

BIRGIT PETERSSON

Kvinnoaspekten inom medicinsk forskning

Birgit Petersson kritiserar den medicinska forskningen för att ha behandlat de kvinnospecifika forskningsområdena på ett fördomsfullt och undermåligt sätt. Som exempel tar hon forskning om menstruationscykeln, klimakteriet m m. Hon understryker vikten av fler kvinnliga forskare för att kvinnoaspekten inom den medicinska forskningen skall tillgodoses.

I Skandinavien har det tagits flera initiativ, oberoende av varandra, på området medicinsk kvinnoforskning. I Oslo hade Sekretariatet for kvinneforskning under Norges almenvitenskapelige forskningsråd i december 1979 ett diskussionsmöte om medicinsk kvinnoforskning. I Danmark har en grupp läkare tagit initiativ till att bilda en grupp omkring medicinsk kvinnoforskning. (Se artikel i krönikan.) Mötet i Oslo var tvärvetenskapligt, i Köpenhamn valde man att till en början låta gruppen vara öppen uteslutande för kvinnliga läkare.

Men kan man överhuvudtaget tala om kvinnoforskning inom medicin, och finns det behov av det? Jag vill svara ja på bägge frågorna, på den första därför att det ju finns en del fenomen som kan underkastas läkarvetenskaplig forskning och som är specifika för kvinnor. Det rör sig bl a om graviditet, födselar, menstruation och menopaus, men också om en rad sjukliga tillstånd i t ex livmodern, äggstockarna, bröstet osv.

Det har redan forskats mycket i de nämnda kvinnospecifika områdena, varför då tala om behov av medicinsk kvinnoforskning? Jo, för där man hittills har lyckats att gå till källorna och få en samlad översikt över forskningen på ett av områdena, har det visat sig att den medicinska forskningen har varit fördomsfull och undermålig. Jag vill i denna artikel åskådliggöra detta genom några exempel och också ge exempel på hur forskningsresultaten utnyttjas av läkemedelsindustrin.

Men vad är speciellt för medicinsk kvinnoforskning? I den danska gruppen har vi definierat kvinnoforskning på följande sätt: 'forskning i kvinnans situation socialt, psykiskt och somatiskt utifrån en medicinsk synvinkel.' Vi valde denna breda definition eftersom vi var delade i två grupper: en med rot i kvinnorörelsen, som jag tillhör och som menar att kvinnoforskarens uppgift är att bedriva forskning som är medvetandegörande och frigörande; och en som menar att kvinnoforskningen endast skall kartlägga förhållanden omkring kvinnans totala situation. Vi valde denna breda definition därför att vi tyckte det var viktigt att kvinnliga läkare hade möjlighet att träffas, diskutera, kritisera och få idéer i varandras sällskap hellre än att vi skulle dela oss i två grupper för att kunna arbeta utifrån en mera snäv och därmed klarare definition.

Samma debatt förs inom de humanistiska ämnena. I konferensrapporten *Kvinneforskning i de humanistiske fag*, 1979, talar Ida Blom om två huvuddefinitioner: en *exklusiv* med rötter i vetenskapsexterna förhållanden och en *inklusive* med rötter i vetenskapsinterna förhållanden. Om den första definitionen säger hon att 'den er formulert ut fra den moderne kvinnebevegelses behov for bevisstgjøring og aksjonsforskning: kvinneforskning er forskning med de formål å avdekke strategier for undertrykking av kvinner, finne kvinners reaksjon på undertrykking og komme fram til strategier for frigjøring som kan styrke kvinner i da-

gens kamp.' Om den andra definitionen anför hon att 'man aksepterer foruden den pragmatiske forskning også forskning som studerer kvinder ut fra andre siktemål enn kvinnepolitisk brukbarhet i dagens situa-sjon.'¹

Jag känner att det är viktigt att få dessa skillnader framdragna eftersom vår forskningsinsats, liksom den existerande forskningen, kommer att präglas av våra kunskaper, vår sociala bakgrund och politiska hållning i vidaste bemärkelse. I det här sammanhanget menar jag också att det är viktigt att vara uppmärksam på att den forskning som är frigörande under våra samhällsförhållanden vid nuvarande tidpunkt inte nödvändigtvis behöver vara frigörande under andra samhällsförhållanden.

