KVINNOFORSKNING

Inte bara forskning *om* eller *av* kvinnor

Kvinnoforskning är ett kunskapsområde under utveckling också inom medicinsk vetenskap. Förändring av det könsuppdelade samhället med ojämlikheter mellan kvinnor och män är en förutsättning för bättre hälsa för kvinnor. Vetenskapens subjektivitet diskuteras, liksom förhållandet mellan kropp, kultur och kön.

I medicinsk vetenskap har länge funnits ett ideal om könsneutralitet; varken forskarens/läkarens eller patientens kön har tillåtits eller ansetts påverka de processer som skapar kunskap.

Könsskillnader har däremot alltid rönt intresse. Begreppet »kön» har framför allt förknippats med könens biologiska särdrag, och kvinnor har då oftare än män stått i fokus för intresset. Detta har skett i ett perspektiv där den »normala» människan är en man och kvinnor har setts som »avvikare».

Hur skillnader mellan könen tolkats och använts i medicinsk vetenskap har emellertid skiftat genom åren. Detta kan förklaras av det nära samspel som funnits mellan den medicinska och den socialt och kulturellt bestämda uppfattningen om kvinnor och män i samhället. Under förra seklet och i början av 1900-talet fanns en öppet uttalad och på medicinsk vetenskap baserad föreställning om att kvinnor på grund av sitt kroppsliga kön hade specifika egenskaper som gjorde dem intellektuellt och känslomässigt olämpliga för verksamhet utanför hemmet. Detta stämde väl med den politiska synen på kvinnors plats i samhället [1, 2].

Den fortsatta samhällsutvecklingen har gjort sådana synsätt alltmer omoderna. Seglivade föreställningar om kvinnors (sämre) förmåga och kunskap har emellertid bidragit till att kvinnor behållit en underordnad position i samhället. När den »nya» kvinnorörelsen på 1970-talet uppmärksammade detta och började verka för bättre och mer rättvisa villkor för kvinnor bidrog det till uppkomsten av en särskild kvinnoforskning. Inom medicinen lyfte kvinnliga läkare och forskare fram bl a att det saknades viktig forskning om kvinnor, att resultat från forskning om män okritiskt tillämpades även på kvinnor – t ex när det gällde normalvärden –, att kvinnor och män behandlades olika i sjukvården etc. Ett arbete för att göra kvinnor mer synliga i forskningen inleddes [3].

Dessa tidiga inslag i den medicinska kvinnoforskningen har först nu fått allmänt erkännande; frågan om en rättvisande behandling av kvinnor och män i medicinsk forskning och praktik uppmärksammas alltmer [4]. »Rättviseforskare» ifrågasätter emellertid inte alltid det vedertagna vetenskapliga paradigmet. Ett sådant vilar oftast på en tradition som utarbetats under mångårig och nästan total dominans av män. Även kvinnor som forskar har således skolats till ett vetenskapligt synsätt skapat av män.

Ett kvalitativt språng, och en utmaning för forskarsamhället, blev det när forskande kvinnor började ifrågasätta det traditionella sättet att bedriva forskning. Problemställningar, metoder, analys och tolkningar granskades, kritiserades och nyskapades. Detta skedde mot bakgrund av forskarnas egna erfarenheter som kvinnor, privat och i förvärvsarbetet. Identiteten som kvinnor användes således medvetet, kön blev en del i forskningen. Idag ser vi således kön inte bara som en (biologisk) variabel, utan också som ett perspektiv – en förståelse av hur kön skapas genom biologisk, social och kulturell samhandling och förändring [5].

I detta perspektiv ses även män som tillhöriga ett kön; föreställningar om och förväntningar på män, liksom den egna upplevelsen av att vara man, påverkar hur män bedriver forskning. Att det är kvinnor som utvecklat det som allmänt kallas kvinnoforskning, och som inrymmer både rättviseforskning och forskning som har en könsteoretisk inriktning, förklaras av att kvinnor hittills hört till det underprivilegierade könet. Därigenom har vi också, utifrån vår egen verklighet, sett bristerna och feltolkningarna i tidigare forskning. Kvinnor som grupp har således (hittills) haft mer att vinna än flertalet män på forskning som inbegriper en förståelse av kön.

