

sammenlignelige som muligt mht. besvarelse af bekymringer i forbindelse med fødslen. Blandt styrkerne er, at alle MRS-kvinder over en toårig periode er kontaktet, med mindre der forelå adresse- eller forskningsbeskyttelse, den relativt høje svarprocent, og den omstændighed, at der er etableret en kontrolgruppe, som svarene fra MRS-gruppen kan sammenlignes med.

KONKLUSION

Undersøgelsens resultater dokumenterer, at der findes en varieret vifte af begrundelser for MRS blandt førstegangsfødende kvinder i Danmark. Et fællestræk er, at de har flere bekymringer før første fødsel end kvinder, der har født vaginalt. Disse bekymringer drejer sig især om deres egen og deres barns sikkerhed ved vaginal fødsel. Hvis obstetrikere og jordemødre kunne rådgive og støtte de kvinder, der er meget bekymrede for at føde vaginalt, kunne det muligvis føre til færre elektive sectio.

KORRESPONDANCE: Malene Merete Forstholt, Medicinsk Afdeling, Roskilde Sygehus, 4000 Roskilde. E-mail: maleneforstholt@yahoo.dk

ANTAGET: 1. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 15. marts 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/01_08.pdf (1. april 2008).
2. Forstholt M, Lidsgaard Ø. Sectio efter kvindens ønske. Ugeskr Læger 2009;171:497-502.
3. Tollånes MC, Thompson JMD, Dalveit AK et al. Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967-2004. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86:840-8.
4. Wiklund I, Edman G, Larsson C et al. Personality and mode of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:1225-30.
5. Hildingsson I, Rådestad I, Rupertson C et al. Few women wish to deliver by caesarean section. BJOG 2002;109:618-23.
6. Robson S, Carey A, Mishra R et al. Elective caesarean delivery at maternal request; a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2008;48:415-20.
7. Nerum H, Halvorson L, Sørli T et al. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? BIRTH 2006;33:221-8.
8. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations of birth and signs of depression among first-time mothers. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86:451-6.
9. Bergholt T, Østberg B, Legarth J et al. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective caesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:262-6.

Kønnsforskelle i studerendes sociale relationer

Stud.psych. Nanna Hasle Bak, lektor Birgit H. Petersson, stud.scient.san.publ. Agnete Skovlund Dissing & stud.scient.san.publ. Laura Toftegaard Pedersen

RESUME

INTRODUKTION: Formålet var at undersøge kønnsforskelle i socialt netværk og social støtte blandt universitetsstuderende med fokus på sociale relationer som copingstrategi til at håndtere personlige problemer.

MATERIALE OG METODER: I alt 1.126 (48%) medicin-, psykologi- og humaniorastuderende fra årgang 2006 og 2007 deltog i undersøgelsen. Data er indhentet fra en studenterregisterdatabase og et spørgeskema, der omhandlede socialt netværk og social støtte.

RESULTATER: Af de studerende ser ca. 85% deres venner og ca. 40% deres familie ugentligt. Knap halvdelen af de studerende har en fast partner. Flere kvindelige end mandlige medicinstuderende har en fast partner ved studiestart. Mere end 80% af de studerende har haft psykiske og sociale problemer før studiestart, heraf flest kvindelige medicin- og humaniorastuderende. Mens over halvdelen af de mandlige studerende håndterer deres personlige problemer alene, benytter de kvindelige studerende sig i højere grad af social støtte. Signifikante kønnsforskelle i social støtte er mest udtalte blandt medicin- og humaniorastuderende.

KONKLUSION: Resultaterne tyder på, at kvindelige og mandlige studerende anvender forskellige copingstrategier til at bearbejde sociale og psykiske problemer, ligesom kønnsforskelle i sociale relationer ser ud til at være mest udbredte blandt medicinstuderende – hvorfor og hvordan bør undersøges nærmere.

Fra udenlandske undersøgelser vides, at medicinstuderende oplever mere stress end andre studerende, hvilket er mest udtalt for kvinder [1, 2]. Dette kan skyldes høje akademiske krav, økonomiske, sociale eller psykiske problemer [1, 3, 4].

