

Genusperspektiv inom socialmedicinsk forskning - rapport från en paneldebatt

Kristina Alexanderson
Bo Werner

Anne Hammarström
Per-Olof Östergren

Fredrik Spak

Temat för Svensk Socialmedicinsk Förenings höstmöte 1996 i Linköping var "Genusperspektiv inom socialmedicinsk forskning". Ett stort antal fria föredrag hade anmälts på detta tema och många givande diskussioner hölls. Här presenteras en sammanfattning av den inledande paneldebatten. Kristina Alexanderson, Linköping, var moderator och arrangör av det hela; övriga deltagare i panelen var P-O Östergren, Malmö, Bo Werner, Örebro, Fredrik Spak, Göteborg och Anne Hammarström från Umeå, samtliga socialmedicinare.

de rent biologiska könsskillnaderna. *Genus* inkluderar även socialt och kulturellt skapade aspekter av manlighet och kvinnlighet, av kvinnlig och manlig biologi, beteende och sociala roller. Motsvarande ord på engelska är "sex" resp "gender". Även på svenska används ibland ordet *gender* istället för *genus*, bl a för att ordet *gender* har en mer dynamisk aspekt som lättare kan användas vid beskrivning av processer, t ex "genderiseringsprocessen". (De processer genom vilka socialt och kulturellt kön skapas samt hur förhållanden mellan män och kvinnor, t ex i termer av vertikal och horisontell segregation, vidmakthålls).

Utvecklingen av ett genusperspektiv i olika vetenskapliga discipliner har vanligtvis följt tre steg:

I. I första steget inkluderas kvinnor i de studier som görs alternativt presenteras data könsuppdelat, men samma vetenskapliga metoder och teorier som utvecklats i studier på män används.

II. I nästa fas fokuseras kvinnor och det som är speciellt för kvinnors situation, vilket oftast kräver både en metod- och teoriutveckling. Inom medicinsk vetenskap befinner man sig ofta på steg ett; denna utveckling har påbörjats relativt sent jämfört med inom andra vetenskapliga discipliner, men sker nu desto snabbare.

III. Inom vissa områden har även det tredje steget (där det egentliga genusperspektivet utvecklas) nu blivit tydligt. Detta innebär att inte bara det kvinnliga och kvinnorollen fokuseras och problematiseras utan även det manliga och mansrollen. Utgångspunkten är en syn på kvinnor och män som separata grupper i samhället, där män och det manliga har en överordnad, normgivande position och där kvinnor och det kvinnliga är underordnat och har mindre inflytande.

Samtidigt som det blivit allt tydligare att vi idag endast till viss del kan förklara de stora socialgruppskillnaderna i ohälsa har insikten om behovet av mer kunskaper om kvinnors (o)hälsa ökat. Allt fler börjar

Inledning

Kristina Alexanderson

Inom socialmedicinsk forskning har fokus ofta varit hälsa och riskfaktorer för ohälsa bland utsatta och utslagna grupper. En genuina kunskapsmassa har genererats om de stora socialgruppskillnaderna i ohälsa liksom teorier om vad dessa kan bero på. Som inom många andra områden har de flesta studierna genomförts inte bara av utan även på män och till stor del manliga populationer. Både nationellt och internationellt har en omfattande kritik riktats mot att medicinsk forsknings till så stor del varit köns-biased och att resultat från studier på män ibland generaliserats till att även gälla för kvinnor utan att det funnits vetenskapliga belägg för detta.

Begreppen kön, genus respektive gender används ofta i dessa sammanhang. *Kön* definieras vanligtvis som det biologiska könet och används mer för att beskriva

Skärningspunkten mellan kön och social position synes ha en central betydelse för förståelsen av hälsans villkor

även anse att det mer traditionella klassperspektivet inom socialmedicinsk forskning skulle kunna befruktas av att ett genusperspektiv utvecklas. Skärningspunkten mellan kön och social position synes ha en central betydelse för förståelsen av hälsans villkor. Eftersom vår kunskap om genus för närvarande dock är så rudimentär är det där vi nu måste fokusera våra forskningsinsatser.

I litteraturen återfinns f n i princip tre olika modeller för att förklara de stora könsskillnaderna i hälsa och ohälsa, nämligen 1) den biologiska/genetiska, 2) den sociokulturella och 3) den metodologiska förklaringsmodellen. De kan sammanfattas enligt följande:

1. Det finns vissa tydliga *biologiska och genetiska skillnader* mellan män och kvinnor som till viss del kan förklara könsskillnader i sjuklighet. De tydligaste har samband med kvinnors och mäns olika reproduktiva system där kvinnors är mer komplicerat än mäns vilket medför en högre risk för vissa könsspecifika sjukdomar. Studier där sådan könsspecifik sjuklighet exkluderats visar dock att könsskillnader i sjuklighet till stor del kvarstår. Andra könsskillnader är t ex relaterade till immunförvarssystemet.

2. *Sociokulturella modeller* utgår från en syn på genus, hälsa och sjukdom som socialt konstruerade faktorer i ett specifikt kulturellt kontext. Denna modell inkluderar flera olika riktningar:

- Den *epidemiologiska modellen*: Exponering (art, duration, intensitet) av riskfaktorer skiljer sig på flera sätt åt under livet för kvinnor och män, t ex genom:
 - skillnader i beteende, framförallt när det gäller riskbeteende.

- genuskillnader i livssituation och livsvillkor avseende bl a arbetsförhållande, socialt nätverk och familjesituation.

- skillnader i upplevelse från den tidiga barndomen.

