Kjøller** M og **Rasmussen** NK (2004): "*Social ulighed i sundhed*". I: Michelsen N, Jensen BT, Nielsen CV (red): *Klinisk Socialmedicin*. København: FADL's Forlag. s 25-40
- **Kreiner**, Svend (2007): "*Statistisk problemløsning. Præmisser, teknik og analyse*". København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
- **Olsen**, Poul Bitsch & Kaare **Pedersen** (2006): "*Problemorienteret projektarbejde – en værktøjsbog*". Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- **Pedersen**, Jane, Karina Friis, Anne Rytter Asferg, Michael Falk Hvidberg, Anker Lund Vinding & Kathrine Jensen (2010): "*Sundhedsprofil 2010 – Trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland*". Aalborg Ø: Region Nordjylland.
- **Portes**, Alejandro (2010): "*Economic Sociology. A systematic inquiry*". New Jersey: Princeton University Press.
- **Prieur**, Annick & Carsten **Sestoft** (2006): "*Pierre Bourdieu. En introduktion*". København K: Hans Reitzels Forlag.
- **Putnam**, Robert D. (1993): "*Making Democracy Work – Civic Traditions in Modern Italy*". New Jersey: Princeton University Press.
- **Putnam**, Robert D. (2000): "*Bowling Alone – The Collapse and Revival of American Community*". New York: Touchstone.
- **Rasmussen**, Niels Kristian, Ulrik Hesse & Sofie Biering-Sørensen (2007): "*Sådan står det til med sundheden i Nordjylland – Sundhedsprofil for Region Nordjylland og 11 nordjyske kommuner*". København K: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- **Svendsen**, Gert Tinggaard & Gunnar Lind Haase **Svendsen** (2006): "*Social kapital. En introduktion*". København K.: Hans Reitzels Forlag.
- **Treiman**, Donald J. (2009): "*Quantitative Data Analysis. Doing Social research to Test Ideas*". San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Artikler:

- **Avalund**, Kirsten, Mogens Trab Damsgaard & Bjørn E. Holstein (1998): "*Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark*". I *Social Science and Medicine*, Vol. 47, nr.5, s. 635-643.
- **Coleman**, James S. (1988): "*Social capital in the Creation of Human capital*". I *American Journal of Sociology*, vol.94, s.95-120. Chicago: The University of Chicago Press.
- **Idler**, Ellen L. & Yael **Benyamini** (1997): "*Selfrated Health and mortality. A review of twebty-seven Community Studies*". I *Journal of health and social behavior*. Vol.38, nr.1, s.21-37.

- **Kawachi**, Ichiro & Lisa F. **Berkman** (2001): "*Social ties and mental health*". I Journal of Urban Health. Vol.78, nr.3, side 458-467. New York: The New York Academy of Medicine.
- **Kawachi**, Ichiro, Bruce P. Kennedy & Roberta Glass (1999): "*Social capital and self-rated health: A contextual analysis*". I American Journal of Public Health, Vol. 89, nr.8, s.1187-1193.
- **Kawachi**, Ichiro, Bruce P. Kennedy, Kimberly Lochner & Deborah Prothrow-Stith (1997): "*Social Capital, Income Inequality and Mortality*". I American Journal of Public Health, Vol. 87, nr.9, s.1491-1498.
- **Lindström**, Martin (2003): "*Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based study*". I Preventive Medicine, Vol. 36, s.177-184.
- **Lindström**, Martin, Bertil S. Hansson & Per-Olof Östergren (2001): "*Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior*". I Social Science and Medicine, Vol. 52, s. 441-451.
- **Lochner**, Kimberly, Ichiro Kawachi & Bruce P. Kennedy (1999): "*Social capital: a guide its measurement*". I journalen Health and Place. Elsevier Science Ltd.
- **Pilkington**, Paul (2002): "*Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle health inequalities more effectively*". I Journal of Public Health Medicine. Vol.24, nr.3, side 156-159.
- **Poortinga**, Wouter (2006): "*Do health behaviors mediate the association between social capital and health*". I Preventive Medicine, Vol. 43, s. 488-493
- **Rasmussen**, Niels Kr. (1999): "*Social arv, social ulighed I sundhed og hvad kan forebygges?*". Arbejdspapir 17 om Social arv. København K.: Socialforskningsinstituttet.
- **Rose**, Richard (2000): "*How much does social capital add to individual health?*". I Social Science and Medicine, vol. 51, s.1421-1435.
- **Subramanian**, S.V, Daniel J. Kim & Ichiro Kawachi (2002): "*Social trust and self-rated Health in US Communities: a multilevel Analysis*". I Journal of Urban Health, Vol 79, nr.4, s.21-34.