Der findes kun få undersøgelser af lægers psykiske problemer, selv om flest fra denne faggruppe begår selvmord [5]. Vi har tidligere vist, at kun 17% af de medicinstuderende fra årgang 1992 på Københavns Universitet ikke havde haft psykiske problemer før studiestart. I 2002 havde 22% af de kvindelige og 12% af de mandlige færdiguddannede læger fra denne årgang modtaget professionel hjælp for psyki-

ORIGINALARTIKEL

Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Almen Medicin, Enhed for Medicinsk Kvinde- og Kønnsforskning

ske problemer [4]. Professionel hjælp er en af flere mulige copingstrategier til at håndtere personlige problemer som f.eks. sociale og psykiske problemer, idet coping defineres som et individs evne til at mestre ændringer i livet [6]. Som copingstrategi er sociale relationer væsentlige at undersøge, idet de har en beskyttende effekt på stress og psykisk sygdom [7, 8]. Ifølge »main effect«-hypotesen har sociale relationer direkte effekt på helbredet, da sociale relationer skaber positive emotionelle reaktioner, som bl.a. påvirker immunsystemet. »Stress buffer«-hypotesen antager derimod, at sociale relationer virker som en buffer under stress, og at denne buffer dæmper stressreaktionen [9].

Mænd og kvinder har forskellige sociale relationer, som ændrer sig gennem livet. En undersøgelse viser, at unge har flere venner end ældre, og at kvinder er yngre end mænd, når de får en fast partner [10]. Tilsvarende havde flere kvindelige end mandlige medicinstuderende en fast partner ved studiestart i 1992 [11]. Kvinder benytter sig endvidere mere af emotionel støtte under stress, mens mænd oftere anvender alkohol som copingstrategi [1].

Denne artikels formål er at undersøge kønsforskelle i sociale relationer blandt studerende fra forskellige universitetsfag, idet hver studieretning tiltrækker forskellige typer og kræver forskellige præstationer af de studerende.

MATERIALE OG METODER

Studiedesign

»Fra Student Til Kandidat« er en komparativ forløbsundersøgelse af 2.344 udvalgte studerende fra Medicin, Psykologi og Humaniora med studiestart i 2006 og 2007 på Københavns Universitet.

Kvantitative data er indsamlet fra en studenter-

registerdatabase og et spørgeskema, der er baseret på den tidligere undersøgelse af medicinstuderende, som blev foretaget i 1992-2002. Spørgeskemaet er valideret ved pilottestning, hvor 20 studerende besvarede spørgeskemaet og efterfølgende blev interviewet om deres forståelse af de enkelte spørgsmål. Spørgeskemaet blev udsendt første gang ved studiestart og senere genudsendt til ikke-respondenter via mail, post eller ved personlig udlevering.

Måling

Hvor *socialt netværk* betegner de strukturelle aspekter af sociale relationer som f.eks. samværshyppighed, udtrykker *social støtte* de funktionelle aspekter som f.eks. at modtage hjælp fra andre til at håndtere personlige problemer.

De responsvariabler, der måler socialt netværk, inkluderer binære »ja-nej«-spørgsmål om fast partner og nære venner, mens samværshyppighed med venner og familie er målt på en fempunktsordinalskala fra »aldrig« til »dagligt«, som er blevet dikotomiseret med ugentligt samvær som skillepunkt.

I forhold til social støtte er selvoplevet ensomhed og at være uønsket alene grupperet til en »ja-nej«-variabel ud fra kategorierne »nej«, »af og til« og »ofte«.

For at studere sociale relationer som copingstrategi har de studerende besvaret, hvordan de tidligere har tacklet sociale og psykiske problemer ved at afkrydse mindst en af følgende kategorier: »alene«, »venner«, »familie«, »professionelle«, »andre« eller »har aldrig haft personlige problemer«. I dette spørgsmåls hjælpetekst ses eksempler på sociale og psykiske problemer, f.eks. dårlig økonomi og dumpet til en eksamen, hvilket lægger op til en bred forståelse af personlige problemer.

Etik

Undersøgelsen overholder Helsinki II-deklarationen om frivillighed og anonymitet og foretages i samarbejde med de respektive studienævne, ligesom der er indhentet tilladelse fra Datatilsynet (j.nr. 2006-41-6876).

Statistisk analyse

Undersøgelsens data er behandlet med PASW Statistics 18, hvor χ^2 -test og Wald-test er anvendt med et 5%-signifikansniveau. Logistisk regressionsanalyse er brugt til at udregne oddsratioværdier.

