

Att forska om socialt kapital och hälsa hos unga människor

Antony Morgan¹ Bo JA Haglund²

¹MSc (Med) PhD FFPH Visiting Professor in Public Health: Programme Leader - MSc Public Health School of Health and Life Sciences GCU London, 40 Fashion Street, London, E1 6PX, England. E-post: antony.morgan@gcu.ac.uk. ²Professor emeritus, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: bo.haglund@ki.se.

A complete English language version of this paper is found at pp. 441-457.

see: <http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/941>

Socialt kapital har potential att vara en resurs för samhället, genom att bidra med en rad nyttiga utfall ekonomiskt, socialt och ur hälsosynpunkt. Begreppet socialt kapital dök upp som en idé som kan hjälpa oss att formulera sambanden mellan hälsa och dess mångfald av orsaksfaktorer. I relation till ungas hälsa och välbefinnande kan hävdas att ju mer vi investerar i socialt kapital och relaterade konstruktioner tidigt i livet desto bättre. D.v.s. ju mer positiva erfarenheter de unga får uppleva i sina familjer, från sina vänner, i skolan och i närsamhället. Men våra möjligheter att konstruera robust och rigorös kunskap för att belysa hur olika delar av begreppet socialt kapital är relaterade kräver en systematisk ansats i forskningen. En rad frågor vad gäller teorier, definitioner och mätmetoder krävs redan i planeringen av sådan forskning om komplexiteten i begreppet skall kunna tydliggöras. Här presenteras en 8 punkts plan om nyckelfrågeställningar som framkommit vid genomgång av forskningen med syfte att lyfta nivån för att bättre kunna använda kunskapen till att förändra de ungas hälsa och välbefinnande.

Social capital has the potential to be a resource for societies, contributing to a range of beneficial economic, social and health outcomes. The concept of social capital has emerged as an idea which can help us further articulate the relationship between health and its broader determinants. In the context of young people's health and wellbeing, the more we invest in social capital as a health asset early on in life, the more young people can experience its positive effects within their families, from their friends, at school and in their local neighborhoods and communities. However, our ability to construct a robust and rigorous evidence base that helps to link and explain the sub domains of social capital to understand how it might be built require a more consistent and systematic approach to research. A range of issues concerning, theory, definition and measurement need to be considered during the planning of such research if the challenges of the concept's complexity are to be overcome. This paper rehearses 8 of the key issues that have arisen out of past social capital research in order to advance thinking about how it might be best utilized for promoting young people's health and wellbeing.

Introduktion

I denna artikel redovisas en 8 punkts plan (Tabell I) om nyckelfrågeställningar som framkommit vid genomgång av forskningen med syfte att lyfta nivån för att bättre kunna använda kunskapen till att förändra de ungas hälsa och välbefinnande. Syftet är att lyfta fram hur framtida forskning kan planeras och genomföras för att bygga en kunskapsbas som kan översättas i praktisk handling för bättre hälsa hos de unga.

Socialt kapital har potential att vara en resurs för samhället, genom att bidra med en rad nyttiga utfall ekonomiskt, socialt och ur hälsosynpunkt. Begreppet socialt kapital dök upp som en idé som kan hjälpa oss att formulera sambanden mellan hälsa och dess mångfald av orsaksfaktorer. Morgan (2010) lyfte fram möjligheten för begreppet socialt kapital att vara en tillgång (health asset) – d.v.s. faktorer (eller resurser), som ökar möjligheter för individer, samhällen eller befolkningar att bibehålla hälsa och välbefinnande (Morgan och Ziglio 2007) - och argumenterade att ju mer

vi investerar i socialt kapital och relaterade konstruktioner tidigt i livet desto bättre. D.v.s. ju mer positiva effekter de unga får uppleva i sina familjer, från sina vänner, i skolan och i närsamhället.

En rad forskningsstudier som syftat till att undersöka relationen mellan socialt kapital och hälsa har ackumulerats sedan tidigt 1990-tal. Medan flertalet av dessa studier utforskat betydelsen av socialt kapital för vuxna (t.ex.: Kawachi m.fl. 1996, 1997, 2001; Cooper m.fl. 1999; Lindstrom m.fl. 2001; Stafford m.fl. 2004; Mohan m.fl. 2005), började studier avseende unga människor att presenteras först i slutet av det första decenniet på 2000-talet (Lund 2005; Ferguson 2006; Boyce m.fl. 2008; Morgan and Haglund 2009; Elgar m.fl. 2011).

I en kritisk översiktsartikel av Ferguson 2006, summeras vad som framkommit om relationen mellan socialt kapital och barns välbefinnande till år 2002. En rad olika indikatorer på socialt

Tabell 1. Ett 8-punkts program för forskning om socialt kapital och unga

1	Definitioner – skall vara tydliga om vilket disciplinärt perspektiv som används
2	Teori – klargör vilka förändringsmekanismer som antas
3	Mätning – använd indikatorer med en etablerad kunskapsbas
4	Socialt kapital som ett multikomponent begrepp – rita och beskriv hur använda indikatorer är tydligt relaterade
5	Socialt kapital – säkerställ att definitioner och mätning av begreppet tar hänsyn till ålder, gender och kultur
6	Använd sammanbindande, överbryggande och sammanlänkande socialt kapital för att förstå den relativa betydelsen av individuella och kollektiva idéer om begreppet
7	Forskning om socialt kapital hos unga behöver säkerställa att de är inkluderade som aktiva sociala agenter
8	Resurs baserade ansatser (Health assets) i studier om ungas hälsa och välbefinnande kan övervinna idéer om de negativa sidorna av socialt kapital

kapital användes i analyserade studier som brett kategoriserades som socialt kapital relaterat till familj eller sociala faktorer. Familjefaktorerna bröts ned i familjestruktur, kvalitet i föräldra-barn relationer, vuxnas intressen och stöd från familjen. De sociala faktorerna täckte indikatorer på socialt stöd mellan familjer, föräldrars engagemang i civilsamhället och religiösa nätverk, och uppfattningar av kvalitet i skola och närsamhälle (dvs. barn och ungdomars sociala kapital uttryckt genom föräldrars uppfattningar eller aktiviteter). Ferguson sammanfattade att det fanns ansevärd empirisk kunskap som tydde på att familjefaktorer och sociala faktorer hade en positiv inverkan på barns välbefinnande.