Internet:

- **BT.dk**: "38 slanke-trick der duer" artikel i BT d.12.04.2011.:
<http://www.bt.dk/slank/saadan-bliver-du-bikini-klar-inden-sommeren>
- **BT.dk**: "Smid de ekstra kilo med fuldkorn" artikel i BT d.11.04.2011. :
www.bt.dk/slank/smid-de-ekstra-kilo-med-fuldkorn&OpointData=ffb0af651a72c48e1bfaf380fc56250eJmlkX3NpdGU9MTlyJmlkX2FydGlibGU9MzU3NjU4JmlkX3VzZXI9Mjg0
- **Lokalavisen Århus Syd**: "Vi strømmer til sundhedscaféer" i artiklen i Lokalavisen Århus Syd d.12.04.2011.:
<http://aarhus.lokalavisen.dk/stroemmer-til-sundhedscaf%C3%A9er-/20110412/artikler/704129683/1444>

Social kapitals betydning for sundhed

- **Løb Nu:** "Løb dig fra depression" fra hjemmesiden Løb Nu d.09.06.2010.:
<http://www.lobnu.dk/loeb-og-traening/loeb-dig-fra-depression>
- **Ncsa.dk:** <http://www.ncsa.dk/index.php?id=120>
- **Regeringen 2002:** "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010". Publikation af Regeringen.:
<http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/F7BABB17699E42B4A11623E137D73D0C.ashx>
- **Riis, Ole (2000):** "Metoder på tværs. Om forudsætningen for sociologisk metodekombination". Et Sociologisk Arbejdsrapport fra Sociologisk Laboratorium, Aalborg Universitet.:
http://sociologi.samf.aau.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/Sociologiske_arbejdsrapporter/Arbapir_nr6.pdf
- **Sundhedsloven 2005:** Sundhedslov afsnit IX, Kap.35, §119. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074#A9>
- **Jyllandsposten 14.04.2011:** "Hvorfor er vi så fede?" Artikel i Jyllandsposten d.14.04.2011, skrevet af Diana Ebba Ø. B. Pedersen.:
<http://www.infomedia.dk.zorac.aub.aau.dk/ms/GetArticleFull.aspx?outputFormat=Full&Duid=e2a1c531>

Bilag

Bilag 1: Beskrivelse af Sundhedsprofil fra Region Nordjylland 2007

Sundhedsprofilen for 2007 blev lavet fordi, Region Nordjylland ville samle viden om, hvordan det stod til med sundheden i Nordjylland. Derfor spurgte regionen i samarbejde med kommunerne 23.490 nordjyder ind til deres trivsel, sundhed og sygdom. 51,1% af borgerne svarede på spørgeskemaet, og var dermed med til at give region og kommuner vigtig information til brug i indsatsen for at øge nordjydernes velbefindende. Det overordnede formål med Sundhedsprofilundersøgelsen i Region Nordjylland er generelt at beskrive sundhedsforholdene hos borgerne i Region Nordjylland samt i de 11 kommuner i regionen. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af bl.a. sygdom, livskvalitet, sundhedsvaner og sygdomsadfærd, social kapital og sociale relationer, samt individuelle og omgivelsesmæssige forhold, der har betydning for sundhed og livskvalitet. Undersøgelsen er baseret på en repræsentativ stikprøve af i alt 11.498 borgere i regionen, der i 2006 var bosiddende i de områder, der udgør den nye Region. Det var tilstræbt at udtrække så mange borgere fra hver kommune, at man kunne regne med, at ca. 1000 borgere i hver kommune besvarede et spørgeskema, dog nogle færre i Læsø Kommune. Undersøgelsens spørgeskema tager udgangspunkt i den såkaldte HEPRO-model (Health Profiles Model), der er udviklet i et EU støttet udviklingsprojekt med deltagelse af 40 partnere i Østersøregionen (Rasmussen et al. 2007:6).