RESULTATER

Bortfald

Tabel 1 viser, at 48% af de udvalgte studerende returnerede spørgeskemaet, og at svarprocenten for de medicinstuderende er signifikant højere sammenlig-



TABEL 1

Studiepopulationens køns- og aldersfordeling. Køns- og aldersfordelingen blandt to årgange medicin-, psykologi- og humaniorastuderende ved Københavns Universitet. Svarprocenterne angiver svarandelen i de forskellige undergrupper.

	Antal besvarelser (svarprocent)			
	medicin	psykologi	humaniora	i alt
Kvinder	403 (60,0)	152 (52,1)	252 (45,9)	807 (53,3)
Mænd	158 (51,5)	36 (42,9)	125 (28,2)	319 (38,2)
Alder, år				
17-19	145 (59,7)	22 (42,3)	32 (30,8)	199 (49,9)
20-24	370 (58,5)	104 (53,3)	274 (40,8)	748 (49,9)
25-29	36 (50,7)	33 (50,8)	41 (33,1)	110 (42,4)
30-71	10 (31,3)	29 (45,3)	30 (31,6)	69 (36,1)
I alt	561 (57,3)	188 (50,0)	377 (37,9)	1.126 (48,0)

net med de psykologi- og humaniorastuderende (χ^2 : $p < 0,005$).

I alt 1.509 kvindelige og 835 mandlige studerende modtog spørgeskemaet, men af Tabel 1 ses det, at svarprocenten er højere blandt de kvindelige studerende på alle tre studieretninger sammenlignet med deres mandlige medstuderende (χ^2 : $p < 0,005$). Også i forhold til alder ses der signifikante forskelle i svarprocenterne, idet 49,9% af de 1.898 udvalgte studerende under 25 år deltog i undersøgelsen mod 39,7% af de 446 udvalgte studerende over 25 år (χ^2 : $p < 0,005$). Disse køns- og aldersforskelle i svarprocenterne er dog ikke signifikante for de psykologistuderende ($p_{\text{køn}} = 0,086$, $p_{\text{alder}} = 0,331$).

Socialt netværk

49,1% af de studerende havde en fast partner ved studiestart. Heraf var 67% af de psykologistuderende i fast forhold, hvilket er signifikant flere end de 47,1% humaniorastuderende og 44,4% medicinstuderende med fast partner (χ^2 : $p < 0,005$). 95,5% af de studerende angiver at have nære venner, og 83,8% af de studerende ser deres venner ugentligt. 61,9% af de studerende tilbringer tid sammen med deres familie mindst en gang om ugen. Hvor 32,4% af de studerende angiver, at de somme tider føler sig ensomme, er 57,3% af de studerende af og til uønsket alene.

Af Tabel 2 ses kun en signifikant kønsforskel i forhold til fast partner, idet 52% af de kvindelige og



TABEL 2

Kønsforskelle i socialt netværk blandt medicin-, psykologi- og humaniorastuderende fra årgang 2006 og 2007 ved Københavns Universitet. Oddsrationer, 95%-konfidensintervaller og Wald-testenes p-værdier for kønsforskelle i socialt netværk og selvoplevet ensomhed med kvindelige studerende som referencegruppe. Model 1 henviser til den marginale sammenhæng mellem køn og socialt netværk, mens model 2 viser de korrigerede estimater, når der tages højde for alder.

