



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Socialt stöd för personer med intellektuell funktionsnedsättning

Författare: Lydia Bergström

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Carin Staland Nyman

Examinator: Annette Sverker

Sahlgrenska akademien
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Socialt stöd för personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Engelsk titel: Social support for people with intellectual disabilities.

Författare: Lydia Bergström

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Carin Staland- Nyman

Examinator: Annette Sverker

Sammanfattning

Introduktion: Hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning är ett prioriterat ämne av Statens folkhälsoinstitut. Socialt stöd har visat sig vara viktigt för livskvalitet och hälsa. Trots detta finns ingen forskning om socialt stöds påverkan på livskvalitet och hälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning i Sverige. **Syfte:** Att beskriva socialt stöd samt att beskriva vilken betydelse det sociala stödet har för livskvalitet och hälsa för personer med intellektuell funktionsnedsättning. **Metod:** En litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område med en deskriptiv design. Systematiska sökningar av artiklar skedde i flera databaser och avgränsades till slut till 16. Artiklarna analyserades genom att teman och kategorier skapades utifrån syftet med detta arbete. **Resultat:** Arbetet visar att det strukturella sociala stödet för personer med intellektuell funktionsnedsättning oftast bestod av personal och familj. Dessa kunde ge individerna olika typer av funktionellt socialt stöd. Positivt socialt stöd visade sig vara viktigt för livskvalitet och hälsa men inte för de specifika hälsoutfallen depression och kroppsliga besvär. Social spänning/ negativt socialt stöd påverkade depression, andra psykiska sjukdomar och kroppsliga besvär. **Diskussion:** Att personer med intellektuell funktionsnedsättning hade tillgång till olika typer av socialt stöd kan ses som positivt. Att socialt stöd är viktigt för hälsa och livskvalitet stöds även av tidigare forskning. Tidigare forskning fann dock samband för andra hälsoutfall som denna studie ej fann. Negativt socialt stöd/ social spännings påverkan på depression, psykiska och fysiska besvär understöds även av tidigare forskning.

Sökord: Strukturellt socialt stöd, funktionellt socialt stöd, intellektuell funktionsnedsättning, livskvalitet, hälsa

Abstract

Introduction: The health for individuals with intellectual disabilities is a subject that is prioritized by the Swedish Institute for Public Health. Social support has been proven to be important for health and quality of life. Despite this fact there is no research available regarding the influence social support has on health and quality of life for people with intellectual disabilities in Sweden. **Aim:** To describe social support and the consequence of social support for health and quality of life for individuals with intellectual disabilities. **Method:** A literature review of research in a defined area with a descriptive design. Systematic searches for articles were done in several databases and ultimately 16 articles were chosen. Themes and categories were created with respect to the aim of this study during the analysis of the articles. **Results:** This study shows that the structural support for individuals with intellectual disabilities most often consisted of staff and family. These were able to provide different types of functional support. Social support were proven to be important for health and quality of life, but not for the specific health outcomes; depression and physical disorders. Social strain/negative social support were proven to affect depression, psychological disorders and physical disorders. **Discussion:** The fact that individuals with intellectual disabilities had access to various types of social support can be seen as positive. The fact that social support is important for health and quality of life is supported by former research. However former research found associations between social support and other health outcomes, that were not found in this study. The influence on depression, psychological disorders and physical disorders by social strain/negative social support is supported by former research.

Keywords: Structural social support, functional social support, intellectual disabilities, quality of life, health

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund	1
2.1 Intellectuell funktionsnedsättning / Utvecklingsstörning	1
2.1.1 Utvecklingsstörning	1
2.1.2 Intellectuell funktionsnedsättning	2
2.2 Socialt stöd	3
2.2.1 Strukturellt socialt stöd	3
2.2.2 Funktionellt socialt stöd	4
2.2.3 Belastande sociala relationer	4
2.3 Hälsa	5
2.4 Livskvalitet	5
2.5 Betydelsen av socialt stöd för livskvalitet och hälsa	6
2.5.1 Positivt socialt stöds betydelse	6
2.5.2 Negativt socialt stöds betydelse	6
2.6 Varför behövs detta arbete	7
3. Syfte och frågeställningar	7
4. Material och Metod	7
4.1 Sökmetod	8
4.2 Urval	8
4.2.1 Inklusionskriterier	8
4.2.2 Exklusionskriterier	9
4.3 Datainsamlingsmetod	9
4.3.1 Tabell 1. Sökord och valda artiklar	9
4.4 Analys av data	12
4.5 Etik	12
5. Resultat	13
5.1 Beskrivning av det strukturella- samt funktionella sociala stödet	13
5.1.1 Strukturellt socialt stöd	13
5.1.1.1 Familj och personal	13
5.1.1.2 Partner och vänner	13

5.1.1.3 Boende	14
5.1.2 Funktionellt socialt stöd	14
5.2 Betydelsen av socialt stöd för rapporterad livskvalitet och hälsa	15
5.2.1 Positivt socialt stöds betydelse	15
5.2.2 Negativt socialt stöds betydelse	16
6. Diskussion	16
6.1 Resultatdiskussion	16
6.1.1 Beskrivning av det strukturella- samt funktionella sociala stödet	17
6.1.1.1 Strukturellt socialt stöd	17
6.1.1.2 Funktionellt socialt stöd	17
6.1.2 Betydelsen av socialt stöd för rapporterad livskvalitet och hälsa	18
6.1.2.1 Positivt socialt stöds betydelse	18
6.1.2.2 Negativt socialt stöds betydelse	18
6.2 Metoddiskussion	19
7. Slutsats	20
8. Referenser	21
Bilaga	26
Tabell 1. Valda artiklar i litteraturstudien	26

1. Introduktion

Efter min praktikperiod på stadskontoret i Västerås där jag arbetade med en sammanställning av vad som görs för att främja fysisk aktivitet och goda matvanor hos personer med intellektuell funktionsnedsättning blev jag intresserad av att arbeta vidare med denna målgrupp. Att detta är en målgrupp vars hälsa och livskvalitet behöver belysas visar regeringen i Sverige genom sitt regeringsuppdrag till Statens Folkhälsoinstitut: *ett friskare Sverige* då de särskilt poängterar att personer med intellektuell funktionsnedsättning ska uppmärksammas (Socialdepartementet, 2009). Enligt Folkhälsoinstitutet lider många personer med intellektuell funktionsnedsättning både av fysisk och psykisk ohälsa. Detta är även en grupp vars sociala kontakter är få och det sociala stödet ofta inte är självvalt. (Umb-Carlsson, 2008). Detta arbete kommer att fokusera på hur det sociala stödet för personer med intellektuell funktionsnedsättning ser ut samt att undersöka vilken betydelse socialt stöd har för dessa personers livskvalitet och hälsa.

2. Bakgrund

2.1 Intellektuell funktionsnedsättning/ utvecklingsstörning

I litteraturen används olika begrepp för intellektuell funktionsnedsättning, dessa är: utvecklingsstörning, psykisk utvecklingsstörning, mental retardation, intellektuellt funktionshinder, intellektuell funktionsnedsättning, intellektuell försvagning, begåvningshandikapp samt förståndshandikapp (Noonan Walsh, et al., 2003). 1-3 % av världens befolkning beräknas ha en intellektuell funktionsnedsättning. Det är fler personer i utvecklingsländer som har en intellektuell funktionsnedsättning och detta beror på att förhållandena vid förlossningar är sämre. Syrebrist och skador under förlossningen är vanligare samt tidiga infektioner i hjärnan. Andra orsaker till intellektuell funktionsnedsättning är: kromosomfel, för få eller för många kromosomer samt genmutationer (WHO, 2001). I Europa beräknas det finnas ca 3,5 miljoner människor med intellektuell funktionsnedsättning, vilket är cirka 1 % av befolkningen. (Noonan Walsh., et al, 2003) I Sverige beräknas det finnas 50 200 personer som har stöd av samhället pga. av sin intellektuella funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2009).

2.1.1 Utvecklingsstörning

Enligt Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97), vilket är den svenska versionen av den tionde revisionen av The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) som utgavs av Världshälsoorganisationen (WHO) 1992, är psykisk utvecklingsstörning den sjukdomsklassifikation som används för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Psykisk utvecklingsstörning innebär att utvecklingen av förståndet är försenad eller ofullständig. Detta visar sig genom att förmågor som utvecklas under utvecklingstiden (innan 18 års ålder), som exempelvis språket,

kognitionen, motoriken och sociala färdigheter är nedsatta och därför är den generella intelligensnivån lägre hos dessa personer (Socialstyrelsen, 2010). Förutom den psykiska utvecklingsstörningen kan även andra funktionsnedsättningar förekomma hos samma individ (Socialstyrelsen, 2010). Många personer med intellektuell funktionsnedsättning lider även av fysisk och psykisk ohälsa (Umb-Carlsson, 2008).

Enligt socialstyrelsen finns det olika grader av utvecklingsstörning och för att avgöra vilken grad av utvecklingsstörning en individ har genomförs intelligenstest. Intelligenstesten kan även kompletteras med test av hur väl en person kan anpassa sig i en viss social miljö. Det är viktigt att komma ihåg att personer kan träna upp sin sociala kompetens och sin intelligensnivå. Funktionsnedsättningen kan därför förändras och den diagnos som ställs på en person ska därför alltid baseras på det aktuella läget hos personen (Socialstyrelsen, 2010).