Bilag 2: Stikprøvestørrelser i kommunerne i Region Nordjylland

Kommuner	Antal personer
Brønderslev	4.000
Frederikshavn	3.500
Hjørring	3.500
Jammerbugt	2.900
Læsø	900
Mariagerfjord	3.000
Morsø	2.500
Rebild	2.700
Thisted	3.000
Vesthimmerland	2.900
Aalborg	6.800
Region Nordjylland	35.700

Kilde: Sundhedsprofil 2010, s.17.

Bilag 3:

Chi²-test

Chi²-testen kan altid beregnes, men den er ikke pålidelig i situationer, hvor 20 % af cellerne i krydstabellen har en forventet værdi på mindre end 5 (Agresti & Finlay 1997:234). I sådan et tilfælde kan den statistiske test Fisher's exact test anvendes, eftersom denne test ikke bliver påvirket af lave cellefrekvenser. Fisher's exact test er dog ret beregningstung, da testen tager udgangspunkt i tabelmarginalerne og derudfra konstruerer alle de mulige kombinationer af de øvrige celler, imens marginalerne holdes konstant. Denne test burde dog ikke blive relevant, da datasættet er meget stort, og dette kun gælder for små datasæt, hvor der er risiko for, at cellerne kan være tomme.

Gamma-test

I henhold til sammenhængens retning, forstås det, at en positiv gammakvotient angiver en positiv sammenhæng, mens en negativ gammakvotient viser en negativ sammenhæng (Agresti & Finlay 1997:276). En hovedregel er, at en gammakvotient på [0,3] eller større angiver en moderat styrke. Derudover kan gammakvotienten bruges til alle dikotome variable men ikke nominalskalerede variable, da disse ikke kan rangeres (Agresti & Finlay 1997:278).

Bilag 4: Operationalisering af øvrige variable

Social ulighed som uafhængig variabel

Det er relevant at inddrage social ulighed i analysen, da det i mange sociologiske undersøgelser har vist sig, at der findes social ulighed i sundhed, og denne har en betydning for borgeres selvvaluerede helbred. Ud fra det empiriske data vil nordjyderes kulturelle og økonomiske kapital forsøge at indfange den mulige sociale ulighed. Den kulturelle kapital vil fremkaldes ud fra nordjyderes uddannelse og erhvervsstatus. Den økonomiske kapital vil belyses ud fra et spørgsmål omkring, hvor belastede de føler sig af deres økonomi.

Nordjyderes uddannelse måles ud fra det empiriske data gennem følgende spørgsmål:

- "Hvilken skoleuddannelse har du?"

Social kapitals betydning for sundhed

Hertil hører følgende svarkategorier: (1) *Går stadig i skole*, (2) *7 eller færre års skolegang*, (3) *8-9 års skolegang*, (4) *10-11 års skolegang*, (5) *Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX og HTX)* og (6) *Andet (herunder udenlandsk skole)*.

I dette spørgsmål måles nordjydernes uddannelse til og med en gymnasial uddannelse. I det følgende spørgsmål vil det videre forløb inden for uddannelse blive målt:

- "Har du fuldført en erhvervsuddannelse?"

Til dette spørgsmål hører disse svarkategorier: (1) *Nej*, (2) *Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkursus, arbejdsmarkedskurser m.v.)*, (3) *Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller Efg-Uddannelse)*, (4) *Kortere videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. social- og sundhedsassistent, tekniker, merkonom)*, (5) *Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. skolelærer, politibetjent, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)*, (6) *Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)* og (7) *Anden uddannelse*.

Med henblik på, hvordan det er gjort i Nordjyllands Sundhedsprofil 2010, bliver begge spørgsmåls svarkategorier inddelt i 7 forskellige grupper, hvilket giver et bedre billede af, hvilken uddannelse respondenterne besidder: (1) *Under uddannelse*, (2) *Ingen erhvervsuddannelse*, (3) *Faglært, studentereksamen*, (4) *Kort uddannelse*, (5) *Mellemlang uddannelse*, (6) *Lang uddannelse* og (7) *Anden uddannelse*. Denne opdeling tilvejebringer herved den inddeling, som bruges til at måle nordjydernes uddannelsesniveau i den videre analyse.