	Medicin		Psykologi		Humaniora		I alt	
	model 1	model 2	model 1	model 2	model 1	model 2	model 1	model 2
<i>Fast partner</i>								
n	561	561	188	188	374	374	1.123	1.123
OR	0,575	0,589	0,842	0,668	0,809	0,817	0,654	0,644
95%-KI	0,393-0,842	0,401-0,865	0,393-0,842	0,301-1,485	0,525-1,248	0,528-1,266	0,503-0,850	0,593-0,841
p-værdi	0,004	0,007	0,657	0,323	0,338	0,366	0,02	0,001
<i>Nære venner</i>								
n	560	560	187	187	375	375	1.122	1.122
OR	1,257	1,276	0,389	0,250	0,988	0,956	0,947	0,951
95%-KI	0,492-3,207	0,499-3,259	0,107-1,408	0,122-1,731	0,330-2,954	0,315-2,902	0,511-1,755	0,512-1,766
p-værdi	0,633	0,611	0,150	0,250	0,982	0,937	0,862	0,873
<i>Ser venner ugentligt</i>								
n	557	557	187	187	375	375	1.119	1.119
OR	1,097	1,162	1,464	1,132	1,089	1,132	1,126	1,133
95%-KI	0,654-1,841	0,688-1,960	0,620-3,456	0,457-2,807	0,616-1,924	0,632-2,028	0,796-1,594	0,795-1,616
p-værdi	0,725	0,575	0,384	0,788	0,770	0,676	0,502	0,489
<i>Ser familie ugentligt</i>								
n	443	443	175	175	344	344	962	962
OR	1,230	1,238	2,419	2,037	0,883	0,890	1,145	1,145
95%-KI	0,786-1,894	0,797-1,924	0,983-5,948	0,811-5,117	0,559-1,397	0,563-1,409	0,854-1,536	0,853-1,537
p-værdi	0,375	0,342	0,054	0,130	0,596	0,620	0,365	0,367
<i>Ensom</i>								
n	560	560	188	188	372	372	1.120	1.120
OR	0,784	0,788	1,091	1,286	0,912	0,896	0,860	0,858
95%-KI	0,520-1,182	0,522-1,190	0,571-2,302	0,593-2,789	0,575-1,447	0,564-1,425	0,649-1,139	0,647-1,138
p-værdi	0,246	0,257	0,819	0,819	0,696	0,643	0,293	0,288
<i>Uønsket alene</i>								
n	558	558	185	185	374	374	1.117	1.117
OR	1,219	1,216	0,539	0,658	1,306	1,282	1,122	1,120
95%-KI	0,836-1,776	0,834-1,773	0,259-1,124	0,306-1,414	0,842-2,025	0,825-1,994	0,862-1,461	0,859-1,461
p-værdi	0,304	0,310	0,099	0,284	0,233	0,270	0,393	0,401

OR = oddsratio; KI = konfidensinterval

41,5% af de mandlige studerende angiver at være i fast forhold ved studiestart. Tabel 2 viser ligeledes, at denne kønsforskel i forhold til fast partner kun er signifikant blandt de medicinstuderende. En mandlig medicinstuderende har således 42,5% mindre sandsynlighed for at have en fast partner sammenlignet med en kvindelig medstuderende, og dette estimat ændres ikke betydeligt ved stratificering for alder.

Social støtte

16,8% af de studerende angiver aldrig at have oplevet psykiske problemer, mens 79% rapporterer at have haft sociale problemer inden studiestart. 90,9% af de 928 studerende, der har oplevet psykiske problemer, og 91,8% af de 888 studerende, som har haft

sociale problemer, angiver at have modtaget social støtte til at håndtere mindst et af deres personlige problemer. Den hyppigst anvendte sociale støtte blandt de studerende er familien, idet ca. tre fjerdedele af de studerende har fået hjælp fra familien til at bearbejde personlige problemer. Hjælp fra venner anvendes som copingstrategi mod psykiske og sociale problemer af henholdsvis 68,5% og 56,7% af de studerende. 30,6% og 9,8% af de studerende har modtaget professionel hjælp til at håndtere henholdsvis psykiske og sociale problemer. Heraf har signifikant flere psykologistuderende modtaget professionel hjælp til at håndtere psykiske og sociale problemer sammenlignet med humaniora- og medicinstuderende (χ^2 : $p_{\text{psykisk}} < 0,005$, χ^2 : $p_{\text{social}} < 0,005$). Omkring

TABEL 3

Kønsforskelle i håndteringen af psykiske problemer blandt medicin-, psykologi- og humaniorastuderende fra årgang 2006 og 2007 ved Københavns Universitet. Oddsratioer, 95%-konfidensintervaller og Wald-testenes p-værdier for kønsforskelle i håndteringen af psykiske problemer med kvindelige studerende som referencegruppe. Model 1 henviser til den marginale sammenhæng mellem køn og social støtte, mens model 2 viser de korrigerede estimater, når der tages højde for alder.