Men, studier av socialt kapital både på vuxna och unga människor är fyllda av en rad begrepp, mätmetoder och frågor om design. Kawachi (2010) lyfter fram att olikheterna i mätmetoder i studierna gör det svårt att syntetisera på en högre nivå. Lin (2001) kritiserar arbeten om socialt kapital utifrån ett designperspektiv. Han argumenterar att likartade problemställningar associerade med socialt kapital och dess relationer till hälsa bara kan lösas genom longitudinella studier som kan förutsäga orsaksriktningen av de samband som redan finns i forskningslitteraturen.

Szreter and Woolcock's (2004) menar att många av problemen med begreppsförvirringen och teorier relaterat till socialt kapital kan lösas om studierna är mer preciserade med klara teoretiska perspektiv. De sammanfattar

detta i tre aspekter: socialt stöd (nyttan av att delta i sociala nätverk); ojämlikhet (vidgade ekonomiska skillnader bryter ner medborgares känsla för social rättvisa och att vara inkluderad; politisk ekonomi (dålig hälsa bestäms uteslutande av brist på materiella resurser). Morgan (2010) lägger till en fjärde aspekt i tänkandet runt unga människors hälsa och välbefinnande. Det är ett perspektiv med skyddsfaktorer (health assets). Han föreslår att ju mer vi ger unga människor möjligheter att uppleva positiva effekter av olika skyddande faktorer som motverkar negativa riskfaktorer, desto mer troligt är det att de behåller hälsa och välbefinnande under kritiska utvecklingsperioder senare i livet.

För att summera, olika definitioner och mätmetoder i den tidiga forskningen om socialt kapital har skapat en rad hypoteser som kan testas empiriskt. Men, som Kawachi (2010) framhäver på grund av olikheterna i ansatserna är det svårt att göra synteser på en högre nivå. Viktigare är dock att en motvillighet att omfatta komplexiteten i begreppet har hindrat framväxten av forskning som försöker ge mer insikter i hur socialt kapital kan producera mer hälsa. I denna artikel presenteras argument för att våra möjligheter att konstruera robust och rigorös kunskap. Olika delar av begreppet socialt kapital kräver en systematisk ansats i forskningen. Vi presenterar en 8 punkts plan som skulle kunna ligga till grund för intresserade i utvecklingen av forskningen att kunna föra forskningen om socialt kapital för unga människor till en ny kunskapsnivå.

Defintioner – skall vara tydliga om vilket disciplinärt perspektiv som används

De varierande vetenskapliga perspektiv på socialt kapital som har presenterats har främst tre företrädare. Pierre Bourdieu (1986), James Coleman (1988) och Robert Putnam (1995) har på annan plats blivit väl beskrivna (se t.ex. Ottebjer (2005)). Medan var och en av dessa författare beskriver socialt kapital genom sina disciplinära glasögon, så har de en gemensam tråd som relateras till vikten av positiva sociala nätverk av olika typer, vilka formar social, ekonomisk och hälsoutveckling mellan olika grupper, hierarkier och samhällen.

Morrow (2001) angav tidigt att Putnams definition av socialt kapital var av litet värde för unga människor då de per definition är exkluderade från civilt deltagande genom att vara barn. Hon föreslog att Bourdieus begrepp om sociability (möjlighet och disposition att upprätthålla sociala nätverk) kan vara mer relevant då det också innefattar nätverk som inte bara är grannskaps eller geografiskt bundna. Schaefer-McDaniel (2004) hävdar att alla perspektiv kan bidra till framväxten av nya teorier för unga åldersgrupper. Till exempel kan Bourdieus mer individualistiska idéer om socialt kapital vara till hjälp i förståelsen för hur man bygger kompetenser för att tillgodogöra sig och arbeta lyckosamt med sociala nätverk, som en föregångare till vilja och möjlighet att bidra till civila nätverk, viktiga värden i Putnams mer kollektiva definition.

Inom forskningen är det därför inte

till hjälp att ställa upp olika perspektiv mot varandra. Men, genom att vara mer tydliga i intentioner och mål kan man ge stöd åt kunskaper om varför ett perspektiv är mer betydelsefullt än ett annat när forskningsfrågeställningarna preciseras.

Teori – klargör vilka förändringsmekanismer som antas

Baum (2010) lyfter fram en oro för att enbart använda socialt kapital utan att sätta in begreppet i en bredare grupp av sociala teorier. Skyddsfaktor ansatsen är till hjälp, eftersom den ger stöd till att använda en rad existerande teorier och idéer för att identifiera de faktorer som skyddar en god hälsa (Morgan et al, 2010; Eriksson and Lindstrom, 2010). Förutsättningen är att unga människor med gott välbefinnande tillägnar sig färdigheter i problemlösning, social kompetens och en känsla av mening, som kan användas som skydd för hälsa (health assets) och stöd i svårigheter, växa även under svåra omständigheter, undvika att ta risker och rent allmänt fortsätta ett produktivt liv (Scales, 1999, Morgan m.fl 2008).

En rad skyddsfaktorer har redan identifierats för de ungas hälsa och utveckling (Scales, 1999), vilka kommer från tre typer av tillämpad forskning – positiv utveckling för unga, prevention och återhämtningsförmåga (resiliency) (Resnick, m.fl. 1997; Lerner m.fl. 2003; Benson m.fl 2006). Dessa inkluderar: familjedynamik, stöd från samhällets vuxna, effektivitet i skolan, kamratpåverkan, värderings utveckling, och en rad specifika färdigheter och kompetenser som är

nödvändiga för att unga skall växa.

