

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Sammenfatning

Samlet kan det anføres, at undersøgelser af de psykosociale stressorer viser, at kvinder stresses af forhold, der ud over arbejdet er relateret til det traditionelle kønsrollemønster, mens mænd hovedsagelig alene stresses i forhold til arbejdet. Kvinder har stadig dobbeltarbejde, dvs. at de ud over det lønede arbejde har omsorgsfunktionen for børn og ældre og ofte også ægtefællen. Efter at kvinder i stort omfang er kommet ud på arbejdsmarkedet, burde arbejdsstresset være mindre hos mændene, som jo ikke mere alene er bærere af det økonomiske ansvar, men undersøgelser tyder på, at det ikke er mindsket [10]. Det ser derfor ud til at være meget dybtliggende rollemønstre hos de to køn, der spiller ind på arbejdsdelingen, ligesom kønsidentiteten synes at være forbundet med de forskellige roller. Selv om psykosociale stressorer synes at have en stor indflydelse på de helbredsmæssige konsekvenser af stress, spiller de biologiske reaktioner på kronisk stress en vigtig og forskellig rolle for de to køn. Vi står kun ved begyndelsen af forskningen i kønsforskellenes betydning både biologisk og psykosocialt. Men det er vigtigt, at denne forskning udbygges, og at den foreliggende viden medinddrages i forebyggelsen af de stressrelaterede lidelser.

Korrespondance: *Birgit H. Petersson*, Afdelingen for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: b.petersson@pubhealth.ku.dk

Antaget: 16. maj 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. McEwen BS. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research* 2000;886:172-89.
2. McEwen BS. Stress adaption and disease: allostasis and allostatic load. *New Engl J Med* 1998;338:171-9.
3. Grosse G, Perski A, Ekstedt M et al. The morning salivary cortisol response in burnout. *J Psychosom Res* 2005;59:103-11.
4. Krantz G, Berntsson L, Lundberg U. Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *Eur J Pub Health* 2005;15:209-14.
5. Peter R, Hammarstrom A, Hallqvist J et al. Does occupational gender segregation influence the association of effort-reward imbalance with myocardial infarction in the SHEEP study? *Int J Behav Med* 2006;13:34-43.
6. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study *BMJ* 2006;332:521-5.
7. Rohleder N, Schommer N, Nicole C et al. Sex differences in glucocorticoid sensitivity of proinflammatory cytokine production after psychosocial stress. *Psychosom Med* 2001;63:966-72.
8. Lundberg U. Psychophysiology of work: stress, gender, endocrine response and work-related upper extremity disorders. *Am J Indust Med* 2002;41:383-92.
9. Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episodes. *Psychol Med* 2005;35:865-71.
10. Deding M, Lausten M. Choosing between his time and here time? Globalisation, society and welfare. Working Paper 4:2204. København: Socialforskningsinstituttet, 2004.

Kønsforskelle i stress blandt læger

B.scient.san.publ. Marie Hargreave, lektor Birgit H. Petersson & overlæge Marianne C. Kastrup

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning

Resume

Introduktion: Det er vanskeligt at undersøge kønsforskelle i forhold til helbred, idet arbejde og positioner er forskellige for kvinder og mænd. Det er derfor nødvendigt at undersøge, hvordan helbredet for kvinder og mænd er påvirket af de samme arbejdsbetingelser. Formålet var at undersøge: 1) kønsforskelle i forhold til belastninger i hverdagslivet, arbejdslivet og helbredet og 2) hvordan disse belastninger påvirker sammenhængen mellem stress og køn.

Materiale og metoder: Et spørgeskema blev i 2001 udsendt til i alt 1.414 læger, 707 mandlige og 707 kvindelige. Svarprocenten var på 58. Svarene blev gennemgået i forhold til kønsforskelle inden for udvalgte belastninger i hverdagslivet, arbejdslivet og helbredet. Endelig blev der foretaget en logistisk regressions-

analyse, hvor sammenhængen mellem køn og stress blev kontrolleret for alle signifikante belastninger.

Resultater: Det blev fundet, at de kvindelige læger i højere grad end de mandlige er belastet i forhold til hverdagslivet og helbredet, mens de mandlige læger er belastet i forhold til arbejdslivet. Desuden viste det sig, at kvindelige læger havde en over dobbelt så høj risiko for at være dagligt stresset end de mandlige læger ved kontrol for samlevers/ægtefælles arbejdstid, egen arbejdstid, modstridende krav på arbejdet, følelsen af, at der næsten aldrig er tid nok til en selv, og depression.