	Medicin		Psykologi		Humaniora		I alt	
	model 1	model 2	model 1	model 2	model 1	model 2	model 1	model 2
<i>Psykiske problemer</i>								
n	558	558	185	185	373	373	1.116	1.116
OR	0,396	0,403	0,977	0,872	0,325	0,321	0,408	0,400
95%-KI	0,252-0,629	0,256-0,634	0,341-2,800	0,297-2,566	0,186-0,568	0,183-0,564	0,295-0,564	0,288-0,554
p-værdi	0,000	0,000	0,965	0,804	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>Social støtte – alle</i>								
n	458	458	159	159	311	311	928	928
OR	0,309	0,311	0,000	0,000	0,427	0,427	0,398	0,394
95%-KI	0,163-0,583	0,164-0,588	0,000-0,000	0,000-0,000	0,205-0,892	0,205-2,892	0,251-0,631	0,248-0,625
p-værdi	0,000	0,000	0,998	0,998	0,023	0,024	0,000	0,000
<i>Social støtte – venner</i>								
n	458	458	159	159	311	311	928	928
OR	0,680	0,685	0,945	0,826	0,742	0,742	0,719	0,715
95%-KI	0,436-1,061	0,438-1,069	0,384-2,327	0,328-2,084	0,444-1,240	0,444-1,240	0,526-0,984	0,522-0,979
p-værdi	0,090	0,096	0,903	0,686	0,254	0,255	0,039	0,036
<i>Social støtte – familie</i>								
n	458	458	159	159	311	311	928	928
OR	0,433	0,430	0,945	1,011	0,630	0,626	0,555	0,556
95%-KI	0,270-0,695	0,267-0,690	0,384-2,327	0,405-2,525	0,372-1,066	0,369-1,062	0,401-0,768	0,401-0,770
p-værdi	0,001	0,000	0,903	0,981	0,085	0,082	0,000	0,000
<i>Social støtte – professionelle</i>								
n	458	458	159	159	311	311	928	928
OR	0,482	0,489	0,568	0,394	0,596	0,590	0,533	0,503
95%-KI	0,266-0,876	0,266-0,897	0,255-1,267	0,163-0,952	0,339-1,043	0,334-1,041	0,375-0,759	0,349-0,725
p-værdi	0,017	0,021	0,167	0,038	0,070	0,069	0,000	0,000
<i>Alene</i>								
n	458	458	159	159	311	311	928	928
OR	2,591	2,605	1,038	0,955	2,203	2,203	2,107	2,104
95%-KI	1,676-4,004	1,684-4,028	0,468-2,302	0,424-2,150	1,334-3,636	1,334-3,637	1,558-2,850	1,555-2,846
p-værdi	0,000	0,000	0,927	0,911	0,002	0,002	0,000	0,000

OR = oddsratio; KI = konfidensinterval.

40% af de studerende har bearbejdet et eller flere af deres personlige problemer alene.

80% af de kvindelige studerende har haft personlige problemer inden studiestart, hvilket er signifikant flere end de 75% af de mandlige studerende med tidligere personlige problemer. **Tabel 3** og **Tabel 4** viser således, at sandsynligheden for at opleve psykiske og sociale problemer er henholdsvis 59,2% og 39,4% mindre for en mandlig end for en kvindelig studerende. Af Tabel 3 og 4 fremgår det også, at en mandlig studerende har henholdsvis 60,2% og 67,6% mindre sandsynlighed for at modtage sociale støtte til at håndtere psykiske og sociale problemer i forhold til en kvindelig studerende, idet over 90% af de kvindelige og 85% af de mandlige stu-

derende har modtaget social støtte til at bearbejde psykiske og sociale problemer. Disse kønsforskelle i modtagelsen af social støtte ses jf. Tabel 3 og 4 for alle typer af sociale relationer undtagen ved modtagelse af professionel hjælp for sociale problemer. 54,3% og 50,4% af de mandlige studerende angiver at have bearbejdet henholdsvis psykiske og sociale problemer alene mod henholdsvis 36,1% og 33,1% af de kvindelige studerende. Således fremgår det af Tabel 3 og 4, at en mandlig studerende har over dobbelt så stor sandsynlighed for at håndtere sine personlige problemer alene sammenlignet med en kvindelig studerende. Af Tabel 3 og 4 ses det endvidere, at disse kønsforskelle i personlige problemer og social støtte ikke er signifikante blandt de psykologi-



TABEL 4

Kønsforskelle i håndteringen af sociale problemer blandt medicin-, psykologi- og humaniorastuderende fra årgang 2006 og 2007 ved Københavns Universitet. Oddsrationer, 95%-konfidensintervaller og Wald-testenes p-værdier for kønsforskelle i håndteringen af sociale problemer med kvindelige studerende som referencegruppe. Model 1 henviser til den marginale sammenhæng mellem køn og social støtte, mens model 2 viser de korrigerede estimater, når der tages højde for alder.