Kvinnan som slav under sin biologi

Många forskare har ägnat uppmärksamhet åt de olika rytmer som den mänskliga organismen är präglad av, t ex hjärtrytmen, sömnrhythmen och de kanske därav följande rytmerna i blodets innehåll av socker och binjurebarkhormoner. Men ingenting har det nog forskats så mycket i som kvinnans menstruationscykel, och jag vågar lugnt säga att det inte finns andra fält, dit så många symtom, sociala och mänskliga händelser varit relaterade som till kvinnans menstruationscykel. Överhuvudtaget har kvinnans menstruationscykel, som jag skall påvisa i det följande, i den medicinska forskningen använts till att poängtera att kvinnor som helhet är sjuka och därför instabila individer. I en artikel från 1969 nämner Moos enbart utifrån en litteraturgenomgång att han har funnit att inte mindre än 150 symtom har varit relaterade till kvinnans menstruationscykel. I dessa är inkluderade t ex så olika symtom som depression, ryggsmärtor, sexuella önskningar och upprymdhet. De övriga är, som mängden redan antyder, liksom dessa exempel mer eller mindre specifika symtom.²

Jag vill i det följande använda två exempel, nämligen det premenstruella syndro-

met och klimakteriet för att belysa denna forskning och dess verkningar.

Kvinnan i den premenstruella fasen

1931 beskrev R T Frank för första gången symtom i perioden före menstruationen, som han kallade det premenstruella syndromet. Han angav att kvinnorna var irriterbara, oregerliga och försökte finna utlopp för sina känslor genom fäniga handlingar. Sedan dess har det kommit ett otal artiklar och senast en del engelska böcker om det så kallade premenstruella syndromet. Katarina Dalton, en engelsk läkare, har varit huvudförfattaren till både artiklar och böcker och också inspirerat till flera populära böcker, varav den mest sålda, *PMT* av Judy Lever, närmast är en avskrift av Daltons bok *Once a Month*. Dessa böcker försökte man hösten 1979 sälja till den danska marknaden efter att de hade varit en jättesuccé i England. Vid samma tidpunkt försökte ett läkemedelsföretag driva en reklamkampanj för ett syntetiskt hormonpreparat, bl a med belägg ur dessa böcker. Detta föranledde en grupp kvinnliga läkare och psykologer i Köpenhamn, som jag arbetar tillsammans med, att gå igenom litteratur om den premenstruella fasen. I det sammanhanget stötte vi på en artikel från 1973 av den amerikanska psykologen och feministen Mary Brown Parlee; den är helt fantastisk, rolig och skarp.³ I det följande kommer jag att använda en del citat ur hennes artikel. Hon skriver bl a att 'premenstruella syndrom vid en litteraturgenomgång helt enkelt visar sig vara relationer mellan menstruationens faser och statistiska data för förekomsten av specifika, väldefinierade data. Undersökningar har t ex gjorts om korrelationen mellan premenstruell eller menstruell fas och kriminalitet, död p g a olycka eller självmord, olyckor, intagning på sjukhus p g a akut psykisk sjukdom, intagning av barn och förlust av kontroll över flygplan.' Härutöver får jag lust att utvidga listan lite, nämligen med våld mot barn och äkta män, påverkan av makens och barnens prestationer på arbetsplatsen resp i skolan samt anstiftande av brand. Ser man närmare på kvaliteten i de vetenskapliga ar-

betena är den växlande och oftast under all kritik.

När det gäller undersökningar rörande sammanhang mellan olyckor och menstruationscykel har Parlee – trots att man ofta ser postulerat att kvinnor har större olycksfrekvens under eller före menstruationen – bara funnit två litteraturhänvisningar, nämligen till Whiteheads artikel från 1934 och Daltons från 1964. Whiteheads är citerad i tre andra artiklar, där det fastslås att kvinnliga piloter har större olycksfrekvens i menstruationsfasen. Läser man den ursprungliga artikeln är det en rapport över tre flygolyckor under en åttamånadersperiod, då man menade att kvinnorna hade haft menstruation.^{4,5} Daltons egen artikel, där hon påvisar ett sammanhang mellan olyckor och premenstruell fas är också mycket kritisabel; hon har själv en klinik för kvinnor med premenstruellt syndrom, och i sin undersökning med i övrigt tillfälligt utvalda kvinnor från akutmottagningar medtar hon tex kvinnor från kliniken, vilket hon motiverar med att de hade akut uppkomna skador. Mera fördomsfullt och styrt kan ett material förvisso inte vara. Vi har senare undersökt en tillfälligt utvald grupp kvinnor på akutmottagningen i Glostrup och inte funnit någon anhopning, utan en jämn fördelning av olyckor under menstruationscykeln. (Artikeln har sänts till publikation i Ugeskrift for læger våren 1980.)