Det återstår dock att få förståelse för mekanismerna eller vägarna för hur dessa skyddsfaktorer samverkar och påverkar hälsa; om några skyddsfaktorer är mer betydelsefulla än andra; hur den kumulativa effekten av olika skydd är till nytta för de unga när de växer upp; och hur olika sociala och kulturella kontexter påverkar och är till nytta för dem.

Bland dessa skyddsfaktorer återfinns vi många av de underliggande begreppen av socialt kapital som tillhörighet till familj och samhälle, tillit och säkerhet och vilja att bidra och delta i olika samhällsaktiviteter. Socialt kapital har därför en möjlighet att organisera ett ramverk som kan hjälpa oss att länka och förstå de skyddsfaktorer som är betydelsefulla för de ungas hälsa och utveckling.

Det kommer att ta tid att få begreppet socialt kapital att förändras från något med möjligheter till en teori med förklaringspotential. Teorier hjälper oss att förutsäga vad som kan hända genom att skapa strukturer och system baserade på observationer, och hjälper oss också att förstå empirin på ett systematiskt sätt. Men, som Szreter och Woolcock (2004) understryker, utvecklingen av socialt kapital som teori kan bara utvecklas om skälen för detta synliggörs. De som är intresserade av att forskningen om socialt kapital för unga gör framsteg måste åtminstone uppge sina perspektiv och utgångspunkter. De ansatser och perspektiv som presenterats av Szreter och Wool-

cock, 2004 och Morgan (2010) kan vara användbara utgångspunkter i sådan forskning.

Mätning – använd indikatorer med en etablerad kunskapsbas

Vår möjlighet att konstruera en robust och rigorös kunskapsbas för relationerna mellan socialt kapital och hälsa vilar på valida och reliabla sätt att mäta goda representativa indikatorer.

Flertalet av studierna om socialt kapital hos vuxna har använt antingen ekologisk eller tvärsnittsdesign för att undersöka samband mellan indikatorer på socialt kapital och en rad mortalitets-, hälso- och beteendekategorier, även om det finns undantag (Lindstrom m.fl. 2003). Studierna var viktiga vid framväxten av socialt kapital för att etablera en forskningsplattform och för att kunna formulera mer sofistikerade hypoteser. T.ex. använde Kawachi m.fl. (1997) en indikator, tillit, som en viktig indikator på socialt kapital och relaterade denna till dödlighetsnivåer i USA. Denna studie spelade en stor roll och stimulerade intresset i forskarsamhället till en snabb framväxt av forskning om socialt kapital hos vuxna.

Några forskare (t.ex. Harpham m.fl. 2002, Blaxter, 2004) varnar för faran att enbart lita till enkätundersökningar för att avgöra nivån av socialt kapital i olika befolkningsgrupper och de begränsningar som detta medför för att bestämma relationer mellan socialt kapital och hälsa. Särskilt lyfter de fram frågorna om de subjektiva svaren till enkätfrågor, med detaljerade frågesätt för att belysa en aspekt av socialt ka-

pital (ofta inte möjlig i enkätform) och den statiska natur som karakteriserar enkäter och som inte kan fånga den dynamiska karaktären av begreppet.

De här frågorna är direkt relevanta för utvecklingen av en kunskapsbas om relationen mellan socialt kapital och hälsa hos unga människor. Särskilt kan enkäter med socialt fokus vara betydelsefulla för att mönstra ut de mest meningsfulla indikatorerna av socialt kapital som sedan kan förfinas när mer kunskap om underliggande faktorer växer fram. Morgan och Haglund (2009) har tidigare argumenterat för att mer arbete måste göras för att reda ut vilka komponenter som är mest betydelsefulla i begreppet socialt kapital. Då kan empirisk forskning mer systematiskt försöka se vad som föregår och vilka konsekvenser som föreligger för socialt kapital. D.v.s. vilka faktorer är viktiga för att bygga socialt kapital och vilken effekten och nyttan blir av detta. Det finns två saker som forskare kan göra för att förbättra mätinstrument av socialt kapital i framtiden. Först, bedöma om existerande indikatorer kan replikeras i nya studier och för det andra att kontinuerligt kartlägga validerade indikatorer mot ett tydligt teoretiskt perspektiv på begreppet. På det sättet kan en mer detaljerad kunskapsbas byggas med potentiella mekanismer för påverkan av hälsa och andra relaterade effekter.

Socialt kapital som ett multikomponent begrepp – rita och beskriv hur använda indikatorer är tydligt relaterade

De många komponenterna i socialt ka-

pital har ofta bedömts vara dess svaghet. Några menar att inkorporeringen av så många disparata sociala fenomen i ett begrepp leder till förlust av distinkt mening (Portes, 1998). De individuella konstruktioner som ligger till grund för begreppet och som innefattar många tidigare begrepp som social kompetens, sociala nätverk, tillit, ömsesidighet, och samhälls- och civilt engagemang, har fått några att ifrågasätta värdet av att förändra språkbruket för att stimulera hälsoutvecklingen (Lynch m.fl. 2000).

Inom ramen för de ungas hälsa kan man argumentera för att dimensionerna av socialt kapital är ännu mer komplext. En rad olika sociala miljöer är betydelsefulla för ungas hälsoutveckling. De sociala arenorna för de unga skiljer sig från de vuxnas och t. ex. lokalsamhället är mindre betydelsefullt än hemmet och skolan (Morrow, 2001). På senare år har de sociala arenorna expanderat för de unga på internet vilket påverkat både positiva och negativa sidor av socialt kapital (Jung m.fl 2005; Sally and Morrison, 2006).