	Medicin		Psykologi		Humaniora		I alt	
	model 1	model 2	model 1	model 2	model 1	model 2	model 1	model 2
<i>Sociale problemer</i>								
n	560	560	188	188	376	376	1.124	1.124
OR	0,633	0,645	0,648	0,588	0,524	0,517	0,606	0,605
95%-KI	0,417-0,961	0,424-0,979	0,274-1,534	0,243-1,425	0,274-0,895	0,302-0,885	0,447-0,821	0,446-0,820
p-værdi	0,032	0,040	0,324	0,240	0,018	0,016	0,001	0,001
<i>Social støtte – alle</i>								
n	428	428	152	152	308	308	888	888
OR	0,289	0,287	0,240	0,294	0,543	0,567	0,324	0,353
95%-KI	0,150-0,556	0,149-0,554	0,060-0,960	0,068-1,268	0,229-1,288	0,236-1,359	0,213-0,563	0,217-0,575
p-værdi	0,000	0,000	0,044	0,101	0,166	0,203	0,000	0,000
<i>Social støtte – venner</i>								
n	428	428	152	152	308	308	888	888
OR	0,637	0,637	0,599	0,546	0,844	0,846	0,704	0,701
95%-KI	0,413-0,984	0,413-0,984	0,260-1,381	0,228-1,306	0,518-1,376	0,519-1,379	0,521-0,951	0,519-0,948
p-værdi	0,042	0,042	0,229	0,174	0,498	0,502	0,022	0,021
<i>Social støtte – familie</i>								
n	428	428	152	152	308	308	888	888
OR	0,453	0,452	0,400	0,594	0,903	0,931	0,571	0,584
95%-KI	0,273-0,751	0,272-0,749	0,152-1,049	0,208-1,696	0,497-1,643	0,509-1,703	0,400-0,815	0,408-0,836
p-værdi	0,002	0,002	0,062	0,331	0,739	0,817	0,002	0,003
<i>Social støtte – professionelle</i>								
n	428	428	152	152	308	308	888	888
OR	0,700	0,730	1,971	1,332	0,389	0,359	0,716	0,637
95%-KI	0,256-1,913	0,266-2,004	0,766-5,075	0,477-3,719	0,145-1,044	0,131-0,0983	0,416-1,230	0,362-1,122
p-værdi	0,487	0,542	0,160	0,584	0,061	0,046	0,226	0,118
<i>Alene</i>								
n	428	428	152	152	308	308	888	888
OR	2,427	2,480	1,814	1,693	1,933	1,900	2,058	2,031
95%-KI	1,561-3,773	1,591-3,866	0,748-4,196	0,711-4,031	1,173-3,185	1,146-3,148	1,518-2,791	1,495-2,758
p-værdi	0,000	0,000	0,164	0,234	0,010	0,013	0,000	0,000

OR = oddsratio; KI = konfidensinterval.

Sociale relationer er en vigtig copingstrategi til at håndtere sociale og psykiske problemer, men mange mandlige medicinstuderende håndterer deres sociale og psykiske problemer alene.



studerende. Stratificering for alder påvirker ikke de estimerede oddsrationværdier signifikant med enkelte undtagelser blandt de psykologistuderende, se Tabel 3 og 4.

DISKUSSION

Socialt netværk

At mange af de studerende hyppigere ser venner end familie kan forklares ved, at unge løsriver sig fra forældrene i løbet af puberteten og knytter stærke bånd til venner [13].

Ifølge *Nielsen & Rudbergs* kønssocialiseringsteori medfører en samfundsstruktur med moderen som primær omsorgsperson, at piger er optaget af intimitet og sociale relationer, mens drenge fokuserer mere på præstationer og autonomi [13]. At flere kvindelige end mandlige medicinstuderende i denne undersøgelse og i den tidligere undersøgelse [10] har en fast partner ved studiestart, kan skyldes, at kvinder er internaliserede til at føle et stærkt behov for intimitet.

Social støtte

Selv om lignende resultater ses blandt de medicinstuderende fra årgang 1992, er det påfaldende, at mange studerende til tider føler sig ensomme og uønsket alene, og at kun ca. 20% angiver ikke at have haft psykiske eller sociale problemer før studiestart [4]. Selv om psykiske og sociale problemer i denne undersøgelse fortolkes bredt, bør resultaterne tages alvorligt, da personlige problemer kan påvirke den studerendes stressniveau og mulighed for at gennemføre studiet.