- *Sjukroll eller sjukdoms-beteendemodellen*: Män och kvinnor har socialiserats till att uppfatta upplevda symtom som tecken på möjlig sjukdom i olika hög grad, samt till att hantera dessa symtom på olika sätt. Detta kan gälla att söka vård, benägenhet att acceptera en sjukroll eller att i en undersökning vidgå/rapportera förekomst av symtom.

- *Stämpningsmodellen*: Det medicinska systemet och omvärlden stämpelar symtom som sjukdom i olika hög grad beroende på om de presenteras av kvinnor eller av män.

3. Enligt *metodfelmodellen* är flera av de uppmätta könsskillnaderna överskattade och uppfattas snarare som artefakter som beror på mätmetoderna. De instrument med vars hjälp sjukdom mäts (enkäter, intervjuer, vårdregister etc) är så konstruerade att de i större utsträckning fångar tecken på ohälsa hos kvinnor än hos män.

Vid socialmedicinska avdelningen i Linköping har vi utvecklat ett center för genusforskning där flera olika projekt och studier nu pågår. I flera av dessa ingår både kvinnor och män medan vi i andra fokuserar på kvinnor, för att få mer specifik kunskap om kvinnors speciella livsvillkor och om möjliga metoder för att få fram denna kunskap. Vi har mycket goda erfarenheter av att i socialmedicinsk forskning applicera ett genusperspektiv, t ex i formulering av frågeställningar, studieupplägg, teoriutveckling, bearbetning av epidemiologiska data och i enkätkonstruktion.

REFERENSER

- Forsberg P, Bjuremark A eds: Kvinnors Hälsa. En studie av utbildningsmaterial och undervisningsmetoder avseende grundutbildning för läkare vid Hälsouniversitetet i Linköping. Linköpings universitet, LEO, 1996.
- Alexanderson K, Hensing G: Könsskillnader i sjuklighet och dödlighet. In: Shei B, Botten G, Sundby J, eds: Kvinnomedicin. Stockholm: Bonnier Utbildning AB, 1994:34-42.
- Alexanderson K: Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. Linköping: Dept. Community Health, Linköping University, 1995.
- Alexanderson K, Hensing G, Knutsson F: Kvinnors hälsa och livsvillkor. Arbetsrapport II. Linköping: Samhällsmed inst, 1996.
- Alexanderson K, Håkanson N, Hensing G, Strand E: Genus-skillnader i konsekvenser av sjukskrivning - en långtidsuppföljning. Arbetsrapport. Linköping: Inst för Samhällsmedicin. Avd för Socialmedicin, 1996.
- Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P: Psychiatric sick-leave: women are more often sick-listed while men have longer spells: British Journal of Psychiatry 1996, in press.
- Hensing G, Spak F, Alexanderson K, Allebeck P: The role of psychiatric morbidity for sick-leave among women. Submitted 1996.
- Hensing G, Alexanderson K: Jämn könsfördelning bra för hälsan? In: Bladh C, Cedersund E, JEH eds: Arbete och försörjning ur ett könsperspektiv. Linköping: University of Linköping 1995. In manuscript.
- Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P: Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1995;30(1):39-43.

Kön och hälsa; kvalitativ eller kvantitativ metod?

Per-Olof Östergren

Min tes som jag tänker driva i detta inlägg, är att rubrikens fråga är felaktigt ställd. Precis som då det gäller andra komplexa samband bör den optimala strategin för att belysa sambandet mellan kön och hälsa vara ett fruktbart samspel mellan kvalitativ och kvantitativ metod. Syftet med detta inlägg är att visa på den, enligt min uppfattning, stora potential som ligger i strategiska och systematiska jämförelser mellan män och kvinnors hälsa i stora epidemiologiska material, där t ex interaktion av olika exponeringar kan studeras könsspecifikt.

Vid några tillfällen har jag stött på invändningen att det inte räcker med att "beskriva skillnaderna" (i hälsa) mellan män och kvinnor i epidemiologiska studier, utan att dessa skillnader måste förstås utifrån en kvalitativ referensram innefattande en förståelse för genusfenomenet, dvs det sociala könet. Till detta påstående kan man givetvis förhålla sig på olika sätt.

Ett sätt är att hålla med helt reservationslöst, vilket jag också gör. Emellertid, även om ett påstående är helt sant, så är det kanske inte hela sanningen. Det jag ibland uppfattar som problematiskt med det diskuterade påståndet är att jag inte helt kan befria mig från misstanken att det bottnar i en underskattning av potentialen hos den kvantitativa metodtraditionen, då det gäller att inte bara *beskriva* utan faktiskt på ett ingående sätt *analysera* olika komplexa orsakssamband, exempelvis sambandet mellan socialt kön och hälsa.

En viktig poäng är att studiet av skillnader i olika avseenden mellan män och kvinnors hälsa eller deras determinanter för hälsa, inte utgör en *begränsning* utan tvärtom är själva *essensen* i den kvantitativa analysen. Dvs avgörande huruvida den så kallade noll-hypotesen (att det inte finns någon skillnad) kan förkastas eller inte, om man föredrar denna terminologi.

Det finns föstås ett antal förutsättningar för att en sådan analys verkligen ska bli intressant och tillföra något till diskussionen om orsakerna till skillnader i hälsa mellan män och kvinnor.

En första förutsättning är att de forskare som arbetar kvantitativt, med epidemiologisk metod, är uppdaterade beträffande de teoretiska modeller som är aktuella i dis-

kussionen. Detta kan givetvis ske genom att man själv följer litteraturen, eller genom samarbete i en forskargrupp där denna kompetens finns representerad.