En annan av Daltons mycket citerade artiklar är en artikel i vilken hon konkluderar att flickors skolprestationer är sjunkande dagarna före menstruationen. Ser man närmare på artikeln visar det sig att bara 27% av flickorna klarade testen sämre före menstruationen, men 17% klarade testen bättre och 50% hade inga förändringar. Hon har inte gjort någon statistik över siffrorna!⁶

På samma sätt är bevisföringen av sammanhang mellan menstruation och kriminalitet. I minst tre artiklar citerar man en artikel från 1945, där det hävdas att minst 80% av kriminella kvinnor var premenstruella då de utförde den kriminella handlingen. Undersökningen är för övrigt också citerad i den till helt nyligen auktoriserade läroboken för läkare i ämnet gynekologi i Danmark

(Ingerslev). Men granskar man den artikel där talen först nämns, står det endast att en parisisk polisprefekt har upplyst att 84% av all kriminalitet utförd av kvinnor har skett i den premenstruella fasen. Inte ett ord om var han har talen ifrån och hur man har frågat. Även om de vore riktiga kan man givetvis ändå inte dra slutsatsen, som man gör, att alla kvinnor är kriminella före menstruationen – och slutligen kan man filosofera lite över om inte varje kvinna som blev tillfrågad efter att ha blivit tagen på bar gärning skulle svara ja till att vara premenstruell. Hellre sjuk än kriminell! I den amerikanska boken om menstruationens kulturhistoria *The Curse* berättas det också om några rättsfall där försvararen försökt få kvinnor frikända åberopande dessa undersökningar.

Vad man kan förvåna sig över är att det inte finns några epidemiologiska undersökningar där man försöker fastslå om det överhuvudtaget finns något som heter premenstruellt syndrom. Likaså kan man förundra sig över att man inte har sett närmare på mäns prestationsförmåga och uppförande månaden igenom. I sådana undersökningar måste man givetvis kräva att också positiva symtom testas, tex ökat psykiskt välbefinnande. Den amerikanska psykologen Alice J Dan har undersökt mäns och kvinnors beteende under en tvåmånadersperiod. Hon finner att kvinnors aktivitet stiger signifikant i perioden före ovulationen (sex dagar före ägglossningen) jämfört med kvinnor som tar p-piller och med män, men annars kunde hon inte finna någon skillnad på mäns och kvinnors beteende genom de två månaderna. Både män och kvinnor uppvisade rytmiskt svängande kurvor för de olika parametrarna.⁷

Ett läkemedelsföretags användning av forskningsresultat

Hösten 1979 utsände läkemedelsföretaget Ferrosan reklam till samtliga danska läkare. På framsidan av ett brevkort var kriminalitet, olyckor, bröstspänning, humörsvängningar, irritabilitet och huvudvärk återgivna i en psykedelisk illustration, och i ett brev

som läkarna mottog senare där samma teckning var varusymbol för ett syntetiskt progesteronpreparat, Terolut, stod nämnt att 75% av alla kvinnor led av ett eller flera irriterande symtom före menstruationen, den premenstruella perioden, och 40% behövde behandling under kortare eller längre tid. I det medföljande brevet anfördes att det var samhället som helhet som drabbades av kvinnornas symtom, emedan de premenstruella problemen för många kvinnor medför frånvaro från arbete, intagningar på sjukhus, självmord osv. Undersökningar har visat, stod det, att över 50% av kriminella handlingar som begås av kvinnor äger rum sista veckan före menstruationen. Denna kriminalitet omfattar både barnmisshandel, butiksstölder och anstiftande av brand. I läkemedelsföretagets förslag till behandling rekommenderas 4 tabletter dagligen under 15 dagar. I pengar motsvarar det ca 120 danska kronor i månaden, där staten ger 75% bidrag, men där det ju är konsumenten som själv betalar i sista hand.

Terolut[®]
(dydrogesteron)

Præmenstruellt Syndrom

ULYKKER
IRRITABILITET
HOVEDPINE
KRIMINALITET
PMS
HUMOR SVINGNINGER
BRYTSPÄNDING

Annonns för Terolut, 1979.