2.1.2 Intellektuell funktionsnedsättning

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) är en tvärvetenskaplig organisation som har funnits sedan 1876. Organisationen består av professionella yrkesutövare samt medborgare som på något sätt är intresserade av intellektuell funktionsnedsättning. Organisationen främjar allmänna mänskliga rättigheter för personer med intellektuell funktionsnedsättning, framåtsträvande riktlinjer, noggrann forskning samt effektivt utövande (AAIDD, 2010a). AAIDD har gått från att använda ordet utvecklingsstörning till att idag använda sig av intellektuell funktionsnedsättning (Schalock, et al., 2007). Man har valt att använda sig av det senare begreppet för att det även innefattar sociala och miljömässiga faktorer. Begreppet utvecklingsstörning är mer absolut än begreppet intellektuell funktionsnedsättning, som även fokuserar på vad man kan förbättra för dessa personer i deras omgivning. Man anser att denna möjlighet inte finns när man använder sig av begreppet utvecklingsstörning och man vill därför använda sig av intellektuell funktionsnedsättning istället. Begreppet utvecklingsstörning anses heller inte medföra respekt eller värdighet för dessa personer, utan kan ha en motsatt verkan (Schalock, et al., 2007).

Enligt AAIDD:s definition av intellektuell funktionsnedsättning kännetecknas detta av begränsningar i den intellektuella förmågan samt hur man kan anpassa sitt beteende. Det innebär att många förmågor och kunskaper som man använder varje dag, både sociala och praktiska påverkas av funktionsnedsättningen. Funktionsnedsättningen ska ha uppkommit före 18 års ålder. För att fastställa om någon har en intellektuell funktionsnedsättning gör man IQ-test samt undersökning av anpassningsbeteende (AAIDD, 2010b).

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) är framtagen av världshälsoorganisationen (WHO) och är en klassificering över funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF är ett komplement till ICD-10 och kompletterar ICD på sådant sätt att två personer som är diagnostiserade med samma sjukdom, ändå kan ha olika funktionstillstånd. ICF beskriver funktionstillstånd och funktionshinder, detta

beskrivs i kroppsfunktioner och kroppsstrukturer och aktiviteter och delaktighet. ICF innehåller även kontextuella faktorer, vilket innehåller omgivningsfaktorer samt personliga faktorer. Skillnaden mellan funktionstillstånd och funktionshinder är att funktionstillstånd syftar på de positiva faktorer som finns i samverkan mellan personer och dess omgivning, medan funktionshinder syftar på de negativa aspekterna. Olika omgivningsfaktorer hindrande eller hjälpande betydelse för en person kan beskrivas i ICF (Socialstyrelsen, 2003). Då omgivningsfaktorer kan förstärka eller förminska funktionsnedsättningen är detta ett viktigt område att studera. I detta arbete kommer omgivningsfaktorn socialt stöd att studeras.

2.2 Socialt stöd

Definitionen av socialt stöd är enligt Cobb (1976):

”Social support is defined as information leading the subject to believe that he is cared for and loved, esteemed, and a member of a network of mutual obligations”. (Cobb, 1976, s. 300)

2.2.1 Strukturellt socialt stöd

Socialt stöd delas ofta upp i två delar, strukturellt stöd och funktionellt stöd. Det strukturella stödet beskriver hur det sociala nätverket ser ut, medan det funktionella sociala stödet beskriver vilken funktion stödet i det sociala nätverket kan ha. När man undersöker det strukturella sociala stödet (det sociala nätverket) undersöker man exempelvis vilka som ingår i nätverket, finns det en make/maka, nära vänner, familj, arbetskamrater, kontakter via exempelvis föreningsverksamhet. Man undersöker även hur ofta man träffar de olika människorna, hur många av de olika typerna av relationer som finns i nätverket, består nätverket mest av arbetskamrater och bekanta eller mest av vänner och familj osv. Att undersöka det strukturella sociala stödet ger dock ingen information om kvaliteten på relationerna i det sociala nätverket och vilken typ av socialt stöd som dessa personer ger. Att undersöka det strukturella sociala nätverket ger heller ingen information huruvida de relationer som finns i nätverket är positiva eller negativa för individen. (Lett, et al., 2005; Antonucci, 2001).

Det finns teorier som menar att sammansättningen och kvaliteten av det strukturella sociala stödet skapas över tid och påverkas av exempelvis: kön, ålder, personlighet, behov och resurser (Fiori, et al., 2006). Det har visat sig att familjen, som är en del av det strukturella nätverket ofta står för det huvudsakliga sociala stödet. Detta gäller speciellt personer med någon psykisk sjukdom (Pernice-Duca, 2010).

2.2.2 Funktionellt socialt stöd

Funktionellt socialt stöd beskriver funktionen av det sociala nätverket (det strukturella stödet). Det funktionella sociala stödet delas ofta upp i olika grupper, efter vilken typ av stöd de ger. Det finns i forskningen flera olika sätt att dela in funktionellt socialt stöd. Enligt Berkman, et al., (2000) samt Östberg & Lennartsson, (2007) delas det funktionella sociala stödet upp i: emotionellt stöd, instrumentellt stöd samt informativt stöd. Det emotionella stödet ger enligt Östberg & Lennartsson (2007) uppskattning, pålitlighet, omtanke och lyssnande. Det instrumentella sociala stödet ger materiellt stöd, där ingår finansiellt stöd samt stöd med arbete. Det informativa stödet hjälper till med information som behövs och råd (Östberg & Lennartsson, 2007).

Olika typer av relationer har beskrivits ge olika funktioner av stöd. Familj eller väldigt nära vänner har beskrivits stå för ömhet, grupper för sociala aktiviteter har beskrivits stå för den sociala integreringen, en nära släkting har beskrivits stå för bundsförvantskap, arbetskamrater har beskrivits för vägledning och ekonomiska tips, och genom ett barn får man möjlighet att ge vård (Fiori, et al., 2006).

Ofta görs en uppdelning mellan tillgängligt socialt stöd och mottaget socialt stöd inom forskningen. Tillgängligt socialt stöd är det som oftast används och undersöks, det innebär att en person anser att den har eller skulle ha tillgång till rätt socialt stöd om den skulle behöva detta. Mottaget socialt stöd innebär ett stöd som faktiskt har mottagits. Eftersom inte alla har varit i en situation där de exempelvis behövt låna pengar, eller behövt annat socialt stöd, kan många respondenter ha svårt att svara på denna typ av frågor. Dock kan många säga hur tillgängligt de uppfattar att deras sociala stöd är genom att värdera vilket stöd de skulle ha tillgång till i olika situationer där de skulle vara i behov av det (Lett, et al., 2005).

Vid mätning av socialt stöd är det viktigt att tänka på att olika människor upplever saker på olika sätt. Även om två personer får tillsynes lika mycket stöd kanske den ene är mycket nöjd med sitt stöd medan den andre är missnöjd. Människor tolkar saker på olika sätt och just detta med hur tillfredställd man upplever sig bli av sitt sociala stöd är en viktig aspekt att ta i beaktande (Antonucci, 2001). Uppfattningen om vilket socialt stöd man har kan bero på vilken social miljö man befinner sig i, men även vilken typ av personlighet man har. Det har även visat sig att människor inte ofta lägger märke till det mest fördelaktiga sociala stödet de får och därför inte rapporterar detta när de blir tillfrågade. Det har även visat sig att det är viktigt att det sociala stödet man har att tillgå matchar de behov man har (Lett, et al., 2005).

2.2.3 Belastande sociala relationer

Socialt stöd behöver inte alltid vara positivt utan sociala relationer kan vara både positiva och konfliktyllda (Abbey, et al., 1985). Det finns även negativa sociala relationer och dessa benämns ofta som negativt socialt stöd eller social spänning som till skillnad mot positivt socialt stöd ger negativa effekter. Negativt socialt stöd/ social spänning kan visas genom negativ påverkan, negativ kritik samt hindrande och

försvarande av uppfyllelse av uppsatta mål (Okun & Lockwood, 2003). Social spänning/ negativt socialt stöd kan även benämnas som handlingar av någon i nätverket som skapar psykologisk stress (Walen & Lachman, 2000). Enligt Lett, et al., (2005) påverkar negativa mellanmännsliga relationer och upplevelser uppfattningen om det sociala stödet mer än vad de positiva erfarenheterna gör.

2.3 Hälsa

Hälsa finns beskrivet på många olika sätt, exempelvis som frånvaro av sjukdom eller motsatsen till sjukdom. Hälsa ses idag som en annan dimension än sjukdom, oavsett om du är frisk eller sjuk kan du uppleva hälsa. Hälsa kan exempelvis beskrivas som välmående, känsla av meningsfullhet eller handlingsförmåga. Hälsa kan även ses på olika sätt; som ett tillstånd, en process, en upplevelse eller som en resurs (SBU, 2003). WHO:s definition av hälsa har utvecklats sedan de 1946 definierade hälsa som:

“Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO, 1946)

Idag finns en bredare definition som beskriver hälsa som en resurs för det vardagliga livet där sociala och personliga faktorer är lika viktiga som de fysiska. (WHO, 1984).

2.4 Livskvalitet

Livskvalitet är ett begrepp som är komplext och mångfasetterat. Enligt Bowling (1995) kan livskvalitet innefatta allt från självförverkligande till förmågan att kunna leva ett normalt liv. Livskvalitet har beskrivits som hur nöjd och belåten man är med livet. Vissa menar att livskvalitet grundar sig i människans grundläggande behov (fysiska, psykiska, sociala, aktiviteter samt strukturer) och tillfredställelsen av dessa, medan andra hävdar att vad som är livskvalitet är mer individuellt och varierar från person till person (Bowling, 1995).