Detta är nödvändigt för att kunna urskilja vilka de mest strategiska frågeställningarna är och vilka av dessa som är tillgängliga för operationalisering samt vilka krav på validitet och reliabilitet som bör ställas på de instrument man väljer för såväl beroende som oberoende variabler. Vidare, för att kunna bedöma vilken studieuppläggning som lämpar sig bäst, storleken av studiebasen, och inte minst de centrala frågorna om hur confounding och interaktion ska hanteras i analyssteget. Allt detta måste bottna i en ingående förståelse av den teoretiska modellen för det orsakssamband som ska analyseras.

Jag ska försöka ge några exempel. Det är välbekant att kvinnors medellivslängd är längre än männens (1), men det är enligt mitt förmenande förvånansvärt lite diskuterat kring det faktum att det finns betydande skillnader mellan män och kvinnor i medellivslängdsmönstret över de olika socialklasserna. Detsamma gäller geografiska skillnader i medellivslängd för män och kvinnor (2).

Det borde vara både en fullt genomförbar och en kunskapsstrategiskt intressant forskningsuppgift att utifrån förståelsen av mäns och kvinnors sociala kön formulera forskningsbara hypoteser utifrån dessa observationer. Dvs lyfta fram frågeställningar som kan testas genom att använda befintliga variabler i de databaser som idag används för epidemiologisk forskning, såväl olika offentliga register som specifika forskningsdatabaser. Resonemanget är givetvis inte tillämbart bara på dödlighet, utan även på sjuklighet och på riskfaktorer för sjuklighet och dödlighet.

Ett av de förvånansvärt fåtaliga försök som gjorts i

Det borde vara en fullt genomförbar och kunskapsstrategiskt intressant forskningsuppgift att utifrån förståelsen av mäns och kvinnors sociala kön formulera forskningsbara hypoteser

denna riktning är Marianne Frankenhaeusers jämförelser av manliga och kvinnliga chefer i ett företag (3). Dessa studier visade att könsskillnader i stress, mätt som utsöndring av stresshormoner, kunde tolkas på ett fruktbart sätt utifrån kunskap om skillnader i socialt kön i form av könsspecifika mönster av dubbelarbete och ansvarsfördelning i familjen.

Dessa studier understryker ytterligare det faktum att styrkan i den kvantitativa metodtraditionen ligger i utnyttjandet av den kontrasterande jämförelsen. För att optimera sådana studier krävs därför också initierad kunskap om olika mätinstruments validitet och reliabilitet. I diskussionen om nyttan av kvantitativ forskning av skillnader i hälsa mellan män och kvinnor, har det ibland framskyttat en argumentering som går ut på att observationer där kvinnor avviker från den manliga "normen" ensidigt tolkas som validitetsproblem. Risken kan då vara stor att man kastar ut barnet med badvattnet och värdefull information negligeras.

Ett exempel kan vara diskussionen om skillnader mellan män och kvinnor avseende den salutogena effekten av ett bra socialt nätverk (4). Detta kan å ena sidan bero på att män och kvinnor tolkar begrepp som socialt nätverk och socialt stöd på olika sätt, vilket leder till att vi råkar vi in i en stor osäkerhet om hur de empiriska resultaten ska tydas. Å andra sidan har det hävdats utifrån vissa forskningsresultat att den positiva effekten av socialt nätverk/stöd är större för män än för kvinnor, därför att männen är de som erhåller socialt stöd medan det är kvinnorna som ger detsamma i ett socialt nätverk. Om det är på detta sätt, så har ju en i mitt tycke viktig hypotes framgångsrikt kunnat testas med epidemiologisk metod, vilket borde vara ett viktigt bidrag till förståelsen av mekanismerna i sambandet mellan socialt kön och hälsa.

Tolkningssvårigheter kan också uppkomma om män och kvinnor svarar på frågor om socialt nätverk och socialt stöd med helt olika reliabilitet, dvs olika överensstämmelse mellan svaren från ett tillfälle till ett annat. Därför krävs kompletterande studier som ger kunskaper om hur det verkligen förhåller sig med validitet och reliabilitet bland män respektive kvinnor, hos de mätinstrument som används (5).

Det krävs kompletterande studier som ger kunskaper om hur det verkligen förhåller sig med validitet och reliabilitet bland män resp kvinnor hos de mätinstrument som används

I centrum för den moderna epidemiologiska metodutvecklingen står intresset för analys av möjliga orsaksmodeller där särskilt frågor om confounding och interaktion måste hanteras på ett tillfredsställande sätt (6). För att kunna göra detta optimalt, krävs också en ingående förståelse av den orsaksmodell som en studie baserar sina hypoteser på. Dvs kunskaper om vilka faktorer som ligger i en viss tänkt orsakskedja, i vilken ordning de kan antas ligga, vilka faktorer som kan tänkas samverka samt en uppfattning om faktorerna är tillräckliga, nödvändiga eller bidragande för att åstadkomma den studerade effekten. Detta måste integreras med det epidemiologiska hantverket och är helt avgörande för val av studiedesign och analysstrategi samt inte minst för tolkningen av resultaten av analyserna.

Ta till exempel diskussionen om det alltmer populära fenomenet KASAM- "känsla av sammanhang" ("sense of coherence") som lanserats av Antonovsky (7). Denne menade, åtminstone initialt, att detta är en grundläggande personlighetsfaktor som bildas tidigt hos individen och hjälper honom/henne att motstå allvarlig stress senare i livet. Andra har dock hävdad att KASAM till stor del är beroende av bestämningsfaktorer i individens samtida omgivning och ändras kontinuerligt under livsloppet.