I broschyrer som läkare kunde rekvirera kunde man återfinna en massa av de påståenden jag tidigare refererat. Man kunde också läsa att symtom som ensamhet, ångest och svårighet att fatta beslut var premenstruella symtom tillsammans med en lång rad andra ospecifika symtom. Det hävdades att premenstruella symtom beror på progesteronbrist (det är aldrig bevisat, och många kvinnor med symtom har normalt progesteroninnehåll, ca 50%!) och att Terolut hjälpte mot symtomen. Det sista är inte alls påvisat och man tar märkligt nog inte här hänsyn till Daltons arbeten, för hon har nämligen visat att syntetiskt progesteron inte hjälper. Jag vill undvika att ta hennes arbete till intäkt, endast nämna att vid samma tid offentliggjordes en övertygande dubbelblindundersökning vari det påvisades att syntetiskt progesteron inte var bättre än kalktabletter (placebo).⁸ Det visade sig senare att reklamkampanjen hade startats därför att man hade haft så stor succé med en liknande i England och Finland.

Som tidigare nämnts protesterade vi mot annonsens osakliga och könsdiskriminerande innehåll. Vi fick det svaret tillbaka att den var gjord av kvinnor. Detta fick oss att svara att man inte behöver vara man för att könsdiskriminera, något som Katarina Daltons arbeten ju avgjort också är exempel på. Först då vi fick stöd av massmedierna, inklusive TV, drog företaget tillbaka reklamen. Vi fick aldrig ett offentligt beklagande som vi hade önskat och preparatet är fortfarande kvar på marknaden fastän vi ville få bort det. I en lång rad tidningar stod det för en månad sedan i en läkarspalt att även om en mängd kvinnor hade protesterat, behandlade han nu sina patienter för den hormonbrist de led av före menstruationen. Och de officiella siffrorna för försäljningen av Terolut stiger.

Vi fick inte stöd offentligt från andra än några få läkare! I gengäld är detta en sak företaget helst vill glömma, och det är omöjligt att få deras reklammaterial längre, inte ens till undervisning av medicinstuderande. I stället fotokopierar vi det gärna, det är enligt vår mening något som borde kunna öka forskares och kvinnors medvetenhet.

Kvinnans oundvikliga öde – klimakteriet

Klimakteriet är den tid då äggstockarnas östrogenproduktion långsamt sjunker; dessförinnan har progesteronmängden sjunkit, vilket hos en del kvinnor medför våldsamma och täta menstruationer. Efterhand blir menstruationerna sparsammare, och när kvinnan inte har haft menstruation på ett år är hon postklimakteriell. Den låga östrogenhalten medför hos en del kvinnor blodvallningar och torrhet i slidan, medan andra kvinnor i perioden efter menstruationens upphörande utvecklar skelettskörhet. Den vanliga benämningen i gynekologiska läroböcker är det 'svarta ödet' ('sorte skaebne') och en karakteristik som den följande är vanlig:

Klimakteriet är en period av *förlust*: förlust av fertiliteten, av menstruationen och av nära kontakt med barnen som nu är vuxna. Likaså en period av *fruktan, ängslan och oro*: fruktan för cancer, för psykisk sjukdom och fetma, ängslan för att förlora könsdriften och möjlighet till sexuellt samliv, attraktion och kvinnlighet. Härutöver nämner läroböckerna liksom för menstruationen ett otal symtom, ja jag tror varje tänkbart symtom har hänförs till klimakteriet. Emellanåt är de rätt barocka, t ex söker Campbell och Whitehead i en undersökning från 1977 utforska om tillskott av östrogen hjälper på klimakteriella kvinnors masturbation (de glömmar att berätta om de önskar att man skall masturbera mera eller mindre), om effekten på deras hud och utseende och en rad andra fysiska symtom.

Det finns en del epidemiologiska undersökningar omkring klimakteriet som visar stora skillnader i antalet symtom. De flesta är gjorda bland 45–54-åriga kvinnor eller i åldersgruppen just där omkring. Den klimakteriella gruppen är per definition den 45–54-åriga. Mig veterligen finns det bara en undersökning där man frågat tillfälligt utvalda kvinnor i alla åldrar om de hade en rad symtom. Det är en artikel av australiern Wood från 1979. Jag har inte sett någon undersökning där man också frågat män i motsvarande åldersgrupper om de hade

samma symtom! Det sista är inte irrelevant, för i Woods undersökning av kvinnor från 20 till mera än 60 år visar han att en del symtom är stigande med åldern, bl a sömnlöshet, ledsmärtor och hjärtklappning, en del är fallande, bl a huvudvärk och irritabilitet och en del konstanta, däribland depression som annars av många har nämnts som ett av klimakteriets kardinalsymtom. Det enda av 20 uppmätta symtom som kunde relateras till den klimakteriella gruppen var blodvallningar.⁹

Wood filosoferar i sin artikel över varför diverse läroböcker och artiklar nämner så många och så olika symtom, och kommer fram till att gynekologer bara ser ett litet urval av befolkningen med många besvär och därför är benägna att tro att alla har det lika dåligt – alltså en parallell till premenstruella och menstruella problem. Och vi kvinnor står beredda att ta alla bördorna på oss.