Konklusion: Kvindelige læger viste sig at have en mere end dobbelt så høj risiko for at være dagligt stressede end de mandlige læger på trods af kontrol for belastninger i hverdagslivet, arbejdslivet og helbredet.

Sygehuspersonale har generelt et dårligere psykisk arbejdsmiljø end landsgennemsnittet af danskere i alle erhverv, det viser de første resultater fra Projekt Udbrændthed Moti-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

vation og Arbejdsglæde (PUMA)-undersøgelsen [1]. PUMA-undersøgelsen er den første store danske undersøgelse om udbændthed og løber over fem år. Sygehuspersonalet oplever høje krav til arbejdsmængde og arbejdspress samt høje følelsesmæssige og kognitive krav. Desuden viser undersøgelsen, at samtlige ansatte på sygehuse oplever manglende forudsigelighed eller mangel på tilstrækkelig information. Mangel på forudsigelighed er en væsentlig kilde til stress og dårlig trivsel i hverdagen [1].

Stressreaktioner skaber helbredsproblemer, så som kardiovaskulære problemer, forhøjet blodtryk, type 2-diabetes, nedsat immunforsvar og kognitiv funktionsnedsættelse. Derudover er der i det seneste årti sket en stor stigning i sygefraværet især blandt kvinder. Fraværet skyldes blandt andet udbændthed, depression, muskelsmerter, hovedpine og gastrointestinale problemer. De fleste af disse sygdomme er stressrelaterede [2].

Fra 1950'erne er middellevetiden i Danmark øget frem til slutningen af 1970'erne, hvor den stagnerede, dog mest for kvinder. Dette er en udvikling, der ikke i samme grad er set i andre europæiske lande. Overdødeligheden i Danmark sammenlignet med i andre OECD-lande er mest udtalt for aldersgruppen 45-65 år og især for kvinder, hvis middellevetid er faldet fra en ottendeplads i 1970 til en 21. plads i 1990 i forhold til de øvrige OECD-lande. Denne udvikling er fortsat, således at danske kvinder nu har en af de laveste middellevetider i Europa [3].

Stressniveauet i Danmark ser desuden ud til at være et stigende problem. I sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har man dokumenteret, at stressniveauet i Danmark er steget markant. I 1987 fortalte 35,5%, at de ofte eller af og til følte sig stressede. I 2000 var tallet steget til 44%. I alt 8% af den voksne befolkning – svarende til ca. 344.000 personer – siger, at de ofte føler sig stressede i hverdagen [4]. I rapporten »Risikofaktorer og folkesundheden i Danmark» bliver det estimeret, at stressbetingede sygdomme koster statskassen 14 mia. kroner om året [5]. Idet arbejde og position er forskellige for kvinder og mænd, er det nødvendigt at undersøge, hvordan helbredet for begge køn er påvirket af de samme arbejdsbetingelser for at kunne evaluere kønsforskelle i forhold til helbred. Nærværende undersøgelse har haft til formål at undersøge inden for lægestanden: 1) kønsforskelle i forhold til udvalgte belastninger i hverdagslivet, arbejdslivet og helbredet, og 2) hvordan en kontrol af disse belastninger påvirker sammenhængen mellem stress og køn.

Materiale og metoder

Et spørgeskema blev i 2001 efter en pilotundersøgelse udsendt til i alt 1.414 læger. I alt 814 personer, 449 kvinder og 365 mænd, besvarede spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 58. Spørgeskemaet omfattede spørgsmål om sygdom og sundhed i relation til køn, arbejdsforhold og familie. Indgangskriteriet var lige store grupper af mænd og kvinder i

aldersgruppen 45-55 år, som var uddannede læger, og som havde været på arbejdsmarkedet i mindst 20 år. Antallet af personer blev afgjort af det køn, der var færrest af, i dette tilfælde var der 707 kvinder i den valgte aldersgruppe. En tilsvarende gruppe af det andet køn blev efterfølgende udvalgt efter alder og geografisk placering. Udvælgelsen og udsendelsen af spørgeskemaet skete via Lægernes Pensionskasse, hvor arbejdsårene var indregistreret via indbetaling til pensionskassen fra arbejdsgiveren. Størsteparten af danske læger er medlemmer af Lægernes Pensionskasse. Da de pågældende var anonyme, kunne der ikke udsendes rykkere til non-respondenter.