Valet av studiedesign, analysstrategier och tolkningen av analysresultaten blir helt olika beroende på hur man ser sambandet mellan KASAM, yttre stressfaktorer och hälsoutveckling. Om KASAM grundläggs tidigt och sedan är oförändrad, är kanske en långsiktig kohortstudie som inriktas på att analysera interaktionen mellan stressfaktorer och KASAM mest relevant. Om det finns en samvariation mellan KASAM och stressfaktorer över tiden, så kanske man bör rikta intresset mer mot en analys av confounding. Alternativt kan man kanske betrakta de två faktorerna som delar av en och samma orsakskedja, vilket ger ytterligare tolkningsmöjligheter av i princip samma slags dataanalys.

Personligen ser jag oerhört intressanta möjligheter att analysera väsentliga aspekter av de mekanismer som ger skillnader i hälsa mellan män och kvinnor, genom att använda data från stora pågående epidemiologiska studier av exempelvis hjärt-kärlsjukdom och muskuloskeltala smärttillstånd. I dessa är såväl kvinnor som män inkluderade i stora befolkningsrepresentativa kohorter av individer i yrkesaktiva åldrar.

I många sådana databaser finns nämligen uppgifter om demografiska och socioekonomiska bakgrundsfaktorer, vidare om arbetsförhållanden, psykosociala för-

hållanden såväl i arbetet som utanför, uppgifter om hemarbete, livsstilsfaktorer, medicinkonsumtion, vårdutnyttjande och sjukskrivning, förutom detaljerade uppgifter om hälsotillståndet. Val och prioriteringar av frågeställningar, samt analys och tolkning av dessa analysresultat måste dock vägledas av en god förståelse av socialt kön, av skäl som diskuterats ovan.

Det kan i detta sammanhang vara värt att påpeka att epidemiologiska studier av sambandet mellan kön och vissa sjukdomar kan vara en viktig utgångspunkt för en fördjupad förståelse av dessa sjukdomars uppkomst och förlopp hos alla individer.

Ett närliggande exempel kan vara att konstatera hur detaljerade analyser av socialklassrelaterade skillnader i hjärt-kärlsjukdom mycket framgångsrikt kunnat exploiteras, inte bara för att förstå varför sjukligheten och dödligheten i dessa sjukdomar skiljer sig mellan olika socialklasser, utan också i hög grad för att bättre förstå de grundläggande orsaksmekanismerna för dessa sjukdomar överhuvudtaget, genom att använda kunskaper om innebörden av socialklassstillhörighet i strategiska epidemiologiska analyser (8).

Kanske är det så enkelt att jag bara velat påpeka att vi inte bara *står* på två ben, utan att dess rörelser måste koordineras ingående för att vi framgångsrikt och stadigt ska kunna *gå* dit vi vill.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport, SoS-rapport 1994:9, Stockholm 1994.
2. Ett friskt Skåne. Hur mår Skåne? Folkhälsorapport 1996. Samhällsmedicinska institutionen, Malmö, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Malmöhus läns landsting, Utvecklingsavdelningen, Landstinget i Kristianstads län, 1996.
3. *Frankenhauser M, Lundberg V, Fredrikson M et al:* Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behaviour* 1989; 10: 321-346.
4. *Hanson B S, Östergren P-O:* Social network and Health. Theories and empirical evidences from Malmö, Sweden. In: Mortensen E L, Egsgaard J (eds). *Social Network and Health*. Copenhagen Health Services/Danish Ministry of Health/ Copenhagen Hospital Corporation, Copenhagen 1995.
5. *Hanson B S, Östergren P-O, Elmståhl S, Isacson S-O, Ranstam J:* Reliability and validity assessments of measures of social network, social support and control - results from the Malmö Shoulder and Neck Study (Inskickad för publikation).
6. *Rothman J K:* Modern Epidemiology. Little, Brown and Company, Boston/Toronto, 1986.
7. *Antonovsky A:* "The Sense of Coherence as a Determinant of Health". In: J A Matarazzo et al (eds) *Behavioral Health: A handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley, 1984.
8. *Marmot M:* Coronary heart disease: rise and fall of a modern epidemic. Oxford Medical Publications, Oxford 1995.

Genusperspektiv vid en samhällsmedicinsk enhet

Bo Werner

Vår Samhällsmedicinska enhet, Örebro läns landsting, har som syfte att främja hälsa och livskvalitet hos invånarna i länet, genom att beskriva deras livsvillkor och levnadsvanor, hälsans fördelning och bestämningsfaktorer samt utveckla och förmedla metoder/processer, så att nämnda faktorer påverkas i önskvärd riktning. Allt arbete vid vår enhet, såväl analys som metodutveckling, ska beakta perspektiven gender, etnicitet och klass.

Vi har sedan några år tillbaka, för att inarbeta ett genderperspektiv, engagerat oss i en rad projekt inom temat KVINNORS HÄLSA. I ett samarbetsprojekt mellan vårt landsting och Folkhälsoinstitutet har ett 3-års-

projekt nu pågått i drygt 2 år. Fem delprojekt (Kvinnor och arbetslöshet, Invandrade kvinnors hälsa, Kvinnor i klimakteriet, Unga flickors hälsa, Kvinnor och stress samt Våld mot kvinnor) har drivits. Projekteten och andra frågor har diskuterats bla i en gruppering gemensam för enhetens kvinnliga handläggare och de kvinnliga landstingsråden. Projekten inom KVINNORS HÄLSA har blivit, som vi hoppades, en stor och tydlig del av enhetens arbete under några år. Efter utgången av 1997 kommer de flesta av projekten att avslutas och då hoppas vi att ett närvarande genderperspektiv finns i hela enhetens arbete tillsammans med perspektiven etnicitet och klass.