Enligt WHO råder det ingen enighet om vad livskvalitet är, världen över. Enligt WHO är man dock överens om vissa kännetecken av livskvalitet, exempelvis att livskvalitet är någonting som är subjektivt. Man menar dock att vissa värden av livskvalitet är objektiva, t.ex materiella värden. WHO menar att det är de värden som undersöker kvaliteten av någonting, som är det viktiga vid undersökning av livskvalitet. Enligt WHO finns en konsensus om att livskvalitet är ett värde som innehåller flera olika domäner. Ofta nämns dessa domäner: fysiska, psykiska och sociala. Det råder enligt WHO även konsensus om att livskvalitet måste mäta både positiva och negativa aspekter och dessa ska bygga på personens egen uppfattning (The WHOQOL Group, 1995). WHO:s definition på livskvalitet lyder:

“individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.” (The WHOQOL Group, 1995 s. 1405)

2.5 Betydelsen av socialt stöd för livskvalitet och hälsa

2.5.1 Positivt socialt stöds betydelse

Flera studier har funnit ett samband mellan socialt stöd och hjärt-kärlsjukdom (Uchino, et al., 1996; Lett, et al., 2005). Flera studier har även sett samband mellan socialt stöd och depression (Lett et al, 2005; Kawachi & Berkman, 2001; Östberg & Lennartsson, 2007; Abbey, et al., 1985). Socialt stöd har även visat sig påverka andra psykiska hälsoutfall (Kawachi & Berkman, 2001; Berkman, et al., 2000; Achat, et al., 1998; Cohen & Wills, 1985; Abbey, et al., 1985). Det har visat sig att socialt stöd är viktigt för en persons livskvalitet (Achat, et al., 1998; Abbey, et al., 1985). Många forskare är även överens om att socialt stöd är viktigt för hälsa och välmående (Ryan & Willits, 2007; Uchino, et al., 1996; Barrera, 1986; Abbey, et al., 1985).

Vilken typ av socialt stöd en person har tillgång till, har visat sig påverka välmåendet på olika sätt (Rook, 1984). Självrapporterad hälsa samt depressiva symptom har visat sig vara associerat med emotionellt socialt stöd, instrumentellt socialt stöd samt informativt socialt stöd (Östberg & Lennartsson, 2007). Rook (1984) fann inte att emotionellt- eller informativt socialt stöd var relaterat till välmående. Det har även visat sig att emotionellt socialt stöd från föräldrar i barndomen har en viktig påverkan på depression senare i livet (Kawachi & Berkman, 2001). Det har även visat sig att personer som har tillgång till färre typer av sociala stöd, i högre grad är sjuka. (Östberg & Lennartsson, 2007). Stöd från familj har i flera studier visat sig vara positivt för hälsan (Pernice-Duca, 2010; Hughes & Waite, 2002).

2.5.2 Negativt socialt stöds betydelse

Vissa studier har funnit att negativt socialt stöd/ social spänning påverkar livskvaliteten (Abbey, et al., 1985), medan andra inte har funnit några samband mellan social spänning/ negativt socialt stöd och hur nöjd man är med sitt liv (Walen & Lachman, 2000). Däremot har social spänning även visat sig påverka välmåendet (Walen & Lachman, 2000; Rook, 1984; Abbey, et al., 1985). Flera studier har visat att negativt socialt stöd / social spänning innebär en ökad risk för depression (Revenson, et al., 1991; Abbey, et al., 1985; Fiore, et al., 1983). Negativt socialt stöd/ social spänning har även visat sig påverka andra former av psykisk ohälsa (Abbey, et al., 1985; Gee & Rhodes, 2007). Samband har även hittats mellan negativt socialt stöd/ social spänning och fysiska åkommor (Walen & Lachman, 2000). Det har visat sig att socialt stöd och negativt socialt stöd/ social spänning är två av varandra oberoende värden (Walen & Lachman, 2000; Rook, 1984; Abbey, et al., 1985).

2.6 Varför behövs detta arbete

Att hälsan hos funktionsnedsatta personer är ett ämne som är viktigt ser man tydligt då Statens folkhälsoinstitut beskriver sitt uppdrag. Ett av Folkhälsoinstitutets huvuduppdrag och prioriterade mål är jämlik hälsa. Vid uppföljning av jämlik hälsa är funktionsnedsatta personers hälsa ett fokusområde (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Sverige har en folkhälsopolitik där det huvudsakliga målet är *"att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen."*

(<http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>). Detta innebär att personer med funktionsnedsättningar ska ha samma förutsättning för god hälsa som icke funktionsnedsatta personer. Ofta finns det processer i samhället som står i vägen för att personer med funktionsnedsättning ska kunna uppnå en god och jämlik hälsa. Dessa funktionshinderande processer kan vara orsak till ohälsa och dessa behöver tydligare fokuseras i det folkhälsovetenskapliga arbetet i syfte att bättre uppfylla detta folkhälspolitiska mål (Folkhälsoinstitutet, 2010).

Som bakgrunden visar har socialt stöd en stark påverkan på hälsa och livskvalitet. Trots att folkhälsoinstitutet i Sverige tydligt visar att livskvaliteten och hälsan för personer med intellektuell funktionsnedsättning är ett viktigt ämne, finns det idag inte mycket vetenskapliga rapporter och artiklar om socialt stöd och dess betydelse för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Därför har detta arbete baserats på internationella vetenskapliga artiklar.

3. Syfte och frågeställningar

Att beskriva socialt stöd samt att beskriva vilken betydelse det sociala stödet har för livskvalitet och hälsa för personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Specifika frågeställningar

Hur ser det strukturella samt funktionella sociala stödet ut för personer med intellektuell funktionsnedsättning?

Vilken betydelse har det sociala stödet för livskvalitet och hälsa för personer med intellektuell funktionsnedsättning?

4. Material och Metod

Denna studie är en litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område. Designen är deskriptiv och syftar till att beskriva den kunskap som finns på området och som har beskrivits i vetenskapligt publicerade artiklar. Enligt Friberg (2009) är en litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område lämplig då arbetet syftar till att antingen ge en översikt över den kunskap som finns ett avgränsat

problemområde, eller att fungera som en start till ett empiriskt arbete då denna översikt ger en bild över hur kunskapsläget ser ut inom problemområdet. Eftersom detta arbete har som syfte att beskriva socialt stöd samt att beskriva vilken betydelse det sociala stödet har för livskvalitet och hälsa för personer med intellektuell funktionsnedsättning ansågs en litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område vara en lämplig metod. I det här arbetet kommer de beskrivningar av hälsa och livskvalitet som beskrivs i bakgrunden att användas. Med livskvalitet avses i fortsättningen rapporterad livskvalitet.

En litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område ska grundas på ett systematiskt urval av litteratur och litteraturen kan bestå av forskningsartiklar. Litteraturen som väljs systematiskt ska kvalitetsgranskas och analyseras. Det är viktigt att ha ett kritiskt förhållningsätt vid val av artiklar så att ett selektivt urval inte sker av artiklar som är lämpliga för den egna ståndpunkten (Friberg, 2009).

4.1 Sökmetod

En litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område sker i olika stadier, först görs en inledande litteratursökning för att problemformulering och syfte ska kunna fastställas. Efter att syftet har fastställts inleds den strukturerade litteratursökningen. Det är viktigt att noggrant dokumentera sökningen och att välja artiklar systematiskt så att de ger ett svar på syftet med arbetet (Friberg, 2009).

4.2 Urval

Vid avgränsning av litteratur ska vissa inklusionskrav samt exklusionskrav sättas upp. Dessa bestäms av syftet för arbetet (Friberg, 2009). Följande inklusions- samt exklusionskriterier användes vid urval av artiklar:

4.2.1 Inklusionskriterier

- Artiklar innehållande ämnena: socialt stöd, intellektuell funktionsnedsättning, hälsa, välmående, socialt nätverk, sociala band, utvecklingsstörning, intellektuell försvagning, samt personlig tillfredsställelse.
- Kvalitativa samt kvantitativa artiklar
- Enbart artiklar som är skrivna på engelska
- Artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter
- Artiklar som kunde fås fram i fulltext
- Alla åldrar
- Ingen begränsning på geografiska områden

4.2.2 Exklusionskriterier

- Artiklar som inte handlade om personer med intellektuell funktionsnedsättnings hälsa eller sociala stöd.
- Artiklar om föräldrars-, familjens- samt personalens hälsa samt sociala stöd.
- Artiklar om hur det är att växa upp med föräldrar som har en intellektuell funktionsnedsättning
- Artiklar om olika sätt att öka det sociala stödet på olika vis. Exempelvis genom interventioner, träningsprogram eller åtgärdsprogram
- Artiklar skrivna på andra språk än engelska
- Review artiklar
- Material som ej är publicerat i vetenskapliga tidskrifter

4.3 Datainsamlingsmetod

I detta arbete gjordes sökningar i de olika databaserna Pubmed, Scopus, PsychInfo samt Cinahl. Dessa databaser valdes av rekommendation från bibliotekarie. Sökningar gjordes i svensk Mesh för att hitta Mesh termerna för socialt stöd, intellektuell funktionsnedsättning samt hälsa. De Mesh termer som sedan användes i sökningarna var "social support", "mental retardation" samt "health". Då resultatet av sökningarna inte var helt tillfredställande utökades sökstrategin genom att också använda sökorden: "wellbeing", "social ties", "social network*", "personal satisfaction" samt "intellectual disability". Sökprocessen visas i Tabell 1 och i den tabellen visas enbart de sökningar som gav de artiklar som till slut valdes. Alla kombinationer av sökord har genomförts i alla databaser, men de beskrivs inte här.