I en dansk undersökning bland 40-åriga kvinnor berättar 60 % att de väntar sig att få obehagliga symtom i klimakteriet.¹⁰ Och granskar man en bok skriven av kvinnorörelsens representanter, *Kvinder over 40* från 1977 (förlaget Tiderne skifter), nämns följande lista över symtom som klimakteriella: trötthet, irritabilitet, depression, bristande livslust, känsla av otillräcklighet, ångestförmimmelser, minnesförlust, överflödighetskänsla, starkt kontaktbehov, huvudvärk, nedsatt sexuallust, uppblåst mage, förstoppning, viktökning, blodvallningar, lokal värmekänsla, rodnad, nattsvett, sömnlöshet, hjärtklappning, domnade fingrar, skelettskörhet, vätskeanhopning, torra slemhinnor i slidan, på läpparna och i ögonkanterna, urinvägsinfektioner, åderförkalkning, nedsatt elasticitet i huden, förträngning av hjärtats kransartärer med anfall av 'angina pectoris'. Lagg märke till hur det som är normalt görs till någonting sjukligt. Är det t ex sjukligt att ha behov av att vara tillsammans med andra för att man är omkring de femtio? Det är inte småsaker den medicinska forskningen påbördar dessa kvinnogrupper.

Arne Holte har i en artikel från 1976 tagit upp samma tema. I artikeln med titeln

'Kvinnens övergångsalder: Medisinsk fenomen eller symbol på kvinnekampens nötvendighet?' skriver han bla: 'Hva er så det sentrale i övergångsalderbegreppet slik vi kjenner det på folkemunne? På mange måter likner det det medisinske klimakteriebegrepet. Det har en fysiologisk basis. Det inneholder forestillinger om vegetative symptomer (svetteturer og hetetoke), men det er også langt mer praktisk orientert. I overgangsalderbegrepet er det nettopp de psykosociale problemene som står i focus. Overgangsalderbegrepet understreker at kvinner blir til kjerringer, og at kjerringer er vanskelige at ha med å gjøre. De er grinete, sure, deprimerede, sytende, klagende, intrigante, let bevaegelige, ustabile, rastløse, nervøse og frem for alt plagsomme. Heksebildet ligger nær. Vi har å gjøre med et folkelig begrep på medisinsk grunn som innbyr til både latterliggjøring, nedvurdering og underminering. Begrepet har som egenskap at det kan fungere som alment forklaringsprinsipp for all uønsket eller regeltruende adferd hos kvinner i alderen 40–

60.'¹¹ Men läkarvetenskapen och läkemedelsföretagen har hjälpen till hands. Trots att det bara är bevisat att östrogen har effekt på blodvallningar och torrhet i slidan rekommenderas preparaten för diverse klimakteriella symtom. En del läkare betraktar t o m klimakteriet som ett bristsyndrom i linje med t ex vitaminbrist och har föreslagit att kvinnor skall behandlas profylaktiskt från 40–45-årsåldern, och några, bla dansken Paul Erik Lebech, har gjort ekonomiska beräkningar. Jag har i en artikel i *Månedsskrift for praktisk lægegering* gått igenom undersökningar av klimakteriets epidemiologi och östrogenbehandling. I samma nummer har den övriga gruppen bakom protesten mot Ferrosan behandlat andra aspekter.¹² Jag menar fö att det är nödvändigt att nämna att läkemedelsföretagen ställer sig välvilligt bakom och betalar de flesta undersökningar som har med hormonbehandling att göra.

Går man igenom psykologisk och sociologisk litteratur om klimakteriet finner man att den medicinska 'ödesbilden' inte håller. T ex har Pauline Bart i en tvärkulturell stu-



'Satkäringar', målade av Kerstin Boulogner och Lilian Ek för utställningen 'Vi arbetar för livet', 1980.

die visat att kvinnor i samhällen där kvinnorna fick högre social status efter klimakteriet inte fick psykiska eller somatiska symptom i samband med klimakteriet, medan däremot kvinnor i samhället där deras sociala status sjönk, fick obehagliga symptom. Margaret Mead har från sina undersökningar benämnt tiden efter klimakteriet för 'the postmenopausal zest', där zest betyder krydda och samtidigt lust, iver och upplagdhet. Det ser alltså ut som om den klimakteriella myten som söker förklaring i hormonbrist inte håller streck.