Undersøgelsens data er bearbejdet med SPSS version 13. Indledningsvis blev kønsforskelle belyst i forhold til flere slags belastninger i dagligdagen, arbejdslivet og helbredet. Efterfølgende blev der foretaget en logistisk regressionsanalyse, hvor sammenhængen mellem køn og stress blev kontrolleret for de samme belastninger i hverdagslivet, arbejdslivet og helbredet ved en baglæns modelsøgning. Dernæst blev der gennemført yderligere en forlæns modelsøgning, hvor tovejsinteraktioner mellem alle parametrene blev medtaget. Fravælgelsen af insignifikante parametre var alle p-værdier under 0,05.

Afhængig variabel

Dagligt stress

For variabelen omhandlende stress, blev »ugentligt«, »månedligt« og »sjældent« lagt sammen til ikke dagligt stresset, så variabelen blev dikotomiseret i dagligt stresset eller ikke dagligt stresset.

Resultater

Demografiske variable

I alt 448 kvindelige læger og 364 mandlige læger besvarede spørgeskemaet. Dette gav en svarprocent for de kvindelige læger på 63 og for de mandlige læger på 52, i alt en gennemsnitlig svarprocent på 58. Gennemsnitsalderen for både de kvindelige og de mandlige respondenter var 50 år. Signifikant flere af de mandlige læger (94%) end de kvindelige læger (86%) havde børn. Der var ingen signifikant forskel mellem kønnene i forhold til, om deres samlever/ægtefælle havde særbørn. Af de mandlige læger havde 93% en ægtefælle/samlever mod kun 81% af de kvindelige læger ($p = 0,000$).

Hverdagslivets belastninger

Ud fra **Tabel 1** ses det, at de kvindelige læger på alle de dagligdags parametre på nær en oftere var belastede end de mandlige læger. Der var flere blandt de kvindelige læger end blandt de mandlige læger, hvis ægtefælle/samlever arbejdede på fuld tid (97% mod 67%). Desuden var der flere blandt de kvindelige læger end blandt de mandlige læger, der havde over to timers husarbejde om dagen, oplevede det som overvejende hæmmende for karrieren/arbejdslivet at have en ægtefælle/samlever, følte, at de aldrig havde tid nok til sig

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Fordelinger af belastninger i dagliglivet for henholdsvis mandlige og kvindelige læger.

Belastning	Kvinder % (n)	Mænd % (n)	p-værdi
Ægtefælle/samlever arbejder fuld tid	97 (326)	67 (208)	0,000 ^a
>2 timers husarbejde om dagen	27 (114)	19 (68)	0,000 ^a
Overvejende hæmmende for karrieren/ arbejdslivet at have ægtefælle/samlever	21 (72)	12 (37)	0,000 ^a
Har næsten aldrig tid nok til sig selv	14 (14)	7 (26)	0,016 ^a
Der er nogen ud over ægtefælle/børn der er afhængige af dem	22 (96)	9 (34)	0,000 ^a
Oplever det som belastende at der er nogen som er afhængige af dem	27 (29)	31 (14)	0,194
Haft familiemæssige problemer i den seneste tid.	31 (130)	23 (79)	0,012 ^a
Har haft andre problemer i den seneste tid.	14 (41)	6 (16)	0,002 ^a

a) Signifikante værdier for $p < 0,05$.

Tabel 2. Fordelinger af belastninger i arbejdslivet for henholdsvis mandlige og kvindelige læger.