4.3.1 Tabell 1. Sökord och valda artiklar

Datum & Sökord	Databas	Träffar	Valda artiklar
5/4-10 kl. 15.40 "mental retardation" AND "social support" AND health	Scopus	657	<i>Self-Reported Well-Being of Women and Men With Intellectual Disabilities in England</i> <i>Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability</i>
6/4-10 kl 07.51 "social support" AND "mental retardation" AND wellbeing.	Psycinfo	73	<i>Friendship Activities of Adults with Intellectual Disabilities in Supported</i>

subject area: social sciences			<i>Accommodation in Northern England</i> <i>'I Get by with a Little Help from my Friends': Adults with Intellectual Disability Discuss Loneliness</i>
6/4-10 "social support" AND "mental retardation" AND health Endast Peer-reviwed	Cinahl	16	<i>Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration</i> <i>Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability.</i>
Social support OR social ties OR social network* AND mental retardation OR intellectual disability AND health OR well-being Endast peer-reviewed	Cinahl 6/4-10	34	<i>Quality of life for young adults with severe intellectual disability: mothers' thoughts and reflections.</i> <i>Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort.</i>
13/4-10 "social support" AND "mental retardation" AND "personal satisfaction"	Cinahl	4	<i>Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities</i>
14/4-10 Social support AND mental retardation	Psychinfo	59	<i>Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood</i> <i>Depression in Adults with Mild Mental Retardation: Are Cognitive Variables Involved?</i>
15/4-10 "social support" AND "	Scopus	451	<i>Depressive symptoms in</i>

mental retardation”			<i>intellectual disability: does gender play a role?</i> <i>Social networks and support mechanisms for people with mild intellectual disability in competitive employment.</i>
Manuell sökning			
Genom referenslistor			<i>Distinguishing Low Levels of Social Support and Social Strain: Implications for Dual Diagnosis.</i> <i>Social Circles of Adults with Mental Retardation as Viewed by Their Caregivers.</i> <i>Social Networks of People With Mental Retardation in Residential Settings.</i>

Vid urval av artiklar lästes först alla titlar igenom. Titlar som tydligt visade att de inte var relevanta för syftet med detta arbete valdes bort. Dessa titlar beskrev inte personer med intellektuell funktionsnedsättnings sociala stöd eller hälsa utan beskrev exempelvis föräldrars, familjens- eller personalens hälsa eller sociala stöd. Om tveksamheter fanns huruvida artikeln var relevant eller ej efter läsning av titel lästes även abstractet innan beslut om borttagning gjordes. Efter genomgång av titlar lästes resterande artiklars abstract. Artiklar valdes bort om de: inte verkade relevanta för detta arbete, inte gick att få fram i fulltext, återkom flera gånger i olika sökningar eller var review artiklar. Efter denna avgränsning återstod 56 artiklar. Dessa lästes i fulltext för att det slutgiltiga urvalet då kunde ske på välgrundade former. Av sökningen i pubmed valdes ingen artikel. Manuella sökningar gjordes parallellt med övrig sökning då vissa artiklar nämndes som referenser i flera för syftet relevanta studier. De manuella sökningarna gav ytterligare tre artiklar som inkluderades. Till slut återstod 16 artiklar.

Kvalitetsgranskning av artiklarna skedde enligt Forsberg & Wengströms checklistor (Forsberg & Wengström, 2008 s. 197-210). Där granskas bland annat syfte, urval, metod och resultat.

4.4 Analys av data

I en litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område ska en analys av artiklarna göras efter att urval har gjorts. Där ska de valda artiklarna läsas igenom flera gånger för att hitta likheter och skillnader. Olika teman eller områden kan urskiljas, vanligast är att jämföra studiernas resultat för att finna likheter och skillnader (Friberg, 2009). Genomläsning av de valda artiklarna skedde flera gånger, därefter sammanfattades de viktigaste fynden ur resultatet i de olika artiklarna. En översiktstabell som innehöll artikelns titel, syfte, urval, metod samt resultat skapades (se Tabell 1 i bilaga). Översiktstabellen underlättade analysarbetet av artiklarna då det viktigaste ur artiklarna blev mer överskådligt. Likheter och skillnader mellan resultaten i artiklarna undersöktes och olika teman skapades. Två huvudkategorier skapades i enlighet med frågeställningarna i detta arbete. Den första kategorin innehöll jämförelser av resultat som beskrev hur det strukturella samt funktionella sociala stödet såg ut för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Den andra kategorin innehöll jämförelser av artiklars resultat angående betydelsen av socialt stöd för livskvalitet och hälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Inom de två huvudkategorierna skapades även olika underteman där likheter och skillnader fanns. Olika rubriker skapades för olika teman, där likheter, skillnader och beskrivningar om relevanta resultat presenterades.

Eftersom det inom det studerade området används olika begrepp för att intellektuell funktionsnedsättning, inkluderades artiklar som använt sig av begreppen ”mental retardation” (utvecklingsstörning), ”intellectual disability” (intellektuell funktionsnedsättning) samt ”intellectual impairment” (Intellektuell försvagning). Då resultatet redovisas används genomgående begreppet intellektuell funktionsnedsättning. Där inkluderas även artiklar som har använt begreppet utvecklingsstörning samt intellektuell försvagning. Som bakgrunden beskriver har man allt mer frångått begreppet utvecklingsstörning i forskningen kring detta område och använder oftare begreppet intellektuell funktionsnedsättning (Schalock, et al., 2007). Därför har begreppet intellektuell funktionsnedsättning valts att användas i detta arbete.

4.5 Etik

För att forskning ska anses vetenskaplig måste alla forskningsresultat kunna kontrolleras och återupprepas, därför måste alla resultat redovisas öppet (Vetenskapsrådet, 2010) Enligt vetenskapsrådet måste forskare alltid vara ärliga med sina resultat och får inte snedvrída, plagiera eller förvilla (Vetenskapsrådet, 2010).

Vid litteraturstudier är det viktigt att de studier som inkluderas för analys är godkända av en etisk kommitté, eller att de noggrant visat sina etiska överväganden. Alla artiklar som ingår i litteraturstudien ska redovisas och oavsett om artiklarnas resultat stödjer eller inte stödjer forskarens hypotes ska dessa presenteras (Forsberg & Wengström, 2008). De artiklar som inkluderades i denna studie var antingen godkända av en etisk kommitté eller hade en noggrann beskrivning av sina etiska överväganden.

5. Resultat

Vid nedan genomgång av resultatet av detta arbete kommer de inkluderade artiklarna att refereras till med det nummer de har i Tabell 1 i bilaga. Ett av huvudfynden i detta arbete är att resultatet är väldigt varierande. Få studier är gjorda och resultatet består därför av varierade grupper, åldrar, familjesituationer, boendesituationer etc. Det finns idag inte studier gjorda på svenskt material. Därför har detta arbete baserats på internationella vetenskapliga artiklar.

5.1 Beskrivning av det strukturella- samt funktionella sociala stödet

5.1.1 Strukturellt socialt stöd

5.1.1.1 Familj och personal

Det fanns ingen sammstämmighet mellan alla inkluderade studier om var personer med intellektuell funktionsnedsättning fick mest socialt stöd ifrån. Personal angavs oftast som den största källan till socialt stöd (9, 12, 16). En av studierna byggde på självskattning av socialt stöd (16) medan de två andra byggde på personalskattning (9, 12). Familjen angavs vara viktigaste källan till socialt stöd i två artiklar (12, 15). En artikel angav alltså att mest socialt stöd kom från både familj och personal (12). Studien som fann att familjen stod för mest socialt stöd (15) visade att stödet från familjen oftast kom från föräldrar eller far- eller morföräldrar. Syskon uppfattades av individerna med intellektuell funktionsnedsättning ofta som icke stöttande, utan var istället källa till negativt socialt stöd/ social spänning. En prospektiv studie som jämförde personer med intellektuell funktionsnedsättning med personer utan intellektuell funktionsnedsättning (8) fann att män med intellektuell funktionsnedsättning rapporterade att de hade mer socialt stöd från föräldrar än vad män utan intellektuell funktionsnedsättning gjorde. En studie från Australien (15) angav även att grupper som var specialiserade på att möta personer med funktionsnedsättningar behov var viktiga källor till socialt stöd för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Fritids- och sociala grupper, personer på särskolorn individerna tidigare gått var exempel på sådana stöd.

5.1.1.2 Partner och vänner

Två studier (9, 16) visade att minst socialt stöd kom från en kärlekspartner. Där den ena studien (9) baserades på personalskattning och den andra (16) studien baserades på självskattning. Maughan et al fann att kvinnor med lindrig intellektuell funktionsnedsättning uppgav att de hade sin första parrelation i tidigare ålder än kvinnor utan intellektuell funktionsnedsättning hade. Kvinnor med lindrig intellektuell funktionsnedsättning uppgav oftare att de hade fått barn som tonåringar jämfört med kvinnor utan intellektuell funktionsnedsättning. För män fanns inte samma resultat. Det

var färre män med lindrig intellektuell funktionsnedsättning som angav att de haft en vuxen parrelation jämfört med män utan intellektuell funktionsnedsättning (8).

Stöd från vänner angavs som andra eller tredje viktigaste stöd i flera artiklar (9, 12, 16) och flera studier rapporterade att det var vanligast med stöd från vänner som också hade en intellektuell funktionsnedsättning (6, 12, 16). Maughan et al fann att kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning rapporterade mindre stöd från vänner än vad kvinnor utan intellektuell funktionsnedsättning gjorde. Det var även färre kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning som uppgav att de hade mer än en person som de kunde vända sig till jämfört med kvinnor utan intellektuell funktionsnedsättning. Denna skillnad fanns inte mellan män med intellektuell funktionsnedsättning och män utan intellektuell funktionsnedsättning (8). Hall et al fann i sin prospektiva studie från England att det var signifikant färre personer med intellektuell funktionsnedsättning som rapporterade att de hade fler än sex vänner eller släktingar som de hade regelbunden kontakt med, jämfört med personer utan intellektuell funktionsnedsättning. Detta var mest tydligt hos personer med grav intellektuell funktionsnedsättning (10).