Morgan och Haglund (2009) har gjort ett försök att förstå sammanhangen för var de ungas hälsa och välbefinnande äger rum, genom att utveckla en matris för socialt kapital där tre domäner (tillhörighet - sense of belonging; självständighet och kontroll - autonomy and control; och umgänge och kommunikation - social networking) i tre olika miljöer (familj, skola och lokalsamhället). Genom detta svarar de på Morrow's (2002) uppmaning att utveckla ett verktyg för att analysera

sociala miljöer, som kan inrymma hur familjer, barn, vänskap, sociala nätverk, institutioner, normer och värderingar förändras temporärt (under livets faser) och spacialt (migration in och ut över geografiska gränser).

Socialt kapital's komplexitet kan också vara en styrka jämfört med andra begrepp så länge forskare i sina mätningar av dimensioner av begreppet tar hänsyn till de teoretiska perspektiv som är relevanta för att belysa vägar till hälsa. Dess styrka som ett flerdimensionellt begrepp kan bara realiseras om vi kan utveckla ett strukturellt ramverk, som beskriver och förklarar samband mellan de dimensioner som ligger till grund för socialt kapital (Hean m.fl. 2003). Ett sådant ramverk måste också beakta att socialt kapital är dynamiskt och att det ser olika ut beroende på omständigheter och i olika tidsperioder.

Earl och Carlson (2001) menar att kunskap om sociala miljöer som inverkar på barns hälsa och välbefinnande kan bara tillkomma om teorier, mätmetoder och analys utvecklas tillsammans. Ett komplett och robust klassificeringssystem för indikatorer för socialt kapital är nödvändigt, vilket innefattar en upprepad process av testning och ny utveckling.

Socialt kapital – säkerställ att definitioner och mätning av begreppet tar hänsyn till ålder, gender och kultur

Det blev snart tydligt i vuxenlitteraturen att socialt kapital inte är "en storlek som passar alla" som begrepp och

möjligheten att använda det varierar mellan kön, ålder, kultur och över livslöppen. Människors nätverk, egenuppfattning och samhällen är föränderliga och dynamiska, vilket betyder att ideer om samhället varierar och har en relativ betydelse för olika grupper vid olika tider (Swann och Morgan, 2002).

Kvalitativ forskning har varit betydelsefull för att hjälpa oss att se under ytan av svårsmätbara processer och aktiviteter om människors relationer till andra, om samhällsstrukturer, och "livet" i ett samhälle och i nätverk och därför kan socialt kapital som begrepp ha olika syften. Några exempel på detta inkluderar: brist på relevant samhällsutrymme för positiv social interaktion (Campbell m.fl. 1999), olika syn på hälsa och dess relation till samhället för män respektive kvinnor (Sixsmith och Boneham, 2003; Boneham och Sixsmith, 2005), och nödvändigheten att deltagarnas röster i sociala aktioner ställs i fokus för forskningen om socialt kapital (Morrow, 2001). Detta är särskilt viktigt för de unga då de oftast är exkluderade från deltagande i samhällslivet (Weller, 2006).

För att sammanfatta, all forskning som syftar till att förbättra tillämpbarheten av socialt kapital och dess påverkan på ungas hälsa måste ta hänsyn till att deras nätverk och samhällen innefattar andra arenor än de vuxnas och därför måste vokabulären utökas bortom lokalsamhället till familj, skola och kamrater. Det är nödvändigt att förstå hur socialt kapital kan manifesteras tvärs över eller mellan olika befolkningsgrupper. Det ger oss ytterligare skäl för att utveckla

ett ramverk som hjälper oss att reda ut begrepp till dess minsta gemensamma beståndsdelar, så att dessa kan ställas samman för olika syften, sammanhang och befolkningsgrupper. T.ex. även för så små åldersskillnader som 11-15 år, reflekteras olika behov: starten på tonårsperioden; tiden då de unga utmanas av fysiska och känslomässiga förändringar; och perioden då de unga börjar överväga viktiga livs- och karriär beslut (Currie, m.fl. 2009). Som en konsekvens behövs särskilda definitioner och teorier som ligger till grund för tillämpningen av socialt kapital.

Använd sammanbindande, överbyggande och sammanlänkande socialt kapital för att förstå den relativa betydelsen av individuella och kollektiva idéer om begreppet

Rostila (2011) beskriver i sin avhandling skillnader mellan individuella och kollektiva idéer om socialt kapital som antingen individuella sociala resurser som *"innebär kapital som en individ kan erhålla genom sociala relationer tvärs över geografiska gränser medan, kollektivt socialt kapital innefattar icke exklusiva resurser inom en social struktur som är formad genom samordnade aktioner av människor i en social struktur"*.

Idéerna om individuellt och kollektivt socialt kapital har ytterligare differentierats genom utveckling av olika typer av socialt kapital som: sammanbindande, överbyggande och sammanlänkande socialt kapital (Narayan, 1999; Putnam, 2000; Szreter and Woolcock, 2004). Skälen för dessa distinktioner växte fram när man insåg att socialt kapital kan ha olika konsekvenser i olika

sammanhang.

Bonding - Sammanbindande

Sammanbindande socialt kapital karakteriseras av internt tätt knutna band i grupper med liknande etnicitet, familjer eller samhällen med liknade intressen. Putnam (2000) beskrev det som *"sammanbindande socialt kapital förbinder dig till människor som är lika dig, samma kön, eller ålder, eller ras. Dessa förbindelser är bra för vissa men inte för andra"*. I samhället särskilt i multi-kulturella områden, kan nivån av socialt kapital vara högt i vissa grupper – men mindre mellan grupper – vilket ibland leder till spänningar och fientlighet (Abada m.fl. 2007).