Alkoholforskning - kvinnor och alkohol

- Könsforskning inom alkoholfältet

Fredrik Spak

I Göteborg bedriver vi ett longitudinellt forskningsprojekt av kvinnors alkoholvanor och alkoholproblem som uppfyller steg II enligt Kristinas Alexandersons terminologi, d v s att vi driver forskningen enligt speciella teorier som utvecklats angående kvinnors alkoholmissbruk.

Delvis som en följd av den svaga ställning socialt och kliniskt medicinskt inriktad forskning om alkoholfältet haft i Göteborg, kom jag tidigt att delta i internationell samverkan omkring detta forskningsprojekt. Ett annat skäl var bristen på nationellt fungerande nätverk för integrativ medicinsk och social missbruksforskning. Följden blev att vår grupp i stora stycken replikerade den första longitudinella befolkningstudien inriktad på kvinnors alkoholvanor- och problem, utförd i USA. Vi drog nytta av den mest utvecklade kunskapsbildningen, även sett ur ett kvinnoperspektiv, som fanns att tillgå i slutet av 80-talet. 1993 deltog jag i grundandet av IRGGA (International Research Group on Gender and Alcohol) och nu ingår jag även i ett Biomed II-program av typ concerted action, kallat Women and alcohol.

De senaste 25 åren har inneburit en dramatisk utveckling av studierna om kvinnor och alkohol. I behandlings-sammanhang har ett kvinnoperspektiv länge beaktats. Enligt min åsikt har detta skett i högre utsträckning än vad som varit fallet med att utveckla ett mansperspektiv i behandlingen av män. Speciella behandlingssenheter för kvinnor har startats på många ställen. Forskningsresultaten är mångfaldiga, särskilt när det gäller kliniska studier. Som ett exempel kan nämnas att Schmidt et al 1990 publicerade en litteratur review i vilken man hade identifierat 464 indikatorer på kvinnors alkoholmissbruk. Bristen på forskning som tar specifik hänsyn till könsrelaterade faktorer vad gäller män, kan vara en av de faktorer som kan förklara att man idag kan uppvisa högre förklaringsvärden av kvinnlig än manlig ABM.

När IRGGA startades var syftet att samla och utveckla forskningen om kvinnors alkoholvanor och problem. Mycket snart ändrades inriktningen till att utveckla studier med genusperspektiv. Detta har skett bl a för att betydelsen av socialt nätverk är så stor vid uppkom-

sten, och upphörandet, av alkoholmissbruk. Praktiskt har detta bl a lett till att den nu pågående 15-årsuppföljningen av den största amerikanska longitudinella studien av kvinnors alkoholproblem betonar interaktionen mellan män och kvinnor, och att man efter två femårsuppföljningar med enbart kvinnliga probander, nu åter inkluderat män i studierna.

Jag talar här mest om resultat från populationsstudier, vilket ju också är den typ av forskning vi bedriver i Göteborg. Faktorer som man betonat mer för kvinnor än män är: betydelsen av partnern, och familjen, för uppkomst och upplösning av högkonsumtion och missbruk, skilda ärftlighetsmönster, betydelsen av obstetriska/gynekologiska problem, sexualitet, sexuella övergrepp, psykiatriska störningar, att arbeta i en av det andra könet dominerad miljö. Längre ansågs dubbelarbete vara predisponerande för missbrukets uppkomst, men man har sedermera reviderat denna uppfattning, och i stället betonat att bristen på olika roller ökar risken för missbruk. Det gäller t.ex. brist på partner, ofrivillig barnlöshet och arbetslöshet.

Ett stort problem när det gäller kvinnoforskningen har varit att utvärdera biologiska faktorerers betydelse, t ex hormonsvängningar. En genomgång av Sylvia Lammers har visat att det finns så få studier med metodologiskt hållbar kvalitet, att slutsatser f n knappast kan dras.

När det gäller könsrelaterade faktorer som påverkar BAL (Blood Alcohol Level), har en revision nyligen gjorts. Det som idag är säkerställt är endast att kvinnor väger mindre och har annan fettfördelning (även om det saknas studier på individnivå).

Trots dessa forskningsframgångar, ser man fortfarande att grovt sett hälften av alla populationsstudier saknar könsuppdelning. De nämnda internationella grupperna arbetar f n med metodiska genomgångar av könsrelaterade faktorer, i avsikt att utarbeta rekommendationer för att öka jämförbarheten av olika forskningsmaterial. Standardiseringsarbetet är så komplext att man

Bristen på olika roller ökar risken för missbruk

beslutat avstå från en ursprunglig målsättning - nämligen att utarbeta korrektionsfaktorer som skulle kompensera för kvinnors större känslighet för missbruk. En rekommendation som dock kommer att ges är att man skall ange High Episodic Drinking (vanligen definierad som intag av ca 60 etanol/dryckestillfälle eller dag) med skilda nivåer för män och kvinnor. Som läsaren förstår, rör det sig om forskningsteorier på en mycket basal nivå - nämligen ett försök att underlätta komparabiliteten mellan olika studier. Teorier och uppkomstmekanismer m m har delvis skjutits i bakgrunden.

Tidigare brist på studier av kvinnor - vad berodde den på?

Det har ofta angivits att män utgjorde en referenspopulation och att man negligerade kvinnors problem med missbruk p g a sexism, brist på intresse för kvinnors problem och liknande. Dock finns det andra förklaringar som jag håller för minst lika sannolika - nämligen svårigheter att studera små material, samt att vissa felaktiga, eller åtminstone dåligt underbyggda, hypoteser, fått alltför stor spridning. En sådan är att kvinnor oftare är dolda missbrukare eller mer sällan söker behandling.

Utvecklingen av kvinnoforskningen på detta område har stimulerats av feminister, framför allt i USA. Det har varit både positivt och negativt.