5.1.1.3 Boende

Två studier (9, 6) fann att hur man bodde spelade roll för vilket strukturellt socialt stöd man hade. Båda studierna baserades på personalskattning. Den ena studien som var från England (6) fann även att hur man bodde verkade spela mer roll för hur många aktiviteter personerna utförde och hur ofta de träffade vänner, än hur de var som personer. Den andra studien (9) som var från Kanada fann förutom boendets roll för det sociala stödet, även att det verkade som att personer med intellektuell funktionsnedsättning hade brist på socialt stöd. Studien från England (6) visade att det var låga nivåer av vänskapsaktiviteter för personer med intellektuell funktionsnedsättning. McVilly et al hittade inte något resultat som visade att boende hade någon betydelse för självskattad ensamhet (7).

5.1.2 Funktionellt socialt stöd

Knox & Parmenter rapporterade att familjen gav mest emotionellt och instrumentellt socialt stöd till personer med intellektuell funktionsnedsättning. Familjen hjälpte till med råd och stöd i olika situationer, speciellt i mellanmännsliga relationer. Familjen stod dessutom för en stor del av sällskapsstödet, genom olika aktiviteter, middagar osv som de gjorde tillsammans (15). En studie från Storbritannien (12) fann att enligt personalskattning gav familj och personal informativ-, emotionellt- samt praktiskt socialt stöd till personer med intellektuell funktionsnedsättning. Samma studie visade att personer som rapporterades ha ökad nära relation med släktingar, fick både känslomässigt och informativt stöd av dessa. De som rapporterades ha en ökad nära relation med en vän som också hade en intellektuell funktionsnedsättning fick emotionellt och informativt socialt stöd av denne. För personer som rapporterades ha ökad nära relation med personal kunde man se att de fick mycket socialt stöd, både emotionellt, informativt och praktiskt av personal. För personer som rapporterades ha

”någon annan” som ökad nära relation fanns sambandet att ”någon annan” gav ökat emotionellt, informativt och praktiskt stöd. Personer med intellektuell funktionsnedsättning som arbetade rapporterades få sällskap och emotionellt stöd från medarbetare. Chefen stod för instrumentellt stöd.

5.2 Betydelsen av socialt stöd för rapporterad livskvalitet och hälsa

I en studie från USA och Kanada (3) fann man att upplevt socialt stöd och upplevd social spänning var två av varandra oberoende saker och inte två sidor av samma sak.

5.2.1 Positivt socialt stöds betydelse

Positivt socialt stöd var sammankopplat med hälsoutfall/livskvalitet/nöjd med livet/välmående/mindre ensamhet i flera studier (2, 3, 7, 11, 13, 14). Miller & Chan fann att socialt stöd hade en betydelse för hur nöjda personer med intellektuell funktionsnedsättning var med sina liv (2). Två andra studier (3, 11) fann att socialt stöd hade en signifikant betydelse för avgörande faktorer för självskattning av livskvalitet hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Lundsby & Bensons studie mätte upplevt socialt stöd (3). En studie från Australien (11) visade att socialt stöd påverkade självskattningen av emotionellt- och materiellt välmående, samt vilken trygghet personer med intellektuell funktionsnedsättning upplevde. Att ha sociala kontakter och att ha vänner bedömdes av mammor till gravt funktionsnedsatta personer vara viktigt för livskvaliteten för dessa, enligt McIntyre et al (13). Självrapportering av ensamhet minskade i samband med varaktig kontakt med vänner (7). Lundsby fann inga skillnader i självrapportering av ensamhet mellan kvinnor och män (5). Det fanns ett samband mellan hur många vänner deltagarna sagt sig ha och hur många aktiviteter de var aktiva i (7). Att vara aktiv i varierade aktiviteter var enligt Emerson & Hatton starkt förknippat med självskattat välmående. Dock fann man inte samma resultat om aktiviteterna inte var varierade (14). Hur ofta man träffade vänner som också hade en intellektuell funktionsnedsättning påverkade personernas självskattade välmående. Relationer med andra personer som också var intellektuellt funktionsnedsatta verkade skyddande mot att känna hjälplöshet. Vid högre ålder ökade frekvensen av kontakt med vänner som också hade intellektuell funktionsnedsättning. Ålder var positivt associerat med självrapportering av lycka och självsäkerhet (14). Emerson & Hatton fann att det inte fanns några statistiskt signifikanta samband mellan frekvens av kontakt med släkt eller vänner som inte hade intellektuell funktionsnedsättning och självskattat välmående (14).

En studie som undersökte faktorer som var associerade med skillnader i subjektivt välmående hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (14) visade att kvinnor som var singlar rapporterade högre nivåer av välmående än kvinnor som var gifta. Detta samband fanns inte för män med intellektuell funktionsnedsättning. Studien visade även att kvinnor rapporterade högre nivåer av lycka, men samtidigt högre nivåer av

ledsamhet och att känna sig utanför. Kvinnor var gladare än män, men endast när de inte upplevde påfrestningar.

De specifika hälsoutfall som framkom i detta arbete var depression och kroppsliga besvär. Flera studier (3, 4, 5) fann inte några signifikanta relationer mellan socialt stöd och självskattning av depressiva symtom, varav två studier undersökte upplevt socialt stöd (3, 5). En studie från USA och Kanada (3) hittade inte någon signifikant betydelse av upplevt socialt stöd för självskattning av depressiva symtom sex månader efter studiens första mätning på detta. Nezu et al fann att emotionellt- och praktiskt socialt stöd inte hade någon betydelse för graden av självrapporterade symptom av depression (4). I en annan studie från Kanada (5), fann man att upplevt socialt stöd generellt sett inte hade något samband mellan självrapporterade symptom av depression bland kvinnor, dock rapporterade de som inte hade upplevt socialt stöd från familj, oftare depressiva symtom. Studien från USA och Kanada (3) fann inte heller att upplevt socialt stöd svarade för en signifikant skillnad i självskattade kroppsliga besvär sex månader efter första mätningen i studien.

5.2.2 Negativt socialt stöds betydelse

Två studier beskrev betydelsen av social spänning/negativt socialt stöd för livskvaliteten. Den ena studien (3) fann inte att upplevd social spänning/ negativt socialt stöd hade en signifikant betydelse för självrapporterad livskvalitet. Den andra studien (11) fann en trend som visade att självskattad mellanmänsklig stress verkade påverka livskvaliteten. De specifika hälsoutfall som framkom i detta arbete var depression och kroppsliga besvär. Social spänning/negativt socialt stöd visade sig i flera studier vara sammankopplat med depression hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (1, 3, 4). Två av dessa studier (3, 4) baserades på självskattning, medan den tredje (1) baserades på personalskattning. En studie undersökte upplevd social spänning (3). Social spänning/negativt socialt stöd var enligt Lundsky & Havercamp sammankopplat med en rad psykiska sjukdomar hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (1). De fann en positiv korrelation mellan personalskattad social spänning och psykos, paranoia, depression, beroende- sjukdom och psykopati. Studien visade även att social spänning/ negativt socialt stöd var starkare förknippat med psykopati än vad frånvaro av positivt socialt stöd var (1). Lundsky & Benson fann att social upplevd spänning/negativt socialt stöd var sammankopplat med självrapporterade kroppsliga besvär (3).

6. Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet från detta arbete visar att det strukturella sociala stödet för personer med intellektuell funktionsnedsättning oftast bestod av personal och familj. Dessa kunde ge individerna olika typer av funktionellt socialt stöd. Socialt stöd visade sig vara viktigt

för livskvalitet och hälsa men inte för de specifika hälsoutfallen depression och kroppsliga besvär. Social spänning/ negativt socialt stöd påverkade depression, andra psykiska sjukdomar samt kroppsliga besvär. Socialt stöd och social spänning har visat sig vara oberoende av varandra och inte två sidor av samma sak. Det råde inte samstämmighet mellan resultaten i de inkluderade studierna med avseende på betydelsen av negativt socialt stöd/ social spänning för livskvalitet och hälsa.

Enligt Forsberg & Wengström (2008) ska en diskussion vara objektiv och jämföra sina resultat med tidigare forskning (Forsberg & Wengström, 2008). Eftersom detta område inte fokuserats i nämnvärd omfattning i den vetenskapliga litteraturen är det svårt att jämföra detta arbetes resultat med tidigare forskning. Resultaten i denna studie kommer därför i nedan diskussion i huvudsak att relateras till den forskning som presenterades under bakgrundsavsnittet i detta arbete.

6.1.1 Beskrivning av det strukturella- samt funktionella sociala stödet

6.1.1.1 Strukturellt socialt stöd

Det framkom i detta arbete att personal och familj var källa till mest socialt stöd (15, 12) för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Familj har även i tidigare forskning angetts som viktigaste källan till socialt stöd och speciellt viktig verkar familjen vara för personer med psykisk sjukdom (Pernice-Duca, 2010). Att personal visade sig vara den viktigaste källan till socialt stöd (9, 12, 16), kan ses som en stor skillnad mot tidigare forskning då detta inte finns beskrivet. Däremot finns det i den tidigare forskningen beskrivet att sammansättningen av det sociala nätverket beror på olika faktorer där bland annat behov, personlighet och resurser finns med (Fiori, et al., 2006). Eftersom personer med intellektuell funktionsnedsättning ofta har ett behov av stöd som personer utan intellektuell funktionsnedsättning inte har, kan personalens stora del i det sociala stödet kanske förklaras av detta. Möjligtvis skulle det också kunna vara så att personer med intellektuell funktionsnedsättning fick mest socialt stöd av personal och familj pga. dessa personer på ett bättre sätt kan möta personerna med intellektuell funktionsnedsättning, då de är vana, har utbildning eller känner personerna väldigt väl. För personer med intellektuell funktionsnedsättning kan det nog vara väldigt svårt att skapa andra kontakter än med dessa personer som förstår dem bäst.

6.1.1.2 Funktionellt socialt stöd

Resultatet (12, 15) visar att familj och personal kunde ge personer med intellektuell funktionsnedsättning flera olika typer av socialt stöd; informativt, emotionellt samt instrumentellt stöd. Om man jämför detta med tidigare forskning, har stöd från familj beskrivits bestå av ömhet, medan andra typer av stöd kommit från andra personer (Fiori, et al., 2006).