Sammanbindande socialt kapital är framför allt associerat med dess nackdelar vilket reflekterar föreställningen att nätverk och bindningar inte är bra. Vissa nätverk är nödvändigtvis inte befrämjande för samhällets hälsa, t.ex. maffia eller ungdomsgäng – i dessa sammanhang kan socialt kapital användas för social kontroll – och effektivt exkludera vissa delar av samhället (Leonard, 2008).

För unga människor särskilt under tidiga tonår, är etablering av vänskap med kamrater en kritisk utvecklingsuppgift, som kan ha långsiktig inverkan på de ungas anpassning (Poulin och Chan, 2010). Positiv vänskap kan främja möjligheter till utveckling av sociala kompetenser, ge olika former av socialt stöd, och hjälpa unga människor att hantera nya situationer och stressande livserfarenheter (Hartup, 1996). Men vissa sammanbindande kamratrelatio-

ner kan leda till skadliga effekter och därför är det viktigt att kunna förstå förutsättningarna och villkoren för stöd till kamratskap som är positiva för dem och inte skadliga för andra (Sussman m.fl. 1997).

Bridging - Överbryggande

Överbryggande socialt kapital i motsats till sammanbindande kapital innefattar en rad mindre starka band, som är mer utåtriktade mellan och tvärs över grupper, vänner och affärer. På så sätt utvecklas förbindelser mellan olika typer av människor – från olika raser och generationer. Det hävdas att denna typ av socialt kapital sannolikt utvecklar mångfald i demokratiska samhällen (Putnam, 2000).

Kim m.fl. (2006) studerade relationen mellan sammanbindande och överbryggande socialt kapital och hälsa och fann att båda vara betydelsefulla. Men enligt Granovetter (1973, 1983) är nyttan av svaga band som en social resurs en större potential till hälsa än starka och bestående band. Svaga band är betydelsefulla för den enskilde därför att den kan öppna upp en mängd information, ge tillgång till tjänster och andra resurser, medan starkt bundna nätverk tenderar att vara inåtvända och i vissa fall ge skadliga effekter (Portes, 1998).

Bourdieu's definition av socialt kapital kan bli användbart då den stryker under inte bara betydelsen av att lägga samman svaga länkar men också behovet av att förstå hur man använder resurser från dessa relationer. Men, den centrala teorin relaterat till hans definition

är den roll som socialt kapital spelar i den process som bevarar och reproducerar klass strukturer i samhället, särskilt genom förmedling av ekonomiskt kapital. Eftersom mycket av sammanhangen för socialt kapital handlar om förståelsen av processer som kan reducera ohälsa och social ojämlikhet, kan nyttan av svaga länkar lätt läggas till de negativa sammanhangen.

Överbryggande socialt kapital (liksom sammanbindande socialt kapital) kan vara till nytta för hälsa men bara om det finns ett förutbestämt skäl att använda dem och det finns samhällsliga värderingar bakom dem. Forskningsuppgiften är därför att bedöma vilka typer av svaga länkar som stärker individuella sociala färdigheter och kompetenser som ger möjligheter för unga människor att agera inom och mellan olika typer av nätverk som är oberoende av geografiska gränser. Några forskare föreslår att denna typ av nätverk skapar bryggor mellan olika grupper vilket kan vara än mer hälsofrämjande (Berkman, 2000; Kawachi, 2000; Swann och Morgan, 2002).

Linking - Sammanlänkande

Den tredje typen av socialt kapital, det sammanlänkande, lyfter fram sociala relationer som fogar samman människor i lokalsamhällen och institutioner, dvs från olika positioner inom tydliga maktstrukturer. Sammanlänkande socialt kapital refererar till relationer mellan olika grupper och möjligheten att bryta ner en ojämlik maktbalans som existerar mellan delar av befolkningen. Ett högt sammanlänkande socialt kapital i ett samhälle bygger upp förmågan

hos lokalbefolkningen att vara med och fatta beslut som påverkar deras liv, där resurser, idéer och information från formella institutioner kan användas som hävstänger. Vid första anblicken kan denna typ av socialt kapital tyckas irrelevant för unga människor, men givet argumentet att det är viktigt med aktiv medverkan i hälsofrämjande processer (Moore, 1999; Weller 2007; Holland, 2009) – kan sammanbindande socialt kapital stimulera till delaktighet i aktiviteter som angår de unga. Weller (2006) presenterar ett gott exempel på hur unga människor aktivt kan bidra till att forma sitt samhälle så länge som vuxna (föräldrar, professionella, ”policy makers”) förstår att civilt engagemang inte behöver äga rum bara i kommunfullmäktigemöten. I exemplet som redovisas agerade unga människor, fr. a. pojkar, för att utveckla och sköta sina egna skateboardramper genom nätverk som innefattade konsultationer, solidaritet och socialt kapital mellan vänner, familjer och länkar till dem som fattade beslut. Den här typen av forskning kan testas empiriskt om användning och ytterligare utveckling av indikatorer som de som använts av Morgan och Haglund (2009) reflekterar nivåer av självständighet och kontroll i beslutsprocessen.

För att summera överbryggande och sammanlänkande socialt kapital har båda en potential att vara hälsofrämjande om det finns förutbestämda skäl att använda dem och att det finns en rad sociala värderingar bakom dem. Halpers (2005) föreslår att policys som ger stöd till socialt kapital skall bidra till att skapa ”ett samtida delad mora-

listt samtal” och utveckla processer som ger stöd till ömsesidig respekt. Dessa initiativ syftar till att skapa ett positivt socialt beteende. Exempelvis utvecklande av forum för det 21a århundradet som överväger och kommer överens om gemensamma moraliska och beteende vanor (kanske genom val eller konventionell medborgarutbildning).