Målsättningen med kvinnoforskning är förändring. I medicinsk kvinnoforskning gäller det att finna nya vägar till bättre hälsa, i första hand för kvinnor. Viktigt är då att beakta att kvinnor och män har olika villkor och arbetsuppgifter i samhället och att det förekommer ett makt- och beroendeförhållande mellan könen.

I arbetet för förändring blir en fokusering på själva forskningsprocessen och den forskningsmiljö som föreligger nödvändig. Synen på vad som är giltig kunskap, olika kunskapers status etc måste granskas, även inom kvinnoforskningen, liksom prioriteringar inom forskningen, rådande meriteringssystem och den hierarkiska organisationen på institutionerna.

Begrepp som idag används för att markera forskning med kön i fokus är *könsteoretisk forskning* och *genusforskning.* Själva är vi emellertid tveksamma till dessa (könsneutrala) begrepp, bl a därför att de i sin användning tenderar att bortse ifrån att »kvinnofrågan» fortfarande utgör ett problem i vårt samhälle. I den forskningsmiljö där vi arbetar diskuterar vi begreppet *kvinnoforskningsperspektiv.*

Oavsett vilket begrepp som används utgör kvinno- och könsteoretisk forskning ett eget kunskapsområde och finns numera representerad inom de flesta vetenskaper. Den arbetar ofta tvärvetenskapligt. Vi räknar dock inte med *ett* enda kvinnoforskningsperspektiv eller ett »färdigt» sådant; inom en gemensam ram finns en kontinuerlig utveckling som pågår i olika riktningar [6].

Kvinnoforskning och de kvinnliga läkarna

Utvecklingen inom den medicinska kvinnoforskningen har varit nära för-

Författare

GUNILLA CARLSTEDT
leg läkare, forskare

ANNIKA FORSSÉN
specialist i allmänmedicin, forskare; båda vid institutionen för arbetsvetenskap, Högskolan i Luleå.

knippad med de kvinnliga läkarnas situation. Det är här på sin plats att påminna om den historielöshet, eller »kollektiva glömska», som nya generationer lätt drabbas av när det gäller tidigare samhälls- och forskningshistoria. Frågor som debatteras idag, eller forskas kring, har tidigare ofta funnits på dagordningen – för att sedan försvinna igen.

Våra första kvinnliga läkare, verksamma från 1800-talets senare del och framåt, arbetade på ett radikalt sätt för att stärka kvinnors position i samhället (i motsats till mycket av den övriga inriktningen inom medicin och politik). Deras förvissning var att det finns ett samband mellan kvinnors politiska villkor och deras hälsa. Därför kämpade de för kvinnors rösträtt och för jämlika villkor mellan könen på arbetsmarknaden. De verkade också för rätt till preventivmedel och abort, för kvinnors rätt till kvinnliga gynekologer och för de prostituerade kvinnornas rättigheter [7]. Många av dessa frågor är aktuella än idag.