Belastning	Kvinder % (n)	Mænd % (n)	p-værdi
Arbejder forskellige tidspunkter af døgnet	45 (193)	57 (205)	0,013 ^a
Lederansvar	70 (309)	84 (307)	0,000 ^a
Lønnet erhverv ved siden af hovederhverv.	35 (154)	54 (195)	0,000 ^a
Arbejdstid >8,5 timer pr. dag	53 (232)	64 (229)	0,002 ^a
Der stilles i høj grad modstridende krav på arbejdet	11 (47)	14 (49)	0,071
Det sker ofte, at man ikke når alle arbejdsopgaver	40 (179)	39 (142)	0,810
Arbejde og tidspres går ofte ud over kvaliteten i arbejdet	28 (122)	26 (93)	0,404
Har ikke sædvanligvis lyst til at tage på arbejde	6 (24)	5 (18)	0,742
Ved i ringe grad, hvad der forventes af dem i deres arbejde	1 (3)	1 (4)	0,469
Har i ringe grad selvbestemmelse på arbejdet	2 (8)	1 (3)	0,394

a) Signifikante værdier for $p < 0,05$.

selv, følte, at der var flere ud over ægtefælle/børn, der var afhængige af dem, og i den seneste tid havde haft familiemæssige og andre problemer. Med hensyn til om de oplevede det som belastende, at der var nogen, der var afhængige af dem, var der ikke signifikant forskel på de kvindelige og de mandlige læger ($p = 0,194$).

Arbejdsbelastninger

Af **Tabel 2** fremgår det, at der var flere blandt de mandlige læger end blandt de kvindelige læger, der arbejdede på forskellige tidspunkter af døgnet, havde lederansvar, havde lønnet erhverv ved siden af hovederhvervet og havde en arbejdstid på over 8,5 timer om dagen. I forhold til psykisk arbejdspress såsom at man ikke når alle arbejdsopgaver, at arbejde og tidspres ofte går ud over kvaliteten af arbejdet, at man ikke sædvanligvis har lyst til at tage på arbejde, at man i ringe grad ved, hvad der forventes af en i ens arbejde, og at man i ringe grad har selvbestemmelse på arbejdet, var der ingen signifikant forskel mellem kønnene.

Helbredsbelastninger

Som det fremgår af **Tabel 3**, var der blandt de kvindelige læger flere end blandt de mandlige læger, der følte sig dagligt stressede (25% mod 19%). Der var også flere blandt de kvindelige læger end blandt de mandlige læger, der havde oplevet alvorlig sygdom eller krise i deres livsforløb, der følte sig trætte for tiden, der havde eller havde haft en depression og havde haft problemer i relation til overgangsalderen. Der var ikke forskel mellem kønnene, hvad angik deres oplevelse af stress som positivt, og om de oplevede deres helbred som mindre godt i det seneste års tid.

Sammenhængen mellem køn og daglig stress

Tabel 4 viser den univariate model og den multivariate model for sammenhængen mellem køn og stress. Desuden viser tabellen, hvordan sammenhængen mellem køn og stress ændres ved enkeltvis kontrol for de faktorer, der viste sig at være signifikante i den multivariate model. Både i den univariate og den multivariate model (**Tabel 4**) var der signifikant flere kvindelige end mandlige læger, der var dagligt stressede. I den univariate model uden kontrol for andre variable havde kvinderne en forøget risiko i forhold til mændene på 1,45 (odds-ratio (OR)). Denne forøgede risiko for kvinderne steg til 2,06 (OR), når der blev kontrolleret for variablene: arbejdstid, samlevers/ægtefælles arbejdstid, modstridende krav på arbejdsmarkedet, tid nok til sig selv og depression. Ved kontrol for samtlige kovariater med undtagelse af depression og tid nok til sig selv steg styrken af sammenhængen mellem køn og stress, mens styrke faldt ved kontrol for depression og variablen tid nok til sig selv.

Diskussion

Selv om de kvindelige læger havde større belastninger i hverdagslivet og i forhold til helbredet, herunder problemer i overgangsalderen, formåede kontrol for disse faktorer ikke at forklare sammenhængen mellem køn og stress. De kvindelige læger vedblev at være mere stressede end mændene, og sammenhængen blev endog styrket af denne kontrol for belastninger. Det er uvist, om dette skyldes, at de samme stressfaktorer udløser mere stress hos kvinderne, eller at kvinder rapporterer om følelsen af stress anderledes, end mænd gør. I den forbindelse har *Frankenhaeuser et al* [6] påvist, at selvrapporteret stress og måling af stresshormoner i blodet viser en god overensstemmelse, det vil sige, at når adspurgte rapporterer om høje niveauer af stress, vil man kunne påvise forhøjede værdier af stresshormoner i blodet. De faktorer, der forblev signifikante i modellen, samt andre relevante faktorer vil i senere artikler være genstand for yderligere undersøgelser.