Det återstår mycket arbete för att få förståelse för vad som är optimalt i relationerna mellan unga människors hälsa och utåtriktade svaga länkar och vad som är geografiskt bundet. Det borde vara möjligt att bevara rättigheter och friheter för den enskilde att fullfölja sina livsmål och fostra värden som skapar individer med ansvarskänsla och engagemang för att bidra både inom och mellan geografiska gränser.

Forskning om socialt kapital hos unga behöver säkerställa att de är inkluderade som aktiva sociala agenter

Ett ökat inflytande av unga människor i utvecklingsprocesser finns förespråkade i allt fler policys både på nationell och internationell nivå (WHO, 2005, DH, 2009). Socialt kapital kan genom sin definition ge möjligheter för unga att ses som aktiva sociala varelser som är med och formar strukturer och processer (Moore, 1999). Ökad delaktighet som barn och unga kan medföra större förmåga och villighet att bli aktiva medborgare i framtiden, och därigenom återknyta till Putnams idé om det civila samhället.

En huvudkritik i tidigare arbeten om

socialt kapital och unga har varit att det inte beaktade sociologiska studier som försåg unga med stöd från myndigheter (James och Prout, 1997) som var kapabla att utveckla och använda socialt kapital (Morrow, 2001). Medan det finns en rad teoretiska beskrivningar och idéer om unga som sociala agenter (Schaefer-McDaniel, 2004; Bassani, 2007), är empiriska studier som ger kunskap om nyttan av att inkludera unga människor i hälsoutvecklingsprocesser fåtaliga. Men några exempel: Pong m.fl. (2005) studerade unga immigranternas skolprestationer vilka var relaterade till gott föräldraskap där gemensamma beslut uppmuntrades, något som kan förbättra den sociala funktionen både inom och utanför hemmet; Vieno m.fl. (2005) har givit belägg för nyttan av demokratiska skolprocesser vilket varit viktigt när deltagarna blivit äldre; och Morgan och Haglund (2009) har inkluderat indikatorer relaterade till självständighet och kontroll erhållna hos engelska unga inom familj, skola och grannskap och vilken betydelse dessa har på de ungas hälsa och välbefinnande. Ytterligare studier behövs för att undersöka det här.

Mer forskning behövs för att testa idén att ju mer möjligheter som unga människor har tidigt i livet, i delaktighet i beslutsfattande, desto mer sannolikhet att de aktivt söker nätverk där de kan delta och bidra till egen och andras nytta. Sådan forskning behöver innefatta utveckling av lämpliga indikatorer för olika nivåer av deltagande för att kunna tydliggöra delat beslutsfattande som med nödvändighet innebär gräns-

sättning och förebilder bland de vuxna.

Resurs baserade ansatser (Health assets) i studier om ungas hälsa och välbefinnande kan övervinna idéer om de negativa sidorna av socialt kapital

Ett ökande antal kvantitativa studier av unga har presenterats de senaste fem åren (Lundberg 2005; Ferguson 2006; Fitzpatrick m.fl. 2005; Cantillon, 2006 Boyce m.fl. 2008; Morgan och Haglund 2009; Parcel och Dufur, 2009 och Sclee m.fl. 2009; Elgar m.fl. 2011). Dessa studier täcker ett brett spektrum av resultat från hälsa och utbildning till brottslighet och våld, men i allmänhet föreligger få försök att studera mekanismerna genom vilket socialt kapital kan stödja hälsoutveckling.

Några förslag till varför det ser ut så kan vara: flertalet studier är tvärsnittsstudier med avsikt att studera relationer mellan socialt kapital och utvalda resultat; få försök föreligger att studera socialt kapital som ett multi-komponent begrepp; istället används enskilda indikatorer som proxivariabler för någon aspekt och som därför bara tillåter en allmän bedömning av relationen mellan socialt kapital och det valda resultatet; till sist vilket är viktigt som tidigare påpekats, många studier har inte lyckats tydliggöra den teoretiska utgångspunkten.

Konsekvensen har blivit att studierna utelämnat många bidragande faktorer som skulle kunna leda till utveckling av socialt kapital och mellanliggande faktorer som finns mellan detta och mer långsiktiga effekter.

Resursmodellen (The asset model) (Morgan och Ziglio, 2007) kan vara en väg att lösa frågeställningen då den använder sig av en inkluderande ansats för att förstå de skydds faktorer som kan ha en kumulativ effekt i förändringar hos unga vad gäller hälsa och välbefinnande. Som vi tidigare diskuterat så undanröjer detta Baum's (2010) oro för att socialt kapital bara kan användas om man beaktar andra hälsobegrepp. Resursmodellen har gjort gällande att ju mer möjligheter de unga får av att få erfarenheter av olika positiva effekter av hälsoresurser desto mer troligt att de undviker riskbeteenden, hamnar i svårigheter utan istället får en positiv utveckling. Detta sker på tre sätt. För det första, i ett livsloppsperspektiv skapar förståelse för vilka färdigheter och kompetenser som behövs för att maximera möjligheter till hälsa. För det andra, det omfattar bidragen från en rad hälsobegrepp – inkluderande socialt kapital (Bronfenbrenner, 1979, Bourdieu, 1993; Blum m.fl. 2002) – som kan identifiera olika resurser för hälsa. För det tredje introduceras idéerna om salutogenes (Antonovsky, 1979, 87) som identifierar faktorer som skapar hälsa snarare än att fokusera enbart på sjukdomsprevention, vilket är den dominerande inriktningen på aktuell forskning. Antonovsky använder "känsla av sammanhang" skalor vilken uppskattar en individs möjligheter att se sin värld och närmiljö som begriplig, hanterbar och meningsfull och påstår att hur en individ ser på livet har en inverkan på hälsan. Lindström och Eriksson (2006) uttrycker att denna resurs möjliggör att hantera spänningar, att reflektera över sina externa och in-

terna resurser, att identifiera och mobilisera dem, att främja effektiva vägar att klara av svårigheter och finna lösningar, och att lösa upp spänningar på ett hälsofrämjande sätt.