Positivt: 1. att forskningen kommit till stånd och utvecklats på ett eftersatt område.

2. att teoribildningen utvecklats.

Negativt: 1. Den kraftiga fokuseringen på könsfaktorn har sannolikt bidragit till underskattning av andra sociala faktorerens betydelse.

2. Man har alltför mycket fastnat för vissa amerikanska perspektiv som avspeglar det amerikanska socialsystemet, såsom brist på barnpassning, men ej är tillämpliga för andra samhällen, t ex det svenska.

3. En del dåligt vetenskapligt underbyggda påståenden har fått alltför stor spridning, t ex att kvinnors "osynlighet" skulle förklara uppkomst av alkoholmissbruk. (Eftersom flickor är mer osynliga än pojkar, och kvinnor dricker mindre alkohol än män, och har färre alkoholproblem, är det mer sannolikt att osynligheten är en skyddsfaktor, än en riskfaktor).

4. Forskningen om manlig alkoholism är eftersatt avseende epidemiologi och mannen som genus.

5. Missat att studera betydelsen av samspelet mellan könen.

Forskningstrender

En aktuell trend är fokusering på kvalitativa studier, samt att utföra mer antropologiskt inriktad forskning. En annan trend är att studera om emancipation, i politiskt och socialt hänseende, av kvinnor har påverkat förekomst av alkoholproblem och konsumtionsmönster.

Det råder en allmän brist på teori vad gäller könsaspekter inom den medicinska forskningen, vilket också hämmar vårt område. I vårt forskningsprojekt kontaktade vi på ett tidigt stadium Institutionen för kvinnovetenskap i Göteborg, med syfte att granska våra formulär ur en feministisk, eller enbart genusbeaktande synvinkel. De hade inga praktiska förslag att komma med, mer än att vi skulle samverka med andra institutioner.

Samverkan

På vissa områden har det gjorts andra ansatser, det gäller t ex utarbetning av skilda screeninginstrument för män och kvinnor. Här kan Sverige ta en ledande roll genom att både vår grupp i Göteborg och Malmögruppen arbetar med denna fråga. Vad vi vet utförs liknande arbete endast vid en ytterligare institution i världen. Dock kommer pragmatism att lägga vissa hinder i vägen: om man börjar utarbeta separata instrument för olika grupper, t ex könsgupper, blir det än svårare än idag att få personal vid vårdcentraler och liknande, att använda instrumenten i praktiken.

Förslag

Ta stöd av forskning på andra områden än det egna, och låta dessa forskare granska de egna projektet ur t ex genus- eller klassperspektiv. Frågeställningarna kan t ex vara: används god undersökningsteknik med avseende på båda könen, är hypoteserna rimliga set i ljuset av andra data, finns annan teoribildning att tillgå?

- Fokusera på genderforskning, inte på kvinnoforskning.

- Stimulera till interaktion mellan klinisk och epidemiologisk forskning.

- Försök borde göras att studera varför kvinnor dricker så lite (i många kulturer, även idag).

Vad innebär det för mig att forska utifrån ett könsteoretiskt perspektiv?

Anne Hammarström

Så började det

Den här artikeln är en kortfattad resume av min utveckling till könsteoretisk forskare. Mina överväganden och reflektioner vad gäller begreppsbildning beskrivs i ett kommande temanummer ("Feministiska perspektiv på kvinnors hälsa") i Socialmedicinsk tidskrift. Här nöjer jag mig med att konstatera att jag använder begreppet könsteori synonymt med genusteori.

Redan i början av min forskarbana för sådär sjutton år sedan var jag mån om att inkludera kvinnor i studierna. På den tiden uppmuntrades jag att endast välja ut pojkar/män till populationen, med motiveringen att de kunde studeras lättare än flickor/kvinnor med hjälp av uppgifter från värnpliktsregistret. Detta argument framfördes ofta, trots att min forskning huvudsakligen utgick ifrån enkät- och intervjudata.

En central utgångspunkt för mig har varit att forskning ska kunna användas för att förbättra människors livsvillkor. En huvudfrågeställning har varit hur inflytande/kontroll över tillvaron påverkar kvinnors och mäns hälsa samt vilka hindren är för inflytande över tillvaron och därigenom för en god hälsa. I könsteoretisk forskning är det viktigt att inte betrakta kvinnor och män som två homogena grupper. Det finns stora variationer inom kategorierna kvinna/man, beroende av framförallt social och etnisk bakgrund (1,2). Skillnader i social och etnisk bakgrund adderas till könsskillnader och utgör förutom könstillhörighet viktiga determinanter för hälsotillståndet.

Folkhälsovetenskaplig forskning ska kunna användas för att ge förfördelade grupper ökade möjligheter att påverka sin hälsa. Detta har också länge varit ett centralt tema inom kvinnoforskningen, som ofta utmärks av att forskning ska kunna användas för att ge kvinnor ökat inflytande i samhället (3). Min avhandling från 1986 visar hur såväl arbetslöshet som brist på

inflytande leder till ohälsa bland ungdomar, särskilt unga kvinnor (4). Genom att planera, genomföra samt avrapportera forskningen i nära samarbete med avnämarna (grupper av arbetslösa, arbetsförmedling, skola m fl) kunde resultaten komma till direkt användning för att förbättra villkoren för arbetslösa unga kvinnor och män.

Nästa steg i min utvecklingen till forskare var att börja distansläsa kurser i "Makt och kön" vid Kvinnovetenskapligt forum, Umeå universitet, och att därigenom skolas in i den teoretiska debatten inom könsteoretisk forskning. Dessa studier förändrade min syn på det mesta i livet, det var som att se världen med nya glasögon. Kurserna gav mig en historisk, kulturell och social förklaring till konstruktionen av kön samt ett tvärvetenskapligt och globalt perspektiv på diskriminering av kvinnor och väckte därmed min vilja till förändring.