Den anden indikator for nordjydernes sociale position bliver som nævnt tidligere deres arbejdsstatus/erhvervsstatus. Denne måles ud fra det empiriske data gennem følgende spørgsmål:

- "Hvad er din erhvervsmæssige stilling?"

Hertil hører følgende svarkategorier:

1) Beskæftigede:

(a) *Selvstændig landmand*, (b) *Selvstændig i øvrigt*, (b) *Medhjælpende ægtefælle* (c) *Arbejder faglært*, (d) *Arbejder ufaglært*, (e) *Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)*, (f) *Anden beskæftigelse* og (g) *Hvis anden, skriv hvad*.

2) Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering.

3) Uddannelsessøgende:

(a) *Lærling, elev*, (b) *Studerende* og (c) *Skoleelev*.

Social kapitals betydning for sundhed

4) Pensionister:

(a) Alderspensionist, (b) Førtidspensionist, (c) Anden form for pension og (d) Efterlønsmodtager, overgangsydelse.

5) Andre:

(a) Hjemmearbejdende husmor, husfar, (b) Langtidssyg (3 mdr. eller mere), (c) Værnepligtig, (d) På kontanthjælp, bistandshjælp, (e) Under revalidering og (f) Andet.

6) Hvis andet, skriv hvad.

I overensstemmelse med Sundhedsprofilundersøgelsen 2010 er der en afledt variabel, som beskriver nordjydernes erhvervsstatus. Denne variabel har følgende svarkategorier: (1) *Under uddannelse*, (2) *Beskæftiget*, (3) *Arbejdsløs, kontanthjælpsmodtager*, (4) *Førtidspensionist*, (5) *Efterlønsmodtager*, (6) *Folkepensionist* og (7) *Øvrig ikke-erhvervsaktiv*.

Denne afledte variabel vil være den variabel, der primært vil blive brugt i analysen, når nordjyderes sociale position skal måles ud fra deres erhvervsstatus. Samlet set giver uddannelse og erhvervsstatus en mulighed for, at måle nordjyder, i Bourdieus forstand, kulturelle kapital. Den kulturelle kapital kan samtidig indikere en vis form for ulighed i forhold til uddannelse og arbejde.

I forhold til at indhente viden omkring nordjyderes økonomiske kapital, vil følgende spørgsmål anvendes:

- "Har du inden for de sidste 12 måneder følt dig belastet af nogle af følgende ting? – Din økonomi"

Hertil er følgende svarkategorier: (1) *Nej*, (2) *Ja, lidt*, (3) *Ja, en del* og (4) *Ja, meget*.

Ud fra dette spørgsmål indhentes der viden omkring, hvorvidt nordjyderne føler de har økonomiske problemer. Dette kan således indikere, hvor meget økonomisk kapital de besidder, som derved kan sige noget om deres sociale ulighed.

Øvrige kontrolvariable:

Alder kan i høj grad antages at have en betydning for nordjyderes sundhed, da forskellige sundhedsproblemer ofte følger en bestemt alder. Kontrolvariablen *alder* måles ud fra følgende spørgsmål:

- "Alder pr. 1. januar 2010"

Svarkategorierne er: 16 år – 99 år.

Social kapitals betydning for sundhed

Denne variabel er i henhold til Sundhedsprofilundersøgelsen 2010 blevet rekodet til disse 7 svarkategorier: (1) 16-24 år, (2) 25-34 år, (3) 35-44 år, (4) 45-54 år, (5) 55-64 år, (6) 65-74 år og (7) 75 eller derover.

Køn kan ligeledes antages at have en effekt på nordjyders sundhed, da mænd og kvinder kan have forskellige sygdomme og sundhedsopfattelser. Kontrolvariablen *køn* måles naturligvis ud fra svarkategorierne: (1) *Mand* og (2) *Kvinde*.

Derudover kan etnicitet også spille en rolle i forhold til at forklare forskelle i sundhed/helbred, da nordjyder med anden baggrund end dansk muligvis har andre traditioner og andre sundhedsvaner. Kontrolvariablen *etnicitet* har følgende svarkategorier: (1) Dansk, (2) Vestlig og (3) Ikke-vestlig.