6.1.2 Betydelsen av socialt stöd för rapporterad livskvalitet och hälsa

En studie i resultatdelen visade att upplevt socialt stöd och upplevd social spänning var två av varandra oberoende saker och inte två sidor av samma sak (3). Detta samband stöds av tidigare forskning som hittat samma resultat (Walen & Lachman, 2000; Rook, 1984; Abbey, et al., 1985).

6.1.2.1 Positivt socialt stöds betydelse

Att socialt stöd är någonting som påverkar hälsa och livskvalitet hos personer med intellektuell funktionsnedsättning har flera studier i resultatet visat (2, 3, 7, 11, 13, 14). Detta stämmer även överens med tidigare forskning, där studier om socialt stöd, hälsa och livskvalitet undersökts men inte just för personer med intellektuell funktionsnedsättning (Ryan & Willits, 2007; Uchino, et al., 1996; Barrera, 1986; Achat, et al., 1998; Abbey, et al., 1985).

Socialt stöd påverkade inte enligt detta arbete depression eller kroppsliga besvär som var de specifika hälsoutfall som beskrevs i resultatet (3, 4, 5). Detta skiljer sig från tidigare forskning då samband hittats mellan socialt stöd och hjärt- kärlsjukdom (Uchino, et al., 1996; Lett, et al., 2005) samt depression (Lett, et al., 2005; Kawachi & Berkman, 2001; Östberg & Lennartsson, 2007; Abbey, et al., 1985). Även andra psykiska hälsoutfall har i tidigare forskning visat sig påverkas av socialt stöd (Kawachi & Berkman, 2001; Berkman, et al., 2000; Achat, et al., 1998; Cohen & Wills, 1985; Abbey, et al., 1985).

Att personer med intellektuell funktionsnedsättning enligt resultatet (12, 15) hade tillgång till olika typer av socialt stöd från personal och familj (som oftast angavs vara källan till socialt stöd), kan tolkas som positivt för deras hälsa då det i tidigare forskning visat sig att personer som hade tillgång till färre typer av sociala stöd, i högre grad var sjuka (Östberg & Lennartsson, 2007), samt att det inte finns någon samstämmighet i den tidigare forskningen (Rook, 1984; Östberg & Lennartsson, 2007) om vilken typ av socialt stöd som är mest gynnsam för livskvalitet och hälsa. En artikel i resultatet visade dock att emotionellt- och praktiskt socialt stöd inte hade någon betydelse för graden av självrapporterade symptom av depression (4). Detta fynd skiljer sig mot Östberg & Lennartssons, (2007) svenska studie, då de fann att självrapporterad hälsa samt depressiva symptom var associerat med alla typer av sociala stöd. En annan studie visade även att emotionellt socialt stöd från föräldrar i barndomen hade en viktig påverkan på depression senare i livet (Kawachi & Berkman, 2001).

6.1.2.2 Negativt socialt stöds betydelse

Ingen samstämmighet fanns i detta arbete angående om negativt socialt stöd/ social spänning påverkar livskvalitet (3, 11). Inte heller i den tidigare forskningen är man enig huruvida social spänning/ negativt socialt påverkar livskvalitet och hur nöjd man är med sitt liv eller ej (Abbey, et al., 1985; Walen & Lachman, 2000). Däremot verkar

samstämmighet råda i den tidigare forskningen angående negativt socialt stöd/ social spännings påverkan på hälsa och välmående (Rook, 1984; Walen & Lachman, 2000; Abbey, et al., 1985). Negativt socialt stöd/ social spänning visade sig i detta arbete vara associerat med depressiva symtom (1, 3, 4). Detta samband styrks av tidigare forskning som visat att negativt socialt stöd innebär en ökad risk för depression (Revenson, et al., 1991; Abbey, et al., 1985; Fiore, et al., 1983). I detta arbete framkom även att det fanns samband mellan social spänning och andra psykiska sjukdomar (1). Detta samband har även funnits i tidigare forskning (Abbey, et al., 1985; Gee & Rhodes, 2007). Även kroppsliga besvär visade sig i detta arbete påverkas av social spänning/ negativt socialt stöd (3). Detta samband styrks av tidigare forskning som fann samma resultat (Walen & Lachman, 2000).

6.2 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva socialt stöd samt att beskriva vilken betydelse det sociala stödet har för livskvalitet och hälsa för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Att använda sig av en litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område som metod innebär att man kan kartlägga kunskapsläget inom ett område. En litteraturbaserad studie av forskning inom ett avgränsat område kan med fördel användas då man tror att både kvantitativ samt kvalitativ forskning kan vara intressant för det studerade området (Friberg, 2009). Valet av metod ansågs lämpligt eftersom detta är ett område där det inte finns mycket forskning och därför var artiklar, oavsett om de var kvantitativa eller kvalitativa av intresse om de svarade på syftet med arbetet. Detta arbete har genomförts med noggrannhet och sökmetoder, urval och analys har utförligt beskrivits i metoddelen i denna studie.

Att denna studie genomfördes i en tid då ett begreppsskifte sker där man går från att använda begreppet utvecklingsstörning till att använda begreppet intellektuell funktionsnedsättning, kan förstås innebära att resultatet påverkats av detta då olika studier använt olika begrepp. Denna grupp är väldigt heterogen och många har förutom den intellektuella funktionsnedsättningen även fysiska och psykiska besvär (Socialstyrelsen, 2010). Detta kan försvåra det för denna grupp av människor på olika sätt i sociala situationer och kan påverka deras sociala stöd. Ytterligare en begränsning med urvalet i denna studie är att personer med olika grad av intellektuell funktionsnedsättning har varit deltagare i studierna som resultatet grundas på. Detta kan förstås påverka resultatet och göra studierna mindre jämförbara med varandra. De flesta artiklarna hade dock deltagare med lindrig intellektuell funktionsnedsättning vilket gör att jämförbarheten ökar men samtidigt minskar generaliserbarheten då resultaten främst speglar svar från personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning. Många studier hade som krav vid urval att deltagarna skulle kunna förstå att de deltog i en vetenskaplig studie och denna förståelse testades på flera olika sätt.

Vid studier av personer med intellektuell funktionsnedsättning är det viktigt att tänka på vad som är etiskt försvarbart eftersom det kan vara svårt för forskare att veta att deltagarna verkligen förstått vad det är de ställer upp på. Studierna jag har använt mig

av levde upp till de krav som Forberg & Wengström (2008) beskrivit, genom att de antingen granskats av etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden gjorts.

Olika metod användes i de inkluderade artiklarna. Vissa studier använde individskattning och andra studier använde personalskattning. Detta kan ha påverkat reliabiliteten av detta arbete. En annan begränsning i detta arbete är att olika studier har använt sig av olika metoder för att mäta socialt stöd samt hälsoutfall. Detta kan ha påverkat validiteten av detta arbete och kan ha gjort studierna mindre jämförbara med varandra.

Studierna i detta arbete kommer från USA, Kanda, Australien och Storbritannien. Detta innebär att resultatet helt och hållet inte kan generaliseras till svensk kontext. Det är dock sannolikt att det inte är så stora skillnader mellan länderna ovan och Sverige i hur det sociala stödet ser ut för personer med intellektuell funktionsnedsättning samt vilken betydelse socialt stöd har för livskvalitet och hälsa för denna grupp. Därför kan resultaten i viss utsträckning anses vara relevanta även för Sverige.

Sökning av vetenskapliga artiklar genomfördes i fyra olika databaser, detta ökade chansen att kunna finna artiklar som var relevanta för syftet med denna studie. Vid sökningarna användes artiklar som hade genomgått peer-review. Detta gjordes för att öka kvaliteten på artiklarna. Då området är utforskat fanns vissa problem att finna rätt sökord. Problemet med sökorden kan ha inneburit att artiklar missades. Detta kan ha påverkat reliabiliteten av arbetet. Tyvärr fanns inte alla artiklar som verkade relevanta för syftet i fulltext och eftersom detta arbete hade en tidsgräns gjordes ett val att ej beställa dessa och vänta på dem. Detta innebär att artiklar som varit intressanta för syftet med detta arbete kan ha missats. Eftersom det inom det studerade området fanns begränsat med artiklar som var relevanta för syftet togs artiklar med som var relativt gamla. Det begränsade antalet tillgängliga studier på området innebär att betydelsen av socialt stöd enbart kunnat beslysas för få hälsoutfall.

7. Slutsats

Detta arbete visar att det strukturella sociala stödet för personer med intellektuell funktionsnedsättning oftast bestod av personal och familj. Dessa kunde ge individerna olika typer av funktionellt socialt stöd. Socialt stöd visade sig vara viktigt för livskvalitet och hälsa. Social spänning/ negativt socialt stöd påverkade depression och andra psykiska sjukdomar samt kroppsliga besvär. Trots att resultatet i detta arbete bygger på studier från andra länder är stora delar ändå överförbara till Sverige. Ett av folkhälsoinstitutets huvuduppdrag och prioriterade mål är jämlik hälsa och vid uppföljning av jämlik hälsa är funktionsnedsatta personers hälsa ett fokusområde (Folkhälsoinstitutet, 2009). Eftersom det inte finns studier av svensk kontext så är det mycket angeläget att denna grupp fokuseras i framtida forskning i syfte att skapa mer jämlika förutsättningar vad det gäller livskvalitet och hälsa. Detta visar även att behovet av att uppmärksamma hur det sociala stödet ser ut för personer med intellektuell funktionsnedsättning samt att undersöka hur det sociala stödet påverkar hälsan och livskvaliteten för dessa individer är stort.