Frem til de tidlige 1970'ere blev næsten alle undersøgelser om stresshormonreaktioner udført i forhold til mænd [2]. Man gik ud fra, at mænd og kvinder havde samme reaktioner i forhold til stress. Et skift skete i og med, at *Frankenhaeusers* forskergruppe fra Stockholm undersøgte stressreaktioner for både

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

mænd og kvinder under systematiske forhold. Det viste sig, at i forhold til præstationsevne i et laboratorium reagerede mænd med forhøjede adrenalinniveauer, mens kvinderne ikke reagerede eller kun reagerede i svag grad, selv om de fik lige så gode eller bedre resultater end mændene. I forhold til mere realistiske og intense stressorer som f.eks. en vigtig eksamen udviste kvindelige studerende dog signifikant øgning i adrenalinniveau, men stadigvæk mindre end deres mandlige kolleger [7]. I en serie af efterfølgende studier viste det sig, at kvinder reagerede på andre stressorer end mænd [8]. For eksempel fandt man, at mødre, der fulgte deres børn på hospitalet til rutineundersøgelser, havde højere adrenalinniveauer end børnenes fædre [9]. Det viste sig desuden, at kvinder, der valgte samme mandsdominerede uddannelse, havde samme adrenalinreaktioner i forhold til præstationsstress som deres mandlige kolleger [10]. Ved at undersøge østrogensubstitutionsterapi [11] og høje testosteronniveauer [12] fandt man ingen ændring på kvinders adrenalinreaktion i forhold til stress. Den generelle konklusion blev derfor, at kønsroller og psykologiske faktorer var vigtigere end biologiske faktorer i forklaringen på adrenalinreaktioner.

I efterfølgende studier har det vist sig, at mænd og kvinder med samme beskæftigelse havde samme stressreaktion i forhold til arbejdsmæssig stress [6, 13]. Der blev til gengæld fundet store forskelle i forhold til tiden uden for arbejdet. Sammenligninger mellem stressniveauer på arbejde og uden for arbejde mellem matchede kvindelige og mandlige funktionærer viste, at kvinders stressniveauer forblev høje og endog steg efter arbejde, mens mændene slappede mere af i slutningen af arbejdsdagen [6, 13]. I tidligere undersøgelser af danske og nordiske læger har man som i denne undersøgelse fundet, at kvinder følte sig mere belastede end mænd, men også at begge køn mente, at kvindelige læger ville få flere vanskeligheder senere i livet end mandlige læger [14, 15]. I en undersøgelse blandt canadiske læger fandt *Bergman et al* samme demografiske forhold for de to køn som i denne undersøgelse, samt at kvinder er mere stressede end mænd [16]. For kvinder bidrager familiestress til udvikling af somatiske problemer, og for begge køn spiller stor arbejdsbyrde og manglende støtte på arbejdspladsen en stor rolle i udviklingen af stress. Behovet for støtte på arbejdspladsen var større for kvindernes vedkommende, og de kvindelige læger havde endvidere mindre selvtillid end de mandlige [16]. Resultaterne af undersøgelsen tyder på, at det er nødvendigt med forskellige strategier, hvis mænds og kvinders stressniveau skal nedsættes. I en nyligt publiceret undersøgelse blandt finske anæstesiologer påviste man lignende kønsforskelle [17]. Fundene bekræfter en række andre undersøgelser. I gruppen af finske læger er der stor sygelighed og udbrændthed, de yngre er mere belastede end de ældre. At det ikke behøver at være sådan, viser en undersøgelse af australske læger [18]. Lægeforeningens arbejdsvilkårsundersøgelse fra 2000 belyser lægers arbejdsmiljø, herunder det psykiske arbejdsmiljø. I forhold til det psykiske arbejds-

Table 3. Fordelinger af belastninger i helbredet for henholdsvis mandlige og kvindelige læger.

Belastning	Kvinder % (n)	Mænd % (n)	p-værdi
Er dagligt stressede	25 (110)	19 (67)	0,034 ^a
Oplever ikke, at stress kan være positivt.	36 (132)	33 (100)	0,415
Har oplevet alvorlig sygdom eller kriser i deres livsforløb.	69 (308)	50 (180)	0,000 ^a
Har haft mindre godt helbred i det sidste års tid	9 (42)	9 (31)	0,754
Føler sig træt for tiden	37 (163)	24 (87)	0,000 ^a
Har eller har haft en depression	13 (56)	8 (30)	0,047 ^a
Har problemer i relation til overgangsalderen	21 (91)	1 (2)	0,000 ^a

a) Signifikante værdier for $p < 0,05$.