I det sammanhang som forskning om socialt kapital finns i, bidrar det med mellanliggande faktorer i vägarna till hälsa och tydliggör de processer som producerar hälsa och välbefinnande.

Slutsatser

Existerande forskning har varit viktig för att skapa en kunskapsbas för möjligheterna för socialt kapital att bli en nyckelfaktor för skydd av unga människors hälsa. Den här artikeln efterlyser nästa fas i forskningen som borde vara mer systematisk så att ansträngningarna att syntetisera kunskap mera tydligt kan presentera nyttan av att investera i begreppet. Åttapunktsplanen som redovisas i artikeln ger en ram för att uppnå det här genom att illustrera hur några av de teoretiska och metodologiska utmaningarna associerade med forskningsansträngningar kan övervinnas.

Referenser

- Abada, T Hou, F. and Ram, B. (2007). Racially mixed neighbourhoods, perceived neighbourhood social cohesion, and adolescent health in Canada. *Social Science and Medicine*. 65, 2004–2017.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco.

- Bassani, C. (2007). Five dimensions of social capital theory as they pertain to youth studies. *Journal of Youth Studies* 10(1), 17-34.
- Baum, F. (2010). How forms of social capital can be an asset for promoting health equity. In Morgan, A Davies, M. and Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory Methods Action*. New York: Springer.
- Berkman, LF. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In Berkman, LF and Kawachi, I. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Benson, P. L. Scales, P. C. Hamilton, S. F. & Sesma, A Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research, and applications. In W. Damon & R. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (vol. 1, 894–941). Hoboken, NJ: Wiley.
- Blaxter, M. (2004). Questions and their meanings in social capital surveys. In Morgan, A and Swann, C. (Eds.), *Social capital for health: Issues of definition, measurement and links to health*. London: Health Development Agency.
- Blum, R. W. McNeely, C. & Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, risk, and protection. *Journal of Adolescent Health*, 31, S:28-39.
- Boneham, M. & Sixsmith, JA. (2005). "The Voices of Older Women in a Disadvantaged Community: Issues of Health and Social Capital" *Social Science and Medicine*, .62 (2), 269-279.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In Richardson, J. (Ed) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: MacMillan
- Bourdieu, P. (1993). *The field of cultural production. Essays on art and literature*. Cambridge: Polity Press.
- Boyce, W. Davies, D. Gallupe, O. & Shelley, D. (2008) Adult risk taking: neighbourhood social capital and health. *Journal of Adolescent Health*. 43 (3) 246-252.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development - Experiments by nature and human design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University.
- Campbell, C. (1999). *Social Capital and Health*. London: Health Education Authority.
- Cantillon, D. (2006). Community Social Organization, Parents, and Peers As Mediators of Perceived Neighbourhood Block Characteristics on Delinquent and Prosocial Activities. *American Journal of Community Psychology*, 37, (1-2), 111-127.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 94, S95-S120.
- Cooper, H. Arber, S. Fee, L. & Ginn, J. (1999). *The influence of social support and social capital on health. A review and analysis of British data*. London: Health Education Authority.
- Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E and the International HBSC Network Coordinating Committee (2009) *The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) Study: origins, concept, history and development 1982–2008*. *International Journal of Public Health*, 54, S131-139
- Department of Health / Department of Children, Schools and Families (2009). *Healthy lives, bright futures. The strategy for children and young people's health*. London: DH/DCSF.
- Earls, F. & Carlson, M. (2001). The social ecology of child health and well being. *Annual Review of Public Health*. 22 143–166.

- Elgar, F Trites, S. & Boyce, W. (2010) Social Capital Reduces Socio-economic Differences in Child Health: Evidence From the Canadian Health Behaviour in School-Aged Children Study. *Canadian Journal of Public Health*, 101 (9), S23-28.
- Eriksson M & Lindstrom B. (2010). Bringing it all together - the salutogenic response to some of the most pertinent public health dilemmas. In Morgan, A Davies, M. and Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory Methods Action*. New York: Springer.
- Ferguson, K. (2006). Social capital and children's wellbeing: a critical synthesis of the international social capital literature. *International Journal of Social Welfare*. 15 2-18
- Fitzpatrick, K. M Piko, B. F Wright, D. R & LaGory, M. (2005). Depressive Symptomatology, Exposure to Violence, and the Role of Social Capital Among African American Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 75(2), 262-274.
- Granovetter, MS. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78:1360-1380.
- Granovetter, MS. (1983). The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. *Social Theory* 1: 201-233.
- Halpern, D. (2005). *Social Capital*. Cambridge: Polity Press.
- Harpham, T Grant, E. & Thomas, E. (2002) Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy and Planning*, 17 106-11.
- Hartup, WW. (1996). The company they keep: friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67 (1), 1-13.
- Hean, S Cowley, S Forbes, A Griffiths, P. & Maben, J 2003. The M-C-M' cycle and social capital. *Social Science & Medicine*, 56 (5), 1061-1072.
- Holland, J. (2009). Young people and social capital: uses and abuses? *Young*, 17, 331-350
- James, A. & Prout, A. (Eds) (1997) *Constructing and Reconstructing Childhood*. London: Falmer Press.
- Jung, J.Y Kim, Y.C Lin, W.Y & Cheong, P.H. 2005. The Influence of Social Environment on Internet Connectedness of Adolescents in Seoul, Singapore and Taipei. *New Media & Society*, 7(1), 64-88.
- Kawachi, I. (1996). A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50, 245-91.
- Kawachi, I Kennedy, B.P Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997) Social Capital, Income and Inequality. *American Journal of Public Health*. 87, 1491-98.
- Kawachi, I. & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital and health. In Berkman L.F, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kawachi, I & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*. 78(3), 458-67.
- Kawachi (2010) The relationship between health assets, social capital and cohesive communities In: Morgan, A Davies, M and Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory Methods Action*. New York: Springer
- Kim, D Subramanian, S.V. & Kawachi, I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 116-122.