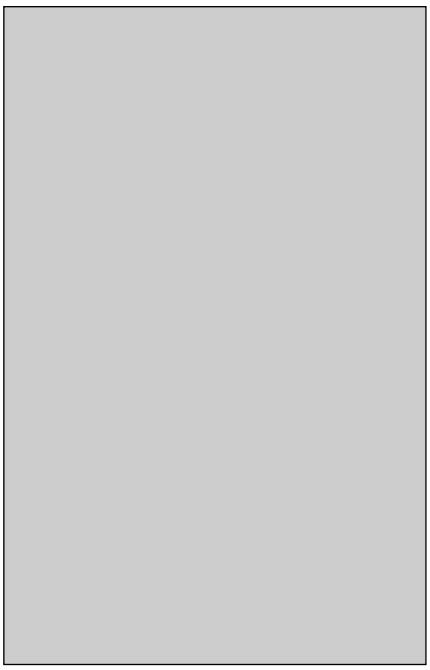
Dessa tidiga kvinnliga läkare arbetade oftast från en position utanför det medicinska systemet; kvinnor hade ännu inte rätt att inneha statlig tjänst. Först 1923 tillkom denna rättighet, och då mycket tack vare de kvinnliga läkarnas agerande. Den generation kvinnliga läkare som därefter kom att arbeta inne i systemet blev emellertid märkbart »tystare» än sina tidigare kolleger. Ännu få till antalet tvingades de, för att överhuvudtaget kunna arbeta tillsammans med sina manliga kolleger, att anpassa sig till deras värderingar och verksamheter [8]. Den kvinnosyn som då var vanlig framhävde också den beroende kvinnan som ett ideal. Detta var tvärtemot den uppfattning som de tidiga kvinnliga läkarna hade; de såg ökad självständighet för kvinnor som viktigt, inte minst för hälsans skull.

Först sedan jämställdhetsarbetet i samhället skjutit fart och de kvinnliga läkarna kommit att utgöra en större andel av läkarkåren har förutsättningar för att åter driva kvinnofrågor inom medicinen uppstått. (Anmärkningsvärt är emellertid att i Sveriges läkarförbunds etikregler läkaren fortfarande, efter mer än hundra år med kvinnliga läkare i Sverige, omtalas enbart som »han».)

»Subjektiv» forskning

Den könsmedvetna forskningen idag har således (på nytt) lyft fram könets betydelse för hur kunskap skapas. Överhuvudtaget räknar vi med det subjektiva i forskning; förutom kön ger klass- och rastillhörighet, forskningsmiljö, egna erfarenheter m m forskningen dess personliga färg.

Att reflektera kring den egna subjektiviteten kan vara en resurs i forskningsprocessen; egna erfarenheter kan ligga till grund för nya problemställningar, nya metoder skapas om redan etablerade inte bedöms relevanta etc [9]. För den som sedan skall ta del av forskningen är kunskap om forskarens bakgrund, motiv och ståndpunkter också väsentlig för möjligheten att bedöma forskningen – ur *sitt* perspektiv.



Kvinnlig rösträtt var en viktig fråga för det tidiga 1900-talets läkare. Här har Siri Derkert (1888–1973) i svartkrita porträtterat Kerstin Hesselgren (1872–1962), Sveriges första kvinnliga riksdagsledamot.

Forskare inom naturvetenskap är inte undantagna från att både påverkas och bedömas av den omgivande miljöns strukturer och uppfattningar. När Nobelpristagaren Barbara McClintock presenterade sin genetiska forskning blev den från början inte accepterad. Hon ifrågasatte att den i vårt samhälle förhärskande hierarkiska ordningen var giltig också i »naturen». I stället för hierarki visade hon på ett växelverkande informationsflöde i komplicerade regleringsmekanismer, där inte bara organismen utan också miljön utanför denna deltog [10, 11].

Den svenska farmakologen och fysiologen Kerstin Uvnäs-Moberg bröt även hon mot förenklingar och hierarkiskt tänkande i sina tidiga studier om amning. Hon visade att amningens fysiologi, tvärtemot den gängse bilden, regleras i komplexa system, där även samspelet med barnet har betydelse [12].

Med hjälp av kvinno- och könsteoretisk forskning har det varit lätt att peka på manlig subjektivitet i medicinsk forskning, inte minst när den handlat om kvinnor. Även som kvinnoforskare är vi emellertid påverkade av, och deltar i upprätthållandet av, de normsystem som skapats i en forskningsvärld dominerad av män. Vidare riskerar också vi att styras av egna (grupp)intressen. Kvinnor (liksom män) utgör inte någon homogen grupp, utan har vitt skilda intressen och levnadsförhållanden. Kvinnor från andra kulturer eller med annan etnisk tillhörighet har påpekat att problemställningar och tolkningar som formulerats av vita europeiska och amerikanska kvinnor ofta inte är giltiga för dem. Gör vi oss medvetna om våra »tillhörigheter» kan de å andra sidan bli en tillgång [13].