Table 4. Odds-ratio (OR) for sammenhængen mellem køn og dagligt stress justerede enkelvist for udvalgte faktorer.

	OR (konfidensinterval)	p-værdi
Univariate	1,45 (1,03-2,04)	0,033
Samlevers arbejdstid	1,59 (1,03-2,46)	0,036
Egen arbejdstid	1,57 (1,10-2,23)	0,013
Modstridende krav på arbejdet	1,58 (1,12-2,26)	0,012
Næsten aldrig tid nok til sig selv	1,39 (0,98-1,98)	0,067
Depression	1,42 (1,00-2,02)	0,049
Multivariate model ^a	2,06 (1,25-3,42)	0,005

a) Justeret for alle kovariate i tabellen.

miljø blev der ikke fundet nogen væsentlige kønsforskelle. Hertil skal dog føjes, at der i denne undersøgelse alene blev set på marginale fordelinger. Der blev derved ikke taget højde for alder eller andre faktorer, der kunne påvirke mulige sammenhænge [19]. Der er derfor al mulig grund til at forebygge stress, og det, at kvindelige læger i den undersøgte aldersgruppe i større grad end mandlige læger forlader arbejdsmarkedet med førtidspension, gør også, at det er vigtigt yderligere at undersøge årsagerne til de fundne kønsforskelle, hvor vi med de foreliggende studier har en lang række brikker til og hypoteser om årsagerne, men dybest set ingen holdbare forklaringer [20].

Konklusion

Kvindelige læger viste sig at have en mere end dobbelt så høj risiko for at være dagligt stressede end de mandlige læger på trods af kontrol for belastninger i hverdagslivet, arbejdslivet og helbredet. Disse resultater kunne tyde på, at kvinder er mere følsomme end mænd over for stressfaktorer i forbindelse med hjemmet, men yderligere forskning også af mulige biologiske forklaringer er nødvendige. Det er nødvendigt allerede nu at inddrage kendte kønsforskelle i forebyggelse, f.eks. ved at finde måder at aflaste på i forhold til stressorer i hjemmet. Årsagsfaktorerne vil blive søgt nærmere belyst i yderligere artikler.

Korrespondance: *Birgit H. Petersson*, Afdeling for Medicinsk Kvinde- og Kønforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: b.petersson@pubhealth.ku.dk

Antaget: 18. april 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Litteratur

1. www.arbejdsmiljøforskning.dk /feb 2007.
2. Lundberg U. Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:1017-21.
3. www.oecd.org /okt 2006.
4. www.si-folkesundhed.dk /okt 2006.
5. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Psykisk arbejdsbelastning. I: Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006:247-63.
6. Frankenhaeuser M, Lundberg U, Fredrikson M et al. Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *J Org Behav* 1989;10:321-46.
7. Frankenhaeuser M. The sympathetic-adrenal and the pituitary-adrenal response to challenge: comparison between the sexes. I: Dembroski TM, Smidt TH, Blümchen G. *Biobehavioral Bases of Coronary heart Disease*. Karger: New York, 1983:91-105.
8. Lundberg U. The influence of paid and unpaid work on psychological stress responses of men and women. *J Occup Health Psychol* 1996;1:117-30.
9. Lundberg U, de Chateau P, Winberg J et al. Catecholamine and cortisol excretion patterns in three year old children and their parents. *J Human Stress* 1981;7:3-11.
10. Collins A, Frankenhaeuser M. Stress responses in male and female engineering students. *J Hum Stress* 1978;4:43-8.
11. Collins A, Hanson U, Eneroth P et al. Psychophysiological stress responses in postmenopausal women before and after hormonal replacement therapy. *Hum Neurobiol* 1982;1:153-9.
12. Lundberg U, Hansin U, Andersson K et al. Hirsute women with elevated androgen levels: psychological characteristics, steroid hormones and catecholamines. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1983;2:86-93.
13. Lundberg U, Frankenhaeuser M. Stress and workload of men and women in high ranking positions. *J Occup Health Psychol* 1999;4:142-51.
14. Korremann G. Læger og køn – spiller det en rolle? København: Nordisk Ministerråd, Tema Nord, 1994:597.
15. Petersson BH, Agergaard M, Risør T. Den nyuddannede læge. *Ugeskr Læger* 2006;168:1756-9.
16. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res* 2003;54:171-8.
17. Lindfors PM, Nurmi KE, Meretoja OA et al. On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia* 2006;61:856-66.
18. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetist. *Anaesthesia* 2003;58:339-45.
19. www.laeger.dk /feb 2007.
20. Data fra Lægernes Pensionskasse, København, november 2006.