Tre hörnstenar

Som universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Umeå universitet har jag under flera år arbetat aktivt för att vidareutveckla ett könsteoretiskt perspektiv inom folkhälsovetenskaplig forskning. Följande hörnstenar är centrala i min verksamhet.

Tvärvetenskap

Folkhälsovetenskap ska belysa hur människors hälsa påverkas av olika förhållanden i samhället. Detta förutsätter ett samarbete mellan flera olika kunskapsområden. Varje disciplin har därvid sitt eget perspektiv, vilket utgör grunden för att samarbetet ska medföra variation, bredd och djup. Mitt forskningsprogram är ett samarbete mellan forskare som har sin huvudsakliga bas inom socialmedicin, epidemiologi, sociologi samt psykologi.

Metodutveckling

Metodutveckling är särskilt viktig inom forskningsområden som till stora delar är nya och där teoriutveck-

I könsteoretisk forskning är det viktigt att inte betrakta kvinnor och män som två homogena grupper

lingen är eftersatt. En kvalitativ ansats behövs för att identifiera eller upptäcka ännu icke kända eller otillfredsställande kända företeelser, egenskaper eller innebörder (5). Ansatsen möjliggör också att vi kan fånga upp vilka strategier som kvinnor och män använder för att förbättra sin hälsa.

I forskningen behövs en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder. De kvantitativa metoderna behövs för att kunna dra slutsatser som är giltiga för en större population än den nu undersökta. Metoden möjliggör också att effekternas storlek kan uppskattas samt att olika variabelers inbördes samband och interaktion kan studeras. Därigenom kan kausalitetens rimlighet lättare bedömas.

Internationalisering

Eftersom könsteoretisk folkhälsovetenskaplig forskning är ett relativt utvecklat ämne nationellt, behöver det utvecklas i nära samarbete med internationell forskning. Via främst internationella konferenser har kontakt knutits med internationella feministiska forskare vilka inbjudits (bland annat Ann Oakley, Øystein Holter Gullvåg och Karen Messing) som gästföreläsare. Dessutom undervisar professorn i sociologi, Lesley Doyal från University of Bristol, på den internationella kurs inom magisterprogrammet i folkhälsovetenskap som jag har startat. Kursen "Public Health from a gender perspective" (10 poäng) ges i tvärvetenskapligt samarbete (6) och är unik i sitt slag såväl nationellt som internationellt. Den får sökande från hela världen: senaste gången deltog 9 svenskar samt 15 personer från alla världsdelar utom Sydamerika. Sju av deltagarna var män.

Forskarteamet kring arbetslöshetens hälsokonsekvenser har ett omfattande internationellt samarbete. I ett projekt är jag EU-koordinator där alla de fem nordiska länderna samt Irland och Skottland deltar. Dessutom medverkar en forskargruppen vid University of Adelaide, Australien och tillsammans planeras samarbete i syfte att jämföra två liknande prospektiva studier.

Forskningsprogram

Mitt forskningsprogram är uppbyggt som en paraplyorganisation med namnet "Hälsans villkor och möjligheter i familjeliv och arbetsliv ur ett könsteoretiskt perspektiv". Programmet stöds finansiellt från Folkhälsoinstitutet under en sexårsperiod och bygger på ett uttalat könsteoretiskt perspektiv, där samband mellan kvinnors och mäns hälsa och livsvillkor står i fokus.

Unga kvinnor tar sig lättare ur arbetslöshet jämfört med unga män

Socialepidemiologiska och kvalitativa metoder används för att studera sambanden mellan folkhälsa och arbetslöshet, arbetsmiljö och familjeliv. Ett antal doktorander och forskare från olika fakultet och discipliner är i olika delprojekt knutna till paraplyprojektet.

I könsteoretisk forskning har nya frågeställningar, teorier, metoder och centrala begrepp utvecklats (1). För min forskning har det inneburit en fokusering på hur könsrelaterad hälsa och livsvillkor påverkas av relationer mellan kvinnor och män. Övergripande frågeställningar lyder: Vad hindrar oss ifrån att ta kontroll över våra liv och ifrån att ha god hälsa? Vilka strategier använder vi för att övervinna svårigheter? Vilka mekanismer medierar samband mellan ohälsa och maktimbals i relationer mellan kvinnor och män? Jag ska förtydliga syftet genom några exempel ur min forskning.

Arbetslöshetens konsekvenser för hälsa och välfärd

Unga kvinnor tar sig lättare ur arbetslöshet jämfört med unga män (7). Kvinnorna tar i större utsträckning än män vilket jobb som helst, de flyttar i större utsträckning ifrån hemorten och fler börjar studera för att bryta sina arbetslöshet. En orsak till att de unga kvinnorna gör allt de kan för att ta sig ur arbetslösheten är att de närmaste inte ska må dåligt av deras arbetslöshet. Att kvinnor oftare tar större hänsyn till omgivningen än män kan förstås utifrån den könsspecifika socialiseringen. Medan män framför allt får sin identitet genom olika prestationer utgörs grundstommen i kvinnors identitetsutveckling av en djup och intensiv relation till de närmaste (8, 9). Att kvinnor fostras in i ansvarstagande och relationsinriktning innebär också att kvinnor får ansvar för det obetalada arbetet i familjen, på arbetsplatsen och i samhället. Kvinnors relationsinriktning passar således väl in i en hierarki, där männen sitter överst och kvinnor gör uppgifter som betraktas som lågstatusarbete (10). En slutsats av detta kan bli att kvinnors (och mäns) hälsa påverkas positivt av kvinnors relationsinriktning, men en fråga för framtida forskning är vilka hälsokonsekvenserna blir av kvinnors dubbelarbete. En annan frågeställning i arbetslöshetsforskning är hur arbetslöshet påverkar familjens hälsotillstånd, exempelvis ökar misshandel av hustru och barn?