8. Referenser

- Abbey, A., Abramis, D.J., Caplan, R.D. (1985) Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic appl. Psychol*, 6, 111-129.
- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., Colditz, G. (1998) Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 7, 735–750.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010a) *About Us*. Hämtat 2010-05-15 från:
http://www.aamr.org/content_2383.cfm?navID=2
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010b) *FAQ on Intellectual Disability*. Hämtat 2010-04-29 från:
http://www.aamr.org/content_100.cfm?navID=21
- Antonucci, T.C. (2001) Social Support, Psychology of. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 14465-14469
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413–455.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000, 51. 843–57.
- Bowling, A. (1995). What things are important in peoples lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1447-1462, 1995
- Bramston, P., Chipuer, H., Pretty, G. (2005). Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 728-733.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5). 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985) Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357
- Emerson, E & Hatton, C. (2008) Self-Reported Well-Being of Women and Men With Intellectual Disabilities in England. *American Journal on Mental Retardation*, 113(2): 143–155 .
- Emerson, E & McVilly, K. (2004) Friendship Activities of Adults with Intellectual Disabilities in Supported Accommodation in Northern England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 191–197.
- Fiore, J., Becker, J., Coppel, D.B., (1983) Social Network Interactions: A Buffer or a

Stress. *American Journal of Community Psychology*, 11(4), 423-439.

Fiori, K.L., Antonucci, T.C., Cortina, K.S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 61B(1), 25–32.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- vägledning, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2009). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gee, C.B & Rhodes, J.E. (2008). A social support and social strain measure for minority adolescent mothers: a confirmatory factor analytic study. *Child: Care, Health & Development*, 34(1), 87-97.

Hall, I., Strydom, A., Richards, M., Hardy, R., Bernal, J., Wadsworth, M. (2005) Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(3), 171-182.

Hughes, M.E & Waite, L.J. (2002). Health in Household Context: Living Arrangements and Health in Late Middle Age. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(1), 1-21.

Kawachi, I. & Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3)

Knox, M & Parmenter, T.R. (1993). Social networks and support mechanisms for people with mild intellectual disability in competitive employment. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 1-12.

Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C., Sherwood, A. Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. (2005). *Psychosomatic Medicine* 67. 869–878

Lippold, T & Burns, J. (2009) Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(5). 463-473.

Lunsky, Y & Benson, B.A. (1999). Social Circles of Adults with Mental Retardation as Viewed by Their Caregivers. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 11(2), 115-129.

Lunsky, Y & Benson, B.A. (2001) Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 45(2), 106-114.

- Lundsky, Y & Havercamp, S.M. (1999). Distinguishing Low Levels of Social Support and Social Strain: Implications for Dual Diagnosis. *American Journal of Mental Retardation*, 104(2), 200-204.
- Lunsky, Y. (2003). Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? *Journal of intellectual disability research*, 47(16), 417-427.
- Maughan, B., Collishaw, S., Pickles, A. (1999). Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood. *Psychological Medicine*, 29, 351–366.
- McIntyre, L.L., Kraemer, B.R., Blacher, J., Simmerman, S. (2004) Quality of life for young adults with severe intellectual disability: mothers' thoughts and reflections. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(2), 131–146.
- McVilly, K.R., Stancliffe, R.J., Parmenter, T.R., Burton-Smith, R.M. (2006). 'I Get by with a Little Help from my Friends': Adults with Intellectual Disability Discuss Loneliness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 191–203.
- Miller, S.M & Chan, F. (2008). Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 52(12), 1039-1047.
- Nezu, C.M., Nezu, A.M., Rothenberg, J.L., DelliCarpini, L., Groag, I. (1995). Depression in Adults with Mild Mental Retardation: Are Cognitive Variables Involved? *Cognitive Therapy and Research*, 19 (2). 1995, pp. 227-239
- Noonan Walsh, P., Kerr, M., Van Schroyen Lantman-de valk, H.M.J. (2003) Health indicators for people with intellectual disabilities. A european perspective. *European Journal of Public Health* 2003, 13 (3), 47-50.
- Okun, M.A & Lockwood, C.M (2003) Does Level of Assessment Moderate the Relation Between Social Support and Social Negativity?: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(1), 15–35.
- Pernice-Duca, F. (2010) Family Network and Mental Health Recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 13–27.
- Revenson, T.A., Shiaffino, K.M., Majerovitz, S.D., Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Sot. Sci. Med*, 33(7), 807-813, 1991.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., Linehan, C. (2001). Social Networks of People With Mental Retardation in Residential Settings. *Mental Retardation*, 39 (3), 201–214.
- Rook, K.S. (1984). *The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-Being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5), 1097-1108.
- Ryan, A.K & Willits, F.K (2007) Family Ties, Physical Health, and Psychological

Well-Being. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 907-920.

Schalock, R.L., Luckasson, R.A., Shogren, K.A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W.H.E., et al. (2007) The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term. *Intellectual Disability. Intellectual And Developmental Disabilities*, 45(2), 116–124.

Socialdepartementet (2009). *Regeringsbeslut*. Hämtad 2010-05-18 från <http://fhi.se/Documents/Om-oss/sarskilda-uppdrag/2009/Uppmarksamhetsvecka-mat-fysisk-aktivitet.pdf>

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Hämtad 2010-04-07 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1_200342.pdf

Socialstyrelsen (2009). *Personer med funktionsnedsättning- insatser enligt LSS år 2009*. Hämtad 2010-04-01 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-14/Documents/2010-3-27%20Personer%20med%20funktionsnedsättning%20-%20insatser%20enligt%20%20LSS%20år%202009.pdf>

Socialstyrelsen (2010). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) - version 2010*. Hämtad 2010-04-07 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13132/1996-4-1.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Sjukskrivning- orsaker, konsekvenser och praxis, en systematisk litteraturöversikt*. Göteborg: SBU

Statens folkhälsoinstitut. (2009) *Folkhälsopolitikens elva målområden*. Hämtad 2010-05-21 från: <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>

Statens folkhälsoinstitut. (2009) *Vårt uppdrag*. Hämtad 2010-04-07 från: <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/>

Statens folkhälsoinstitut (2010). *Politiska mål och funktionsnedsättning*. Hämtad 2010-04-07 från: <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Andra-uppdrag/Funktionsnedsattning-och-halsa/Politiska-mal/>

Uchino, B. N., Cacioppo, J.T., Kiecolt-Glaser, J.K. (1996) The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531.

Umb-Carlsson, Ö. (2008). *Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut

Vetenskapsrådet (2010). *Oredlighet i forskningen*. Hämtat 2010-05-14 från: <http://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html>

Walen, H.R. & Lachman, M.E. (2000) Social Support and Strain from Partner, Family, and Friends: Costs and Benefits for Men and Women in Adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(5), 5- 30.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Hämtat 2010-05-11 från: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf

World Health Organization. (1984). *Definitions*. Hämtat 2010-05-11 från: <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>

The WHOQOL Group, (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From The World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409.

World Health Organization. (2001) *Mental and neurological disorders. Fact Sheet: The World Health Report 2001*. Geneve: World Health Organization Hämtad 2010-05-18 från http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf

Östberg, V & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35. 197–204.

Bilaga

Tabell 1. Valda artiklar i litteraturstudien

Artikel	Syfte	Urval, Metod	Resultat
1) Lundsby & Havercamp, 1999. USA <i>Distinguishing Low Levels of Social Support and Social Strain: Implications for Dual Diagnosis.</i>	Att särskilja mellan närvaron av social spänning och frånvaron av positivt socialt stöd, gällande deras respektive relation till symptom på psykopati.	N= 104 Medelålder: 36 Personer med olika grad av utvecklingsstörning. Kvantitativ studie. Enkätundersökning av personal. Personalskattning. Varje deltagare rankades 2 ggr av två olika personer.	Social spänning starkare förknippat med psykopati än frånvaro av positivt socialt stöd. Positiv korrelation mellan social spänning och psykos, paranoia, depression, beroendesjukdom och den sammanlagda poängen av psykopati.
2) Miller & Chan, 2008. USA <i>Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities</i>	Att undersöka faktorer som förutsäger hur nöjd man är med sitt liv, hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.	N=56 Medelålder: 43.3 Deltagare: relativt höga nivåer av anpassnings beteende. Kvantitativ studie Enkätundersökning, intervju, självskattning. Enkäter av personal	Socialt stöd förutsade hur nöjd man var med sitt liv. Socialt stöd signifikansnivå $p < 0,001$.
3) Lundsby & Benson, 2001. USA & Kanada <i>Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability</i>	Att undersöka respektive relationer mellan upplevt socialt stöd och spänning, och depressiva symptom, kroppsliga besvär och livskvalitet hos personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning.	N=84 Medelålder: 38 Deltagare: lindrig intellektuell funktionsnedsättning. Kvantitativ studie, självskattning-upplevt socialt stöd och spänning. Strukturerade intervjuer, två tillfällen, studiens start och 6 månader senare.	Upplevt socialt stöd och upplevd social spänning oberoende av varandra. Socialt stöd= signifikant skillnad i livskvalitet. Social spänning=signifikant skillnad i depressiva symptom och kroppsliga besvär.