Depression – kønsforskelle

Overlæge Karin Garde

Sct. Hans Hospital, Afdeling L

Formålet med artiklen er at belyse depression i et kønsperspektiv med særlig vægt på forklaringer af kønsforskelle.

Depression er en hyppig sygdom, som har været kendt siden antikken, hvor den blev beskrevet med symptomer, som er genkendelige i vor tid, fortvivelse, forstyrret søvn, modvilje mod at spise og rastløshed.

Årsager til depression

Af mangel på en simpel forklaring er hypotesen, at et samspil mellem en sårbarhed, som kunne være genetisk, og en psykisk belastning, som typisk er et følelsesmæssigt tab eller en længerevarende stresstilstand, udløser den kliniske depression. Der er ingen kausale forklaringer, men korrelation med en række biologiske, psykologiske og sociale forhold bidrager til kønsforskellen.

Epidemiologi

Det er et generelt fund ved undersøgelser stort set overalt i verden, at kvinder 2-3 gange så hyppigt som mænd lider af unipolar depression med den største kønsforskelle, jo mildere depressionen er. Kriterier for diagnosen i depressionsspektret varierer i de citerede undersøgelser, men er i de nyere overve-

jende baseret på Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og International Classification of Diseases (ICD), mens metoden er et spektrum af spørgeskemaundersøgelser og interviewinstrumenter anvendt af såvel fagpersoner som trænedede lægfolk.

Livstidsrisikoen er 20% for kvinder og 13% for mænd [1]. I barnealderen, hvor depression er sjælden, er der ingen kønsforskelle, men fra puberteten og frem har kvinderne en overhyppighed, som er mest udtalt i de fertile år, hvorefter kønsforskellen bliver mindre, ligesom depression for begge køn forekommer sjældnere med årene. For den bipolare form er der ingen kønsforskelle, mens der for depression af bipolar 2-type er en overhyppighed hos kvinder, det samme gælder for dystymi og vinterdepression. Den melankolske depressionsform findes hyppigere hos mænd [2]. Der er modstridende fund vedrørende tilbagefald, som især i retrospektive undersøgelser forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd. Dette kunne skyldes, at kvinder bedre end mænd genkalder sig tidligere depressive episoder. I prospektive undersøgelser finder man mindre forskelle.

Man har undersøgt, om mænds mindre lægesøgning og mindre symptomrapportering kan forklare den lavere hyppighed af depression i behandlede grupper, men undersøgelser i almenbefolkninger understøtter, at der er tale om en reel forskel.

Der er undtagelser fra reglen om kvindernes højere prævalens af depression. Undersøgelser i strengt religiøse grupper

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

som The Old Order Amish [3] og ortodokse jødiske samfund har vist ligelig kønsfordeling. Dette er forklaret ved fastlagte roller for begge køn, hvor kvinden især i de jødiske grupper har en høj status og stor indflydelse med deraf følgende bedre selvfølelse.

Mændene, som har højere risiko for depression end mænd i andre religiøse samfund og almenbefolkningen, har ikke mulighed for at reagere udad med aggression og alkoholbrug, så de så at sige er bremsede i andre reaktioner på belastning end depression. I en undersøgelse af collegeungdom fandt man en ligelig fordeling af depression, her forklaret med, at unge på college har samme livsvilkår, mens de er uafhængige, ugifte og optaget af studier.

I en undersøgelse af gamle mennesker forsvandt kvindernes overhyppighed af depression, da man korrigerede for forskelle i livsvilkår. Kvinderne var langt hyppigere end mændene alene, fattige, lavt uddannede og fysisk handikappede. Når mænd og kvinder er lige begrænsede i deres udfoldelse eller har lige vilkår, bliver fordelingen af depression ligelig.