Ett aktuellt exempel som visar på svårigheten att »se objektivt» gäller frågan om östrogentillskott för att förebygga hjärtinfarkt hos kvinnor. Många forskare, av båda könen, hävdar att det är bevisat att tillförsel av östrogen har en gynnsam effekt. Som en följd därav föreslås ibland att alla kvinnor bör medicineras efter övergångsåldern. Samtidigt vet vi att majoriteten av de kvinnor i yrkesaktiva åldrar som drabbas av hjärtinfarkt återfinns i stressiga låglöneyrken inom vård- och industrisektorn [14]. Stress relaterad såväl till omsorg om barn som till samlevnad med män uppmärksammas också alltmer som orsak till hjärt–kärlsjukdom hos kvinnor. Hormonforskningen har emellertid haft långt större genomslagskraft såväl inom den medicinska världen som i massmedierna än motsvarande arbets- och privatmiljöforskning. Detta trots att de aktuella riskgrupperna i första hand kan identifieras via den senare typen av forskning och att icke-medicinska lösningar kan sökas via sådan forskning.

Frågor som väcks blir: Vad betyder forskarnas (och journalisternas) egna intressen för hur forskningen prioriteras och uppmärksammas? Vilken nytta har de mest utsatta kvinnorna av de satsningar som görs på hormonforskningen och de behandlingsförslag som blir resultatet? Hur mycket satsas i förebyggande syfte på förändring av arbetsliv och privatliv? Hur skall den övergripande resursfördelningen mellan olika forskningsområden se ut för att vara riskgrupperna till störst nytta?

Kropp, kultur och livsvillkor

En nygammal »sanning» är att vår biologi, även den »normala», är föränderlig och påverkbar; kroppens funktion och uttryck influeras och förändras ständigt av sociala och kulturella förhållanden. Forskarens uppfattning om samspelet mellan kropp och socialt liv styr hur hon/han formulerar problem, utför forskningen och tolkar resultaten.

Själva ser vi det som nödvändigt att hänsyn alltid tas till kvinnors (och ▶

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

mäns) livsvillkor och handlande. Detta gäller även i biologisk forskning, och alldeles särskilt forskning som har kön och/eller könsskillnader i fokus. Saknas ett sådant »handlings- och livsvillkorsperspektiv» riskerar de tolkningar som görs att enbart spegla och förstärka det könsuppdelade samhället där kvinnor och män har olika uppgifter. Så sker när ensidiga slutsatser om orsakssamband mellan biologiska förhållanden och kvinnors (och mäns) beteende dras [15].

Resultaten för kvinnors del leder lätt till en uppfattning att kroppsliga funktioner, via t ex gener och hormoner, är det som styr våra liv. Historiskt har som tidigare nämnts ett sådant synsätt påverkat politiska beslut om kvinnors liv och hälsa, långt in i vårt sekel. Det har också bidragit till att kvinnor ibland passiverats i stället för att själva forma sina liv. Idag ser vi åter tolkningar där kvinnors hormonstatus ges stor vikt som bas för deras »handlande». Det motsatta sambandet – handlandets och livsvillkorens betydelse för den aktuella hormonspegeln – bortses ofta ifrån i sådan forskning [16].

Forskare som i stället helt tappar bort biologin förlorar andra delar av verkligheten; t ex riskerar de att negligera det kroppsliga arbete som barnafödandet innebär, eller att bortse ifrån hur skillnader mellan kvinnor och män när det gäller muskelstyrka (i vår tid och vår kultur) påverkar arbete och hälsa.

Kvinnor *är* således inte bara, de *har* det också på olika sätt och *gör* olika saker. Sammantaget ger detta kunskaper och erfarenheter och får betydelse för hur de mår [17].

Tydlighet och tveksamheter

Inom kvinnoforskningen har det tidigare funnits en tendens att främst se kvinnor som offer för mäns överordning. En förskjutning har nu skett mot att kvinnor också ses som självständigt och aktivt handlande individer.