At de mandlige medicin- og humaniorastuderende angiver at have færre psykiske og sociale problemer end de kvindelige, kan skyldes, at mænd underrapporterer personlige problemer, fordi de er socialiserede til at klare sig selv [13]. Resultaterne kan også være udtryk for, at flere kvindelige end

mandlige medicin- og humaniorastuderende har psykiske problemer, f.eks. spiseforstyrrelser. At der ikke ses en kønsforskel i personlige problemer blandt psykologistuderende, kan skyldes, at psykologistuderende har meget fokus på personlige problemer, hvilket også kan forklare, at flere studerende fra Psykologi end fra Medicin og Humaniora har søgt professionel hjælp til at håndtere psykiske og sociale problemer.

Vores data støtter hypotesen om, at kvindelige studerende benytter sig mere af emotionel social støtte end mandlige. Andre studier har dog vist, at mænd anvender alkohol som copingstrategi oftere end kvinder [1]. Dette kan også tænkes at gælde for de mandlige studerende i nærværende undersøgelse, fordi det grundet kønssocialiseringen kan være tabuiseret at tale om personlige problemer blandt mænd [13]. *Capraro* beskriver i en artikel om mandlige studerendes alkoholforbrug endvidere det mandlige paradoks, hvor mænd føler sig magtfulde i grupper, men magtesløse som individer, hvorfor alkohol kan blive anvendt som en copingstrategi af mænd mod personlige problemer [15]. Selv om flere kvinder end mænd angiver at have psykiske og sociale problemer, er det problematisk, at mange mænd håndterer deres personlige problemer alene, idet der er risiko for, at de slet ikke får bearbejdet dem.

Ifølge »*main effect*«- og »*stress buffer*«-hypoteserne kan sociale relationer hjælpe til at fastholde den studerende på studiet i en stresset studietid. I den tidligere undersøgelse af medicinstuderende med studiestart i 1992 droppede flere kvinder end mænd ud af studiet [11], hvilket kan undre, da kvinder anvender mere emotionel støtte end mænd [1]. En forklaring kan dog være, at sociale relationer kan være tidskrævende og belastende, hvorfor kvinder ikke nødvendigvis har gavn af deres sociale relationer. Kønsforskelle i studiefrafald er dog ikke fundet i andre ophørsundersøgelser [16, 17].

Begrænsninger

Undersøgelsen har ligesom mange andre nyere studier [12] en lav svarprocent (48%). Registerdata tillader imidlertid at undersøge bortfaldets karakter, og bortfaldsanalysen viser, at studiepopulationen ikke er repræsentativ for de udvalgte studerende, hvad angår køn og alder. Flest kvindelige studerende under 25 år deltog imidlertid i undersøgelsen, og da denne gruppe udgør størstedelen af de udvalgte studerende, vurderes det, at undersøgelsens resultater kan generaliseres til majoriteten af studerende.

Det er tænkeligt, at især studerende, der modtager mindre social støtte end og har et lille socialt netværk sammenlignet med andre studerende, har

undladt at deltage i undersøgelsen, idet disse studerende jf. »main effect«- og »stress buffer«-hypoteserne vil være mere følsomme over for stress-elementer som f.eks. et spørgeskema. Hvis dette er tilfældet, er de fundne kønsforskelle sandsynligvis underestimerede, idet særligt mændene har undladt at svare på spørgeskemaet. Det er dog også tænkeligt, at personer med mange sociale relationer ikke har haft tid til at deltage i undersøgelsen, og i dette tilfælde vil de fundne kønsforskelle være overestimerede.

FREM TIDIGE FOKUSOMRÅDER

Undersøgelsens resultater tyder på, at kønsforskelle primært ses i social støtte og copingstrategier, hvorfor fremtidige, kvalitative undersøgelser bør undersøge dette nærmere. Det er ligeledes relevant at undersøge kønsstereotyper i forskellige studiemiljøer ud fra hypotesen om, at medicinstudiet i særlig grad understøtter en kønsstereotyp socialisering.

Videre undersøgelser af sociale relationer og studieaktivitet bør desuden skelne mellem sociale relationer i og uden for studiet, da studiekammerater formentlig spiller en stor rolle for studiefrafald [18].