Kvinnoforskningens betydelse i förhållande till mytbildningar

Jag har nu med utgångspunkt i undersökningar av kvinnors hormonförhållanden visat var jag menar kvinnoforskningen har sin stora betydelse, nämligen genom att peka på mytbildningar, sjukförklarande diskriminering och överbehandling. Jag har bara nämnt ett par av de mest kritiserade områdena, men på liknande sätt menar jag att

tex graviditet och förlossning har gjorts till sjukliga tillstånd. I Danmark är kvinnor nu tvungna att föda på sjukhus, motiveringen är att förlossningsskador och barndödlighet skulle fås ner ytterligare. Det kommer mer och mer teknisk utrustning (och därmed ökad förekomst av tekniska fel och brister). Det har bl a medfört en våldsam stigning i antalet kejsarsnitt, och forskningen har inte visat mindre antal fosterskador eller minskad barndödlighet i förhållande till förlossningar som på gammaldags vis övervakades av barnmorskor (som man nu kan frukta håller på att bli utkonkurrerade av tekniken). För övrigt har det ju inte endast varit den medicinska expertisen som fått barndödligheten att sjunka. Det har skett inte minst mot bakgrund av ett generellt förbättrat hälsotillstånd, bl a är förträngning av bäckenet på grund av engelska sjukan utomordentligt sällsynt numera och infektionsjukdomar efter födseln både hos mor och barn har också minskat på grund av det förbättrade hälsotillståndet. Jag anser att det här är viktigt att medicinska kvinnoforskare



Konstnärerna ville med sina bilder ta upp den snedvridna synen på medelålders kvinnor till debatt.

medverkar till att undersöka om det nu också är säkert att stigande mekanisering och därav ökande främlingskap, är lyckan för oss. Likaså måste vi analysera och kritisera de premisser besluten har tagits på.

Ett annat område där jag menar det är viktigt att kvinnoforskare tar fatt är de sk förebyggande cancerundersökningarna, som anmärkningsvärt nog är riktade endast till kvinnor. Jag tänker här på cancerundersökningar av livmoderhalsen och bröstcancerundersökningar med hjälp av mammografier. För det första är det tal om tidigt upptäckande av cancer och inte förebyggande. Beträffande livmoderhalscancer kan man sätta stora frågetecken vid om de förstadier man behandlar överhuvudtaget kommer att bli cancer! Behandlingen, som består i att man tar bort den lokala förändringen (konisation), är inte utan biverkningar. Det ses bl a på en ökad frekvens av sena aborter, det är ju unga kvinnor som behandlas. Jag menar att det är många problem med dessa undersökningar – de falska positiva fynden har jag just nämnt, men det finns också falska negativa fynd, dvs kvinnor blir frikända vid undersökningarna men är sjuka och kommer att underlåta att låta sig undersökas när symtom uppträder eftersom de just har blivit undersökta. Visserligen har invecklade statistiska beräkningar från små områden visat minskad dödlighet, men ser man på de faktiska dödsstatistikerna har dödligheten inte sjunkit. Stora epidemiologiska undersökningar från USA tyder heller inte på effekt.¹³ Men det värsta är för mig den ångest man åsamkar friska kvinnor som skall undersökas, ofta upprepade gånger på grund av osäkra fynd. Det samma gäller mammografien om den införs som förebyggande undersökning. Man kan utifrån små undersökningar påvisa en viss effekt, men också här åsamkar man både strålningsskador och ångest hos en grupp friska kvinnor och den totala effekten är tvivelaktig.¹⁴ Det värsta är att man inger kvinnorna uppfattningen att det är tal om förebyggande åtgärder – och inte rakt på sak säger att det är tal om tidigt upptäckande som jag nyss nämnde. Man avleder intresset från det centrala,

nämligen en uppspårning av de egentliga cancerframkallande faktorerna och eliminering av dem. Man antyder här, liksom vid forskningen omkring kvinnans hormoncykel, att det är kvinnan själv som det är något fel på – och glömmer (förtiger?) möjligheten av yttre faktorer. Vad gäller livmoderhalscancer är den vanligast testade faktorn utöver social status kvinnans ålder vid första samlaget. Man påvisar att ju aktivare kvinnorna har varit på det sexuella området desto mer får de cancer. Man kunde frestas säga: som man bäddar får man ligga. Men varför går man inte vidare utifrån de undersökningar som svenska LO och Metallarbetarförbundet offentliggjorde i februari 1979, vilka visade att kvinnor som lever tillsammans med en metallarbetare är 40 gånger mer utsatta för livmoderhalscancer än andra kvinnor? Misstanken har här varit riktad mot skäroljor som gör arbetarna överkänsliga och ger lungsjukdomar.