Det finns också anledning att fästa uppmärksamhet på de uttryck som används när det gäller forskning om kvinnor. Ett idag vanligt begrepp är »kvinnohälsa». Inte sällan inbegrips i detta endast gynekologisk och/eller hormonell hälsa. Därmed förstärks den (medicinskt) traditionella föreställningen att kvinnors liv och hälsa enbart kretsar kring underliv och hormoner. Förvärvsarbetets, familjelivets och det obetalda arbetets betydelse för hälsan förblir osynlig. Dessa dimensioner av kvinnors verklighet uppfattas däremot oftare ingå i begreppet »kvinnors hälsa». Inte sällan döljer sig dock bakom denna rubrik mer om kvinnors ohälsa, än om deras hälsa.

Kvinnoforskare reagerade tidigt mot att rapporter om en befolknings »hälsa» nästan alltid inleds med rapporter om dödlighet. Stora grupper av kvinnor har inte sällan långvariga, men icke dödliga, sjukdomar som ett större problem. För många kvinnor är således ohälsan och hälsan i livet det som är mest intressant.

Kollega med portfölj och matkasse – en bild av villkor gemensamma för kvinnliga läkare och kvinnliga patienter.

Tveksamma är vi också till det utbredda bruket av uttrycken »kvinnligt» och »manligt». Begreppen är relativa och beroende av kulturella uppfattningar, men används ofta eller tolkas som gällde de essentiella drag hos kvinnor och män. För att undvika detta väljer vi där så är möjligt att i stället tala om »kvinnor» och »män».

Makt och beroende mellan könen

En väsentlig del av kvinnoforskningsperspektivet är att se strukturer och sammanhang när det gäller ojämlikheter mellan kvinnor och män. En fokusering sker då inte bara på könen var för sig och skillnader mellan dem utan också på förhållandet, och det ömsesidiga beroendet, mellan kvinnor och män. För att förklara skillnader mellan könen i hälsofrågor har det t ex varit mycket klargörande att å ena sidan visa på mäns makt över kvinnor (i form av ekonomiskt övertag, beslutsrätt, olika slag av övergrepp m m), å andra sidan synliggöra mäns (tillika barns, sjukas och äldres) beroende av kvinnor gällande vård, omsorg och marktjänst.

När det gäller kvinnors utsatthet för våld och sexuella övergrepp har kvinnoforskningen (med kvinnorörelsen och kvinnojourverksamheten som pådrivare) definierat detta som ett samhällsproblem och ett folkhälsoproblem. Tidigare har de drabbade kvinnorna ofta själva gjorts ansvariga för det våld de blivit utsatta för [18].

Rapporteringen, statistiskt och på annat sätt, av ohälsa orsakad av mäns våld mot kvinnor är också bristfällig. I den senast utgivna folkhälsorapporten uppges endast de fall av kvinnomisshandel som polisanmälts, ca 15 000/år [14]. De uppgifter som kan erhållas från landets kvinnojourer visar helt andra siffror, ca 300 000 fall per år [18]. Från folkhälsosynpunkt är det självklart det senare som är av störst intresse.

Medicinsk vetenskap och makt

Rapporteringen om våld mot kvinnor utgör ett exempel på en »subjektivt» färgad presentation: kunskap förmedlas om endast en del av verkligheten (de våldshändelser som polisanmälts) och vi får inte veta att det finns andra uppgifter (antalet uppskattade fall av kvinnomisshandel). Sedd mot bakgrund av att just denna brottsform särskilt utmärks av ett litet antal polisanmälda fall blir redovisningen mycket vilseledande; i detta fall bidrar således vetenskaplig dokumentation till att dölja omfattningen av mäns våld mot kvinnor. Därmed döljs också en av de viktigaste orsakerna till kvinnors ohälsa.