- Lerner, R. M Wertlieb, D & Jacobs, F. (2003). Historical and theoretical bases of applied developmental science. In R. M. Lerner, D. Wertlieb, & F. Jacobs (Eds.), *Handbook of applied developmental science: Vol. 1. Applying developmental science for youth and families: Historical and theoretical foundations* (pp. 1-28). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lin, N Cook, KS. & Burt, RS. (2001) *Social Capital: Theory and Research*; New York: Aldine de Gruyter,
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244
- Lindstrom, M Hansson B.S. & Ostergren,, P. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity and the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science and Medicine*, 52, 441-451.
- Lindstom, M Isacson, S. & Elmstahl, S. (2003) Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking cessation among daily smokers: a longitudinal study *Tobacco Control*, 12(3): 274–281.
- Leonard, M. 2008. Social and Subcultural Capital Among Teenagers in Northern Ireland. *Youth & Society*, 40, (2) 224-244.
- Lundborg, P. 2005. Social Capital and Substance Use among Swedish Adolescents -- An Explorative Study. *Social Science & Medicine*, 61, (6) 1151-1158
- Lynch, J Due, P Mutaneer, C. (2000) Social capital – is it a good investment strategy for public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54, 404-8.
- Mohan, J Twigg, L Barnard, S Jones, K. & Twigg, L. (2005) Social capital, geography and health: a small area analysis for England. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1267-83.
- Moore, H. (1999). The Health of Children and Young People: A New Agenda. *Health Education*, 4 (July), 161-168.
- Moreno, C Muñoz-Tinoco, V Pérez, P Sánchez-Queija, I. (2006). Los adolescentes
- Morgan A. & Ziglio, E. (2007) Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education Supplement 2*. 17-22.
- Morgan A & Haglund B A. (2009). Social capital matters for adolescent health: evidence from the English HBSC study. *Health Promotion International*, 24(4), 363-372
- Morgan, A. (2010). Social capital as a health asset for young people's health and wellbeing. *Journal of child and adolescent psychology, Supplement 2: life contexts* 19-42.
- Morrow, V. (2001). *Networks and Neighbourhoods: children's and young people's perspectives*. London: Health Development Agency.
- Morrow, V. (2002). Children and young people's experiences of community and neighbourhood: implications of social capital discourses Swann, C. and Morgan, A. (Eds). (2002). *Social Capital for health: insights from qualitative research*. London: Health Development Agency
- Narayan D (1999) Bonds and bridges: social capital and poverty. Report No: 2167 Washington: World Bank

- Ottebjer L (2005) Bourdieu, Coleman and Putnam on Social Capital. Applications in literature and implications for public health policy and practice. Thesis for Master of Science in Public Health, Karolinska Institutet, Stockholm Sweden. Available at: <http://ki.se/content/1/c6/04/38/49/Linda%20Ottebjer.pdf>
- Parcel, T.L. & Dufur, M. 2009. Family and school capital explaining regional variation in math and reading achievement. *Research in Social Stratification and Mobility*, 27, (3) 157-176
- Pong, S. I Hao, L. & Gardner, E. (2005) The roles of parenting styles and social capital in the school performance of immigrant Asian and Hispanic adolescents. *Social Science Quarterly*, 86[4], 928-950.
- Portes, A. (1998). Social capital, its origins and applications in modern sociology. *Ann Rev Sociology*, 24, 1-24.
- Poulin F, Chan A. (2010) Friendship stability and change in childhood and adolescence. *Developmental Review*, 30(3): p. 257-272.
- Putnam, R. (1995). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, New Jersey, University Press. .
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Resnick, MD Bearman, PS Blum, RW Bauma, KE Harris, KM. & Jones, J. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association* : 278(10): 823-832.
- Rostila, M. (2011). A resourced based theory of social capital for health research: can it bridge the individual and collective facets of the concept. *Social Theory and Health*. 9 109-129.
- Sally, JM & Morrison, MA (2006). Coming of age with the Internet. A qualitative exploration of how the internet has become an integral part of young people's lives. *New media and Society*. 8 (1) 73-95.
- Scales, P. (1999) Reducing risks and building development assets: essential actions for promoting adolescent health. *The Journal of School Health*, 69 (3), 13-119.
- Schaefer-McDaniel, NJ. (2004). Conceptualising social capital among young people: towards a new theory. *Children, youth and environments*. 14 (1), 140-150
- Schlee, B.M Mullis, A.K & Shriner, M. 2009. Parents social and resource capital: Predictors of academic achievement during early childhood. *Children and Youth Services Review*, 31, (2) 227-234
- Sixsmith JA Boneham M. 2003. "Older men's participation in gendered communities: notions of health, empowerment and changing masculinities" *Ageing International*, vol.28 no.4, pp.101-131
- Stafford. M Bartley, M. & Marmot, M. (2004) Neighbourhood social cohesion and health: investigating associations and possible mechanisms. In: Morgan, A. and Swann, C. (Eds) (2004) *Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health*. London: Health Development Agency.
- Swann, C. & Morgan, A. (Eds). (2002). *Social Capital for health: insights from qualitative research*. London: Health Development Agency.
- Sussman, S Unger, JB. & Dent, C. (2004) Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal Clinical and Health Psychology*. 4(1). 9-25.

tema

Szreter, S. & Woolcock, M (2004). Health by association? Social capital, social theory and the political economy *International Journal Epidemiology* 33 650-67

Vieno A, Perkins DD, Smith TM& Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.

Weller, S. 2006. Skateboarding Alone? Making Social Capital Discourse Relevant to Teenagers' Lives. *Journal of Youth Studies*, 9, (5) 557-574

WHO. (2005) WHO European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.