Jag menar att medicinska kvinnoforskare måste medverka till att peka på brister i undersökningarna och påvisa andra relevanta faktorer som kan beaktas. I det sammanhanget vill jag också bara nämna att den vanligaste parametern som undersöks är gift/ogift och inte den mer relevanta ensamstående/sammanboende. Det verkar ofta som om vissa forskare tror att äktenskapet är ett slags livförsäkring.

Också när det gäller abort och prevention är kvinnorna utsatta för mytbildningar, och även på andra områden har forskning på dålig grundval haft katastrofala konsekvenser för kvinnorna. Jag tänker här bl a på rutinen att ta bort äggstockarna hos medelålders kvinnor om man tog bort livmodern. Motiveringen var att det kunde ju utvecklas cancer och äggstockarna var ju inte till någon nytta i alla fall. Senare undersökningar har visat att här fortfarande pågår en liten produktion av östrogen också efter klimakteriet.

Allt som allt menar jag att det finns många områden där en kritisk analys inte är genomförd, och där det av de redan företagna analyserna ser ut att finnas ett stort behov av att utföra detta arbete.

Den kvinnliga läkaren som forskare

Jag nämnde i inledningen att vi i den danska läkargruppen hade delat oss i två grupper i fråga om definitionen av medicinsk kvinnoforskning. Jag berättade att den ena gruppen hade rot i kvinnorörelsen, men skillnaderna ligger nog också i problemen kring läkares utbildnings- och arbetssituation.

Vi har, som de flesta andra universitetsämnen, mycket få kvinnor i forskartjänster och i de egentliga universitetstjänsterna, med de forskningsmöjligheter de medför. Det finns inga kvinnliga professorer och det finns endast få kvinnliga överläkare inom de kliniska ämnena. Kvinnliga läkare har alltså i det stora hela sekundära positioner, trots att det i många år har funnits en rätt stor procent utbildade kvinnliga läkare. Att det inte är fler kvinnor i forskningen tror jag beror på flera faktorer. (Mig veterligen har man ännu inte undersökt orsakerna till fenomenet.) Jag tror den primära orsaken är att kvinnorna väljer man och barn framför karriären. Villkoren för en läkare är att man efter avslutad universitetsutbildning skall arbeta kliniskt på en sjukhusavdelning, dvs delta i sjukhusens dygnsjourer var 3–6 dag. På avdelningar med forskningstradition och önskan om forskning slåss man om tjänsterna, eftersom arbetet här oftast är upplagt så att det finns tid till forskning också. På dessa avdelningar i synnerhet, men också med tanke på den stigande arbetslösheten överallt, är det nödvändigt att kvalificera sig för tjänsterna, dvs utföra vetenskapligt arbete. Detta skall på de flesta ställen försiggå enbart på fritiden. På grund av jourerna har läkarna 60–70 timmars arbetsvecka, så det är omöjligt att bedriva forskning om man också vill ha tid till familjeliv. Detta att forskning har intimt samband med möjligheterna för avancemang medför ännu en olägenhet – nämligen den att läkemedelsindustrin, som alltid står redo med läkemedel till klinisk utprovning, lätt kommer in i bilden. Dessa projekt är avgränsade och relativt tacksamma att utföra, och det är därför inbjudande att välja ett sådant forskningspro-

jekt framför ett mera besvärligt. En annan orsak till att kvinnorna inte deltar i forskningen är för mig myten om kvinnors oanvändbarhet som forskare. Denna medför att männen, som ju helt klart sitter på makten = professurer och överläkartjänster, är benägna att föredra män, och i övrigt också att många kvinnor är rädda för att de inte är lämpliga som forskare. Med myten om kvinnors oanvändbarhet som forskare menar jag att kvinnor, i varje fall i den västliga världen, för att vara feminina/kvinnliga, definieras som och definierar sig själva som irrationella, subjektiva och emotionella, dvs olämpliga för jobb med ansvar. Däremot är män ju per tradition rationella, objektiva och visar inte känslor, alltså den perfekta forskaren. Jag tror inte själv på denna myt, jag menar att kvinnor är lika goda som män på de kliniska och det forskningsmässiga området, men det är min erfarenhet att myterna om kvinnans biologi också här har haft en så förtryckande effekt att vi själva har svårt att frigöra oss från den.