Den medicinska vetenskapen tar/tilldelas makt genom att definiera vad som är »friskt» och »sjukt». Också här har mäns uppfattningar och erfarenheter hitintills varit normgivande. När det gäller sjukdomar är det idag väl känt att kvinnor oftare än män får obestämda eller psykiatriska diagnoser när de söker läkare, liksom att kvinnor blir mindre grundligt undersökta än män också när symtomen är desamma [19]. Vilka symtom och sjukdomar som ges giltighet och uppmärksamhet, och hur detta sker, avgörs i en maktrelation där kön är en betydelsefull variabel.

En åkomma har svårt att bli erkänd innan medicinsk vetenskap visat att den finns. Först när vetenskapen fattat intresse för tillståndet blir orsaker sökta och eventuellt klarlagda. Många har lidit, inte bara av symtomen och konsekvenser av dessa utan också därför att deras plågor inte blivit giltiga. Dessa patienter, varav flest kvinnor, har inte sällan ifrågasatts. Så har t ex skett med många av dem som nu fått diagnosen fibromyalgi. Först sent har biologiska förändringar börjat påvisas som pekar mot en förklaring av den upplevda muskelvärken.

Det ligger makt i att veta, men också

Nätverk i Norden

Kvinnliga läkare har funnits i Sverige sedan 1888. Begreppet medicinsk kvinnoforskning har använts i de skandinaviska länderna sedan omkring 1980. Ett nätverk av medicinska kvinnoforskare i Norden har bildats under dessa år.

I Sverige har *Arbetsgruppen för medicinsk kvinnoforskning* varit verksam. Förutom att utveckla kunskapen inom området har medlemmarna varit aktiva i samhällsdebatter, ordnat seminarier, skrivit inlagor, utfärdat remissvar m m i medicinska frågor av vikt för kvinnor.

Med start 1982 har *nordiska seminarier i medicinsk kvinnoforskning* hållits. De olika nordiska länderna har omväxlande varit arrangörer. Rapporter från samtliga seminarier är publicerade. I dessa kan en stor del av väsentliga referenser inom området återfinnas (information om rapporterna kan erhållas av artikelförfattarna).

Kvinnliga läkares förening uppmärksammar alltmer villkor gemensamma för kvinnliga läkare och kvinnliga patienter. Föreningen har bl a drivit arbetsmiljöfrågor för de kvinnliga läkarna och bevakat kvinnors intressen och rättigheter i samhället.

En möjlighet till kontakter med andra kvinnoforskare utgör de tvärvetenskapliga *centra och fora för kvinnoforskning* som finns vid universitet och högskolor runt om i Norden. Här finns bibliotek och annan information om pågående kvinnoforskning. Seminarier och kurser på grundutbildningsnivå och doktorandkurser ordnas. I begränsad omfattning finns också möjlighet att knyta sin forskning direkt till dessa centra/fora.

i att bestämma vad som är värt att veta.

Kvinnoforskaren och vetenskapssamhället

Det är en jämlikhetsfråga att kvinnor skall ha samma möjligheter som män till både forskning och karriär inom akademin. Inga särskilda krav och förväntningar skall dock, som ibland sker, ställas på kvinnor, bara för att de är kvinnor, att föra in nya kvaliteter i forskningen. Att kvinnor idag i allt större utsträckning tar sig in på universitet och högskolor för att erövra status, ta och utöva makt och för att bedriva för dem betydelsefull forskning utgör samtidigt en potential till förändring. Möjligheten till ny och annorlunda forskning ökar, men är inte självklar [20].

Anpassningen till de inom universitet och högskolor rådande forskningsmiljöerna har för många forskande kvinnor varit svår, men upplevts som nödvändig. För dem som önskat utveckla ett kvinnoforskningsperspektiv har kraven på anpassning inte sällan varit direkt hindrande och därför också oftare ifrågasatts.

När vi som kvinnoforskare träder in i forskningsvärlden möter således svårigheter och risker, men också lockelser, utmaningar och möjligheter. Den amerikanska vetenskapsteoretikern Sandra Harding menar att vår förståelse är begränsad så länge vi inte själva försöker förändra [13], dvs det är först när nya vägar prövas som strukturerna i det som för tillfället råder blir synliga och tydliga. Det blir uppenbart vilken beredskap till förändring som finns, vilka hindren är. Att identifiera de svårigheter som finns i den egna vetenskapliga vardagen ger således samtidigt möjlighet att vinna ny kunskap av betydelse för fortsatt utveckling av kvinnoforskningsperspektivet.