<p>4) Nezu et. Al, 1995 USA <i>Depression in Adults with Mild Mental Retardation: Are Cognitive Variables Involved?</i></p>	<p>Att fortsätta forskningen genom att utöka den med andra populära psykologiska teorier om depression som från början var utvecklat för den generella befolkningen.</p>	<p>N=107 Medelålder: 35.8 Deltagare: lindrig utvecklingsstörning. Kvantitativ studie Enkätundersökning i form av intervju, självskattning.</p>	<p>Depression korrelerade med negativt socialt stöd. Självrapporterade symptom på depression ej relaterat till mängd av emotionellt och praktiskt socialt stöd.</p>
<p>5) Y. Lunsky, 2003. Kanada <i>Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role?</i></p>	<p>Att bättre förstå depression och dess psykosociala korrelationer hos kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning separat från män med intellektuell funktionsnedsättning.</p>	<p>N=99 Medelålder: 38 Deltagare: lindrig- måttlig intellektuell funktionsnedsättning. Kvantitativ studie Självskattning-enkäter, upplevt socialt stöd.</p>	<p>Ej könsskillnad i socialt stöd & ensamhet. Socialt stöd påverkade ej grad av depression bland kvinnor. Ej socialt stöd från familj= högre grad deprimerade.</p>
<p>6) Emerson & McVilly, 2004. England. <i>Friendship Activities of Adults with Intellectual Disabilities in Supported Accommodation in Northern England.</i></p>	<p>Att undersöka både individuella karaktärsdrag, samt miljömässiga kännetecken av stöd-tjänster som är potentiella att påverka deltagarnas mellanmänskliga anknytningar.</p>	<p>N= 1542 Medelålder: 49,3 Deltagare: Intellektuellt funktionsnedsatta, olika grad. Enkäter, personalskattning. Granskning av kvaliteten på stödboendet.</p>	<p>Få vänskapsaktiviteter för de i någon typ av stödboende. Oftast vänner med intellektuell funktionsnedsättning. Träffades oftast utanför hemmet. Typ av boende starkare förknippat med antal vänner och aktiviteter än personlighet.</p>
<p>7) K. R. McVilly et al, 2006. Australien. <i>I Get by with a Little Help from my Friends': Adults with Intellectual Disability Discuss Loneliness</i></p>	<p>Att undersöka begreppet "ensamhet" och vilken erfarenhet deltagare i eftergymnasial utbildning och arbete har av detta.</p>	<p>N=51 Medelålder 25,2 Deltagare: intellektuell funktionsnedsättning, begränsat stödbehov. Bakgrundfakta från: lärare, chefer, föräldrar. Enkätundersökning+ semi-structured intervjuer, självskattning. Kvantitativ och kvalitativ</p>	<p>Varaktig kontakt med vänner minskade ensamhet. Äldre människor mindre socialt aktiva än yngre deltagare.</p>

<p>8) B. Maughan et al. 1999. Storbritannien. <i>Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood</i></p>	<p>-Att ge ytterligare bevis på de sociala förhållandena och anpassning av individer med lindrig utvecklingsstörning i det vuxna livet. -Att värdera hur mycket tidiga motgångar, tillsammans med andra barndomsrisker kan svara för skillnader i vuxet fungerande mellan personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning och personer utan intellektuell funktionsnedsättning. -Att undersöka medverkande av en rad av barndoms förutsägare och dess medverkande till skillnader i vuxet fungerande hos personer med lindrig utvstörning.</p>	<p>N= 13150 kontrollgrupp N=275 lindrigt utvecklings störda Prospektiv studie Följde kohort. Mätningar vid födsel, 7 år, 11 år, 23 år och 33 år. Självskattat socialt stöd. Kvantitativ studie Medicinska undersökningar, utbildningsundersökningar, intervjuer med föräldrar, datainsamling från lärare, intervjuer med deltagare, enkäter-självskattning. mätte 22 olika saker. skolor.</p>	<p>Utvecklingsstörda kvinnor mindre socialt stöd från en vän och färre vänner än kvinnor utan utvecklingsstörning. Ej samma resultat för män. Män med utvecklingsstörning mer stöd från föräldrar jämfört med män utan utvecklingsstörning.</p>
<p>9) Lunsy & Benson, 1999 Kanada. <i>Social Circles of Adults with Mental Retardation as Viewed by Their Caregivers.</i></p>	<p>-Att utveckla ett frågeformulär för omhändertagare som var heltäckande, men mindre tidskrävande än intervjuer -Att fastställa tillförlitligheten av måtten. -Att undersöka vilken påverkan boendetyper, kön och nivå av utvecklingsstörning har på socialt stöd. -Undersöka glapp i omhändertagares kunskap om det sociala stöd en person med utvecklingsstörning får.</p>	<p>N=121 Medelålder: 33 Deltagare: lindrig, måttlig, grav intellektuell funktionsnedsättning. Enkätundersökning av informatör: Personal, föräldrar. Kvantitativ.</p>	<p>Boende påverkar socialt stöd mycket. Mest socialt stöd från personal, mindre stöd av familj, vänner, kärlekspartner.</p>

<p>10) I. Hall, et al, 2005. England. <i>Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort.</i></p>	<p>-Att identifiera personer med lindrig och allvarlig utvecklingsstörning under barndomen i kohorten. -Att jämföra dessa grupper, med resten av födelsekohorten gällande vad de uppnått i lärande och spridningen sociala utfall i vuxenlivet.</p>	<p>N= 5362 Deltagare: lindrig, grav intellektuell funktionsnedsättning. Kohort-, prospektiv-, kvantitativstudie. Intervjuer av hälsoarbetare, lärare, skoldoktorer, chefer vartannat år tills personerna var 16 år. Därefter vart 5:e eller 8:e år. Mätningar, undersökningar, självskattningar. Mätte 7 outcomes.</p>	<p>Ingen skillnad hur ofta man besökte familj eller vänner mellan intellektuellt funktionsnedatta och personer utan. Intellektuellt funktionsnedsatta färre personer de regelbunden hade kontakt med, än personer utan.</p>
<p>11) P. Bramston et al, 2005. Australien. <i>Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration.</i></p>	<p>Att studera avgörande faktorer för subjektiv livskvalitet: personliga-, sociala- och samhällsfaktorer.</p>	<p>N=80 intellektuell funktionsnedsättning. Medelålder: 20.8 N=120 kontrollgrupp Medelålder 19, 5 Deltagare: Lindrig, måttlig funktionsnedsättning Kvantitativ, Enkäter, självskattning, via intervju för personerna med funktionsnedsättning Kontrollgruppen, skriftligt enkät.</p>	<p>Samband mellan socialt stöd & livskvalitet hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.</p>
<p>12) J Robertson et al, 2001. Storbritannien <i>Social Networks of People With Mental Retardation in Residential Settings.</i></p>	<p>Att ge en detaljerad beskrivning av det sociala nätverket för deltagarna samt identifiera personliga- samt miljöfaktorer som är associerade med variation i storlek och sammansättning av deltagarnas sociala nätverk.</p>	<p>N=500 Deltagare: Personer med utvecklingsstörning. Tvärsnittstudie, kvantitativ. Enkäter till personal som kände personen väl,</p>	<p>Familj och personal stod för det mesta stödet av informativt, emotionellt och praktiskt stöd. De personer deltagarna angav som sin närmaste person, var även de som de träffade oftast.</p>

<p>13) L McIntyre et al, , USA, 2004. <i>Quality of life for young adults with severe intellectual disability: mothers' thoughts and reflections.</i></p>	<p>Att med kvalitativ metod undersöka mammors perspektiv på livskvaliet hos unga vuxna med grav utvecklingsstörning,</p>	<p>N=30 Medelålder: 49, 4 Deltagare: gravt utvecklingsstörda. Intervjuer, enkät med mammor. Kvalitativ och kvantitativ Kavlitativ genom öppna frågor och kvantitativ genom livskvalitetsenkät.</p>	<p>Sociala kontakter, att ha vänner och att ha vård var viktigt för deras barns livskvalitet. Viktigast: vila, aktiviteter, hobby och basala behov tillgodosedda.</p>
<p>14) Emerson & Hatton, 2008. England. <i>Self-Reported Well-Being of Women and Men With Intellectual Disabilities in England.</i></p>	<p>Att undersöka faktorer som är associerade med skillnader i självrapportering av subjektivt välmående i ett tvärtsnitts stickprov av män och kvinnor i England med intellektuell funktionsnedsättning.</p>	<p>N=1273 Deltagare: Intellektuellt funktionsnedsatta. Intervjuer, självskattning, Vissa hade stöd av en famljemedlem, personal, partner eller annan under intervjun. Personlig karaktär, boende, självrapporterat välmående, socioekonomisk status, sociala förbindelser undersöktes.</p>	<p>Singelkvinnor- högre nivåer av välmående än gifta kvinnor. Aktiv i varierande aktiviteter associerat med välmående. Ökad frekvens av möte med vänner med intellektuell funktionsnedsättning= ökat välmående.</p>
<p>15) Knox & Parmenter, 1993. Australien. <i>Social networks and support mechanisms for people with mild intellectual disability in competitive employment.</i></p>	<p>Att undersöka de sociala nätverken hos en liten grupp personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning som arbetar på konkurrenskraftig arbetsplats och vilket socialt stöd de får från sina nätverk.</p>	<p>N=9 Deltagare: lindrig intellektuell funktionsnedsättning Datainsamling: 18 månader. Observation, deltagande samt samtal. Data var både objektivt och subjektivt.</p>	<p>Socialt stöd oftast från familjen. Andra källor till socialt stöd: fritids- och sociala grupper, personer på särskolor, personal etc. Lite kontakt med arbetskamrater på fritiden.</p>
<p>16) Lippold & Burns, 2009. Storbrittanien. <i>Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability.</i></p>	<p>Att undersöka de sociala nätverk och det sociala stöd som finns tillgängligt för personer med intellektuell funktionsnedsättning och jämföra dessa med en grupp människor med fysisk funktionsnedsättning.</p>	<p>N=30 lindrig intellektuell funktionsnedsättning Medelålder: 36,7 N=17 personer med fysisk funktionsnedsättning Medelålder: 36, 9 Deltagare: kunna föra ett samtal, vara mellan 18 och 60 år. Kvantativ. Enkäter, muntligt för personer med intellektuell funktionsnedsättning.</p>	<p>Personer med intellektuell funktionsnedsättning mest socialt stöd av personal. Näst mest stöd av vänner, oftast vänner som hade intellektuell funktionsnedsättning. Stöd från familj kom efter vänner, sist kom stöd från flickvän/pojkvän.</p>