Kontrolvariablen samlivsstatus måles ud fra spørgsmål, som blev beskrevet under afsnittet *Den funktionelle del ved sociale relationer*.

Bilag 5: Krydstabeller af tillid

Krydstabel		Selvvurderet helbred					
Personlig tillid		Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total
Stoler på familie		2555,51	8348,58	8018,21	2568,28	533,05	22023,6
		11,6	37,91	36,41	11,66	2,42	
Stoler ikke på familie		268,79	418,14	122,43	84,67	296,92	305,48
		8,8	13,69	40,08	27,72	9,72	
Total		2582,39	8390,39	8140,63	2652,96	562,74	22329,1

P= <0,0001 Gamma: 0,445

Krydstabel		Selvvurderet helbred					
Generaliserede tillid		Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total
Stoler på de fleste mennesker		2011,03	6691,89	5824,82	1658,29	279,07	16465,1
		12,21	40,64	35,38	10,07	1,69	
Stoler ikke på de fleste mennesker		501,89	1432,12	1820,6	790,71	214,43	4759,74
		10,54	30,09	38,25	16,61	4,51	
Total		2512,92	8124,01	7645,42	2449	493,49	21224,8

P= <0,0001 Gamma: 0,207

Social kapitals betydning for sundhed

Krydstabel		Selvvurderet helbred					
Institutionel tillid		Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total
Tillid til sundhedsvæsenet		2146,28	7053,22	6176,26	1830,21	325,709	17531,7
		12,24	40,23	35,23	10,44	1,86	
Ikke tillid til sundhedsvæsenet		327,21	1127,95	1646,53	751,03	218,55	4071,27
		10,54	30,09	38,25	16,61	4,51	
Total		2473,49	8181,18	7822,79	2581,24	544,26	21603

P= <0,0001 Gamma: 0,287

Bilag 6: Krydstabeller af sociale relationer

Krydstabel		Selvvurderet helbred					
Sociale relationer – Kontakt til familie		Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total
Dagligt/næsten dagligt		879.104	2991.94	2769.65	1076.46	221.253	7938.41
		12,24	37,69	34,89	13,56	2,79	
1-2 gange om ugen		1129,02	3758,97	3700,31	1061,9	223,053	9873,24
		11,44	38,07	37,48	10,76	2,26	
1-2 gange om måneden		442,40	1230,26	1187,8	385	74,99	3321,43
		13,32	37,04	35,76	11,62	2,26	
Sjældnere end 1 gang om måneden		127,372	373,641	550,462	205,239	50,326	1307,04
		9,75	28,59	42,12	15,70	3,85	
Total		2577,89	8354,81	8208,22	2729,58	569,621	22440,1

P= <0,0001 Gamma: 0,287

Bilag 7: Krydstabeller af Engagement i lokalsamfundet

		Selvvurderet helbred					
Engagement i lokalsamfundet		Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	Total
Dagligt/1-2 gange om ugen	Antal	722,72	2062,37	1618,89	449,99	43,63	4897,58
	Procent	14,76	42,11	33,05	9,19	0,89	
1-2 gange om måneden	Antal	278,01	1128,14	1034,48	247,81	52,68	2741,12
	Procent	14,76	41,16	37,74	9,04	1,92	
Sjældnere eller aldrig	Antal	1357	4737,04	5082,83	1832,55	454,01	13463,4
	Procent	10,08	35,18	37,75	13,61	3,37	
Total		2357,72	7927,54	7736,19	2530,35	550,32	

P= <0,0001 Gamma: 0,167

Bilag 8: Logistisk regression af etnicitet og selv vurderet helbred

Variable	Odds ratio (95% CI)*
<i>Etnicitet</i>	
<i>Dansk (reference)</i>	1
<i>Vestlig</i>	0,97 (0,64-1,69)
<i>Ikke-vestlig</i>	1,04 (0,63-1,49)

* Der er justeret for baggrundsvariablene og social kapital variablene

Signifikansen var henholdsvis 0,88 og 0,89, og derfor overhovedet ikke signifikant.

Appendiks:

- Region Nordjyllands spørgeskema til undersøgelsen "*Hvordan har du det?*"
- SAS editor
- Variabelliste udleveret af Region Nordjylland