KORRESPONDANCE: Nanna Hasle Bak, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet, 1014 København K. E-mail: n.bak@pubhealth.ku.dk

ANTAGET: 22. januar 2010

FØRST PÅ NETTET: 3. maj 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Moffat KJ, McConnachie A, Ross S et al. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ* 2004;38:482-91.
2. Jönsson M, Öjehagen A. Läkärstudenter upplever mer stress än andra studenter. *Läkartidningen* 2006;103:840-3.
3. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training. *Med Educ* 2003;37:32-8.
4. Petersson BH, Agergaard M, Risør T. Den nyuddannede læge. *Ugeskr Læger* 2006;168:1756-9.
5. Agerbo E, Gunnel D, Bonde JP et al. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med* 2007;37:1131-40.
6. Kessing LV. Fornemmelse for affektiv lidelse. *Ugeskr Læger* 2009;171:526-7.
7. Bal S, Crombez G, Van Oost P et al. The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse Negl* 2003;27:1377-95.
8. Wirtz PH, von Känel R, Mohiyeddini C et al. Low social support and poor emotional regulation are associated with increased stress hormone reactivity to mental stress in systemic hypertension. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:3857-65.
9. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98:310-57.
10. Due P, Holstein B, Lund R et al. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1999;48:661-73.
11. Bang H, Petersson BH, Agergaard M et al. Tid for revurdering af adgangskravene til lægestudiet? *Ugeskr Læger* 2006;168:1753.
12. Risberg G, Johansson EE, Westman G et al. Attitudes toward and experiences of gender issues among physician teachers: a survey study conducted at a university teaching hospital in Sweden. *BMC Med Educ* 2008;26:10.
13. Nielsen HB, Rudberg M. Historien om piger og drenge. København: Gyldendal, 1991.
14. Frank E, Elon L, Naimi T et al. Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. *BMJ* 2008;337:a2155.
15. Capraro RK. Why college men drink: Alcohol, adventure, and the paradox of masculinity. *J Am Coll Health* 2000;48:307-15.
16. Mølggaard PK, Lange J, Lefmann M et al. Ophørsundersøgelse årgang 2000. København: Studieadministrationen, Københavns Universitet, 2003.
17. Nielsen T. Frafaldsundersøgelse – CBS, optagsårgange 2000-2004 1. trin: Risiko for frafald. København: CBS Learning Lab, 2008.
18. Kiessling C, Schubert B, Scheffner D et al. First year medical students' perceptions of stress and support: a comparison between reformed and traditional track curricula. *Med Educ* 2004;38:504-9.

Birt-Hogg-Dubés syndrom

Stud.med Anders Rehfeld, professor Maurice A.M. van Steensel & afdelingslæge Lennart Friis-Hansen

RESUME

Birt-Hogg-Dubés syndrom (BHD) er en sjælden genodermatose, som nedarves autosomt dominant og er karakteriseret ved kutane hamartomer, lungecyster, der kan føre til spontan pneumothorax, og nyretumorer, som øger risikoen for at udvikle nyrecancer. BHD-syndromet skyldes mutationer i genet for folliculin (FLCN), som sammen med andre proteiner udgør en del af mammalian target of rapamycin (mTOR) og 5'AMP-aktiveret proteinkinase (AMPK)-signalvejen. For at kunne tilbyde præsymptomatisk screening, klinisk overvågning og på længere sigt profylaktisk behandling er det vigtigt, at patienterne diagnosticeres.

Birt-Hogg-Dubé (BHD) er en genodermatose, som blev beskrevet i 1977 af lægerne *Birt, Hogg & Dubé*, som således lagde navn til syndromet [1]. De beskrev hårfollikel-hudtumorer, de såkaldte fibrofollikulomer (**Figur 1**), hos 15 individer af en familie på 70. Efterfølgende viste det sig, at hudtumorerne allerede var beskrevet i 1975 af lægerne *Hornstein & Knickenberg* [2], men da var BHD-syndromet allerede navngivet. Det har siden vist sig, at BHD-patienter også udvikler lungecyster, spontan pneumothorax og nyretumorer [3]. Selv om BHD er en sjælden sygdom, er viden om syndromet vigtig for at disse patienter genkendes og tilbydes deltagelse i et klinisk screeningsprogram.

OVERSIGTSARTIKEL

Rigshospitalet,
Klinisk Biokemisk
Afdeling KB 3011, og
University Medical Centre
Maastricht, Department
of Dermatology, Holland