Medicinsk kvinnoforskning bedrivs idag, trots små resurser, på flera håll i landet. Dess utvecklingsmöjligheter bestäms inte bara av forskningsråden och de befintliga institutionernas intresse att stödja den nya inriktningen utan också av kvinnoforskarnas egen vetenskapssyn, deras förmåga att bilda nätverk över ämnesområden och institutionsgränser och deras vilja att försöka förändra.

Referenser

1. Ehrenreich B, English D. For her own good. 150 years of experts advice to women. London: Pluto Press, 1979.
2. Johannisson K. Den mörka kontinenten. Stockholm: Norstedts förlag, 1994.
3. Kvinnovetenskaplig Tidskrift [tema medicinsk kvinnoforskning] 1980; (4): 1.
4. Johnson K. Utredningen om jämställd vård. Kvinnor ska inte behandlas efter mall för män. Läkartidningen 1996; 93: 3094.
5. Krarup Sørbye I. Om kjønnsforståelser i medisin – en kritisk betraktning. Oslo: NAVF Nytt om kvinneforskning 1996; (2): 4-16.
6. Mörtberg C. En vandring i kvinnoforskningens teorier och metoder. Luleå: Högskolan i Luleå, 1995. Forskningsrapport Tulea 1995:23.
7. Olsson H. Karolina och prostitutionen [föredrag]. I: I Karolina Widerströms fotspår. 100 år med kvinnliga läkare. Stockholm: Kvinnliga läkares förening, 1988.
8. Borum K. Medicinsk kvindeforskning i videnskabsteoretisk belysning. I: Kvinnohälsa – praktik och forskning. Socialmedicinsk Tidskrift 1985; 62(8-9): 359-65.
9. Carlstedt G, Forssén A. Forskarinnan och förförståelsen – om problemställningar, förutfattade meningar och berättarmöten. 6:e nordiska seminariet i medicinsk kvinnoforskning. Umeå: Institutionen för allmänmedicin, Umeå universitet, 1994. Allmänmedicinsk rapport nr 4.
10. Keller EF. A feeling for the organism. San Francisco: Freeman, 1983.
11. Trojer L. Naturvetenskapen sedd genom feministisk kunskapsteori. I: Hermodsson E, Trojer L, red. Ikaros med två bröst – kvinnan och naturvetenskapen. Stockholm: Carlssons bokförlag, 1995.
12. Uvnäs-Moberg K. Det är inte bara könet som skiljer. Rapport från II:a nordiska seminariet i medicinsk kvinnoforskning. Luleå: Karolinska institutet, socialmedicinska forskningsenheten i Luleå (nuvarande samhällsmedicinska enheten i Luleå), 1985.
13. Harding S. The science question in feminism. Stony Stratford: Open University Press, 1986.
14. Folkhälsorapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994. SoU-rapport 1994:9.
15. Bleier R. Sex differences research. Science or belief? In: Bleir R, ed. Feminist approaches to science. New York: Pergamon Press, 1986.
16. Forssén A, Hamberg K. Nyansera debatten om likhet och särart. I: »Hormoner och positioner». Bang 1994; 1: 37-8, 61.
17. Kvinnors (o)hälsa ur ett genusperspektiv [symposium vid Läkaresällskapets riksstämma 1995]. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet och Spri, 1996. Svensk Medicin nr 49.
18. Hur mår du kvinna? Hur mäns sexuella våld påverkar kvinnors hälsa. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige, 1995.
19. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Bergen: Universitetet i Bergen, institutt for allmennmedisin, TANO, 1990. Allmennpraktikerserien.
20. Gulbrandsen E. »Vitenskap er ingen frøkensport». Oslo: NAVF Nytt om kvinneforskning 1990; (2): 53-62.