Jag vill till slut framhäva de punkter jag menar det är viktigast att medicinska kvinnoforskare tar fatt och arbetar i framtiden. Det är viktigt att vi analyserar och kritiserar grundvalen och innehållet i den existerande forskningen, dess myter och attityder. Att vi påpekar alternativa mätredskap och parametrar i stället för de existerande och att vi visar var dessa har varit felaktiga, t ex i valet av kontrollgrupper. Att vi på det hela taget påverkar den medicinska vetenskapen som helhet, dess hållningar och kunskaper och inte minst bristande kunskaper. Dessutom är det viktigt att komma med förslag till nya forskningsuppgifter.

Det är också viktigt att grupper pressar forskningsråden att finansiera alternativ och inte minst tvärvetenskaplig forskning. Allt för mycket medicinsk forskning har enbart utförts på grupper av sjuka som inte är representativa för befolkningen och som man ändå generaliserar utifrån, varvid man medverkar till skeva normbildningar.

Slutligen menar jag att kvinnliga läkare i högre grad är tvungna att delta i forskning, om de vill vara med om att ändra på de

existerande förhållandena. Jag anser att om denna forskning sker med stöd i kvinnoforskningsgrupper, kommer det både att uppmuntra och också ge möjlighet för forskning som är mindre diskriminerande och förtryckande än den nuvarande, även om vi är anställda i en mansdominerad läkarvärld.

Översättning: Åsa Stenwall-Albjerg/redaktionen

NOTER

1. Ida Blom i konferensrapporten *Kvinneforskning i de humanistiske fag*, utg Nordisk samarbeidsnemnd for humanistisk forskning, Oslo 1979.
2. Moos, R H: Typology of menstrual cycle symptoms, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1969, 103, 390-402.
3. Parlee, Mary Brown: The Premenstrual Syndrome, *Psychological Bulletin*, 1973,b, 454-465.
4. Whitehead, R E: Women Pilots, *Journal of Aviation Medicine*, 1934, 5, 47-49.
5. Dalton, Katerina: Menstruation and accidents, *British Medical Journal*, 1960, 2, 1752-53.
6. Dalton, Katerina: Effect of menstruation on schoolgirls weekly work, *British Medical Journal*, 1960, 1, 326-328.
7. Dan, Alice J: *Behavioral Variability and the Menstrual Cycle*. En icke publicerad doktorsavhandling från University of Chicago. Författaren kan kontaktas på University of Illinois College of Nursing, Chicago, Illinois.
8. Clare, A W: *British Journal of Psychiatry*, 1979, 135, 576-579.
9. Wood, C: Menopausal Myths, *Medical Journal of Australia*, 1979, 1, 496-499.
10. Fog, Eva; Garde, Karin; Larsen, Gunvor; Kramshøj; Nielsen, Inge Lunde; Petersson, Birgit; Schulsinger, Hanne; Theilgaard og Willadsen, Jytte: Klimakteriet, myte og virkelighed, *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, maj 1980, 294-317.
11. Holte, A: Kvinnens overgangsalder: Medisinsk fenomen eller symbol på kvinnekampens nødvendighed?, *Sociologi i dag*, 1976, 1, 27-46.
12. Se not 10.
13. Gardner, J W och Lyon, J L: Efficacy of cervical cytologic screening in the control of cervical cancer, *Preventive Medicine*, 1977, 6, 487-499.
14. Siem, H: *Masseundersøkelser og helsekontroller*. Rapport nr 2 från Institutt for almenmedisin, Oslo 1979, 97-107.

SUMMARY

A discussion concerning medical research from a women's perspective has simultaneously emerged in both Denmark and Norway during the last few years. The author believes that it is relevant to speak of medical research from a woman's perspective since there are a number of areas which can be included within medical research and which are specific to women. These include, for example, pregnancy, childbirth and menstruation. By using examples from research on women's hormonal cycle - the premenstrual period and the menopause - the need is shown for medical research from a women's perspective since existing medical and scientific research, when critically looked at, often reveals itself to be biased and not meeting required standards. The author sets out from the standpoint that women's research should be both consciousness-raising and emancipatory, but attention is paid to the fact that in both medical research and research within the arts and social sciences there is no agreement concerning this definition.

The author concludes that there is a need for further examination of the literature and for research on several areas specific to women, for example, contraception, pregnancy and childbirth as well as on studies of preventive medicine specially aimed at women.

A few words are said about the difficult working conditions for women physicians, conditions which do not permit research if you also want to retain the possibility of having a family life. On the other hand, the fact that women are not involved in research to any great extent, prevents them from reaching the top positions and the author concludes that it is essential for more women to engage in research if they want to be a part of bringing about change.

Birgit Petersson
Amalievej 14
1875 København V, Danmark