Forklaringer

Biologiske forskelle

Der er ikke påvist en genetisk forskel på mænds og kvinders sårbarhed.

Når kvindernes overhyppighed af depression sætter ind fra puberteten, kunne forklaringen være hormonal. En entydig sammenhæng med østrogen kan imidlertid ikke påvises. Piger i puberteten har et langt mere ambivalent forhold til kroppens forandring end drengene, som ser frem til at blive større i højde og drøjde. Mange piger forbinder menstruationen med noget skamfuldt og gør sig bekymringer om, hvordan de skal leve op til det perfekte mediebillede, med skade på selvfølelsen til følge. Depressive forstemninger findes hos et mindretal af kvinder præmenstruelt, efter fødsel og abort samt i klimakteriet, hvilket alle er perioder, hvor der er et faldende østrogenniveau. Hos omkring 10% af barselskvinderne er der en klar sammenhæng mellem depression og fødsel, men første fødsel, kompliceret fødsel, enlig stand, lav uddannelse og svag social støtte er faktorer, der medfører den største risiko. I longitudinelle undersøgelser af depression i klimakteriet har man ikke vist højere incidens af depression i disse år, men tilbagevendende depressive perioder og depressive symptomer ses fortsat i 45-55-års-alderen, sammenhængende med længden af perimenopausen og højt psykosocialt stress [4]. Den hormonale forklaring kan altså ikke stå alene, lige så lidt som de depressive reaktioner hos nyblevne fædre kan forklares hormonalt. Østrogen har altså en indflydelse på sindsstemningen, men nedgang i koncentrationen udløser ikke i sig selv klinisk depression.

Der er aktuelt hypoteser om kønsforskelle blandt neurotransmittere, herunder serotonin, som har en lavere aktivitet hos kvinder, ligesom dette fænomen kan medføre kønsforskellig håndtering af stress.

Faktaboks

Hypoteser om kvinders overhyppighed af depression

Biologiske: lave østrogenkoncentrationer som trigger for depression

Psykologiske: indadrettet aggression, lav selvfølelse, følsomhed for afvisning, afhængighed af relationer, udsættelse for seksuelt misbrug

Sociale: fattigdom, lav social status, økonomisk afhængighed

Komorbiditet med angst, ængstelig, dependent personlighedsforstyrrelse, *borderline*-personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse

Risiko for selvmordsforsøg større end risiko for selvmord

Psykologiske kønsforskelle

Psykologiske kønsforskelle er udtalte og har betydning for mænds og kvinders håndtering af tab. Kvinder er mere sensitive for afvisning og tab af social støtte. Deres større tilbøjelighed til at involvere sig i andre gør dem dels mere afhængige af relationer, dels risikerer de flere tab. Erfaring med seksuelle overgreb i opvæksten og sidenhen rammer piger/kvinder mere end drenge/mænd og findes med større hyppighed i forhistorien hos depressive end hos kontrolgrupper [5]. Lav selvfølelse er et markant træk, ligesom tilbøjelighed til at vende aggression indad og gøre sig selvbebrejdelser. Mere udadrettede reaktioner som alkoholmisbrug og aggression er hyppigere hos mænd.

Sociale forskelle

Sociale forskelle har betydning for depression. På verdensplan er fattigdom en risikofaktor, fordi udsættelse for kronisk stress, ydmygelse og nedvurdering medfører manglende indflydelse og evne til at kontrollere tilværelsen. I følge WHO er 70% af verdens fattige kvinder. I en sociologisk undersøgelse af kvinder [6] om sociale faktorer betydning fandt man, at lav social status, social isolation og mangel på en nær fortrolig var risikofaktorer i kombination med tab og skuffelser. Desuden var tab af betydningsfulde personer i barndom og voksenalder væsentlige, idet erfaring med tidligere tab var selvstændige sårbarhedsfaktorer. Indholdet af livsbegivenheder som udløsende for depression er forskellige for mænd og kvinder med det generelle træk, at mænd er mere følsomme for negative begivenheder, som angår deres professionelle liv, mens kvinders sårbarhed mere angår familie og andre nære relationer.

Symptomerne

Symptomerne og sværhedsgraden hos mænd og kvinder er de samme, når man anvender anerkendte diagnostiske instru-