Avsiktligt och oavsiktligt våld

Skaderegistreringar bedrivs landet runt i syfte att påvisa behovet av förebyggande insatser. Trots att jag inkluderade både avsiktligt och oavsiktligt våld i skaderegistreringar i Norrbotten förblev våldet mot kvinnor osynligt; inte ett enda fall rapporterades! Det är uppenbart att det behövs en metodutveckling från frågeformulär vid akutmottagningar till kvalitativa metoder för att nå fram till utsatta kvinnor och barn. Intervjuaren måste ha kunskap i ämnet, förstå hur normaliseringsprocessen påverkar kvinnor samt ha förmåga att skapa en förtroendefull relation. I en pilotstudie utvecklades intervjuteknik för att fråga alla kvinnor, som sökte vid en akutmottagning pga skada, om de varit utsatta för misshandel eller våldtäkt.

Flickors och pojkars skolmiljö

Våld framstod däremot som en viktig orsak till skolskador bland elever (12). Flickor visar sig vara särskilt utsatta för att skadas av vissa pojkars våldsamma framfart, vilket medför uppteendeväckande hög skadeincidens under skoltid för flickor. Dessutom skadar sig flickorna svårare än pojkarna vid våldsskador, ett fenomen som hänger samman med att våldet överraskade flickorna medan pojkarna som råkade ut för liknande skador var mer involverade i skadeprocessen.

Könsteoretisk forskning inom pedagogik har påvisat flickors och pojkars olika villkor i skolan (13). Elever omfattas sedan flera år av arbetsmiljölagen, men trots det saknas kunskap om hur flickors och pojkars hälsa påverkas av skolmiljön. Tillsammans med doktorand Katja Gillander Gådin genomför jag en studie i detta ämne, där vi dessutom frågar oss om ett jämställdhetsprojekt (där lärarna arbetar aktivt med både flickor och pojkar) kan påverka hälsotillståndet bland elever (14).

Framtidsvisioner

Den folkhälsovetenskapliga könsteoretiska forskning som vi hittills bedrivit har visat sig vara både framgångsrik och livskraftig. Hittills har verksamheten utvecklats utan att det egentligen har funnits tjänster eller särskilt öronmärkta forskningsmedel. Det är viktigt att forskningsområdet integreras i universitetsvärlden och att universitetsledningen inser att denna forskning utgör ett viktigt vetenskapligt utvecklingsfält som bör stödjas. Ämnet har särskilt goda förutsättningar att förvaltas och vidareutvecklas vid universitet som gynnar

Ämnet har särskilt goda förutsättningar att förvaltas och vidareutvecklas vid universitet som gynnar tvärvetenskap och könsteoretisk forskning inom andra områden

tvärvetenskap och könsteoretisk forskning inom andra områden. Denna viljeinriktning tycker jag finns vid Umeå universitet och dess medicinska fakultet. Därför ser jag framtiden an(ne) med tillförsikt.

REFERENSER

1. *Hammarström A, Härenstam A, Östlin P: Kön och ohälsa - begrepp och förklaringsmodeller. I Östlin o.a.(red). Kön och ohälsa. En antologi om könsskillnader i hälsa. Lund: Studentlitteratur 1996.*
2. *Doyal L: What makes women sick. Macmillan:London. 1995.*
3. *Eduards M: En allvarsam lek med ord. I Viljan att veta och viljan att förstå. SOU 1995:110 Stockholm: Norstedts: 1995.*
4. *Hammarström A: Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. Resultat från en två-årsuppföljning (akad avh monografi). Karolinska Institutet. Institutionen för Psykosocial Miljömedicin och Socialmedicinska institutionen Kronan, Solna och Sundbyberg 1986*
5. *Svensson PG, Starrin B: Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur 1996.*
6. *Public health from a gender perspective. Report from the first course given in Spring 1995. Report nr 4 1996. Umeå: Department of Family Medicine, Umeå University 1996*
7. *Hammarström A: Arbetslöshet och ohälsa - om ungdomars livsvillkor. Lund: Studentlitteratur 1996.*
8. *Miller JB: Toward a new psychology of women. Boston: Beacon Press 1976.*
9. *Surrey J: The "self-in-relation": a theory of women's development. In Jordan J et al. Womens growth in connection. New York: Guilford press 1991, pp. 51-66.*
10. *Miller JB: Development of women's sense of health. In: Jordan J et al. Womens growth in connection. New York: Guilford Press 1991, pp. 11-26.*
11. *Flobecker P, Hammarström A: Att fråga om kvinnomisshandel - metodologiska reflektioner från en pilotstudie. Accepterad till Socialmedicinsk tidskrift.*
12. *Hammarström A, Janlert U: Epidemiology of school injuries in the northern part of Sweden. Scand J Soc Med 1994;22(2):120-126.*
13. *Gulbrandsen J: Är skolan till för Karin eller Erik? Lund: Studentlitteratur 1994.*
14. *Gillander-Gådin K, Hammarström A: Könsteoretiskt perspektiv på skolbarns arbetsmiljö och hälsa. Rapport från baslinjeundersökningen HT 1993. Inst för Allmänmedicin, Umeå Universitet 1994. ISBN 91-630-3057-8. 107 sidor+ bilagor.*