

Empowerment i gynstolen. Teori, empiri och möjligheter

Skamlig eller värdefull? Uppfattningen om den egna kroppen är central vid gynundersökningar. Via kunskap och respekt kan kvinnor erövra makt i den gynekologiska undersökningssituationen. **BARBRO WIJMA OCH KARIN SIWE**

Gynekologiska undersökningar är vanliga ingrepp. En uppskattning visar att det utförs cirka 1,5 miljoner gynekologiska undersökningar per år i Sverige (Nilsson 1996). Undersökningarna är alla var för sig ett rollspel för två, där dramat kan utformas på ytterst olika sätt och för kvinnor få allt ifrån en läkande till en mycket skadande effekt. En vanlig delkomponent i deras upplevelse är till exempel att känna sig förnedrad (Areskog-Wijma 1987a). Hur den gynekologiska undersökningssituationen i stället skulle kunna användas på ett för kvinnan läkande och stärkande sätt är tyvärr ett föga utforskat fält.

Ordet "empower" betyder enligt lexikon "tillåta, ge makt/styrka/möjligheter/medel, ge någon rätt att, sätta i stånd att". Med "empowerment" i gynstolen avses att förskjutning av makt och möjligheter sker i undersökningssituationen. Är detta möjligt?

Vi är båda gynekologer och har i över 20 år arbetat med att undervisa läkarstudenter och så småningom även barnmorskestudenter i gynekologisk undersökningsteknik med professionella patienter som studenternas instruktörer utifrån "patientpositionen" (Wijma 1990a, 1990b). Detta arbete har fått oss att tänka på helt nya sätt om undersöknings-

situationen och om hur den kan användas för att kvinnan ska vara delaktig i skeendet och ”växa som kvinna i gynstolen”; det vill säga för att initiera ”empowerment”.

I denna artikel beskriver vi utifrån erfarenheter, forskningsrön och teorier först allmänt kvinnans respektive undersökarens upplevelser av undersökningssituationen, och hur mötet konstrueras dem emellan (fortsättningsvis benämns patienten ”kvinnan” och gynekologen/barnmorskan som utför den gynekologiska undersökningen ”undersökaren”). Erfarenheterna av de professionella patienternas utveckling tas därefter som utgångspunkt för en diskussion av begreppet empowerment och dess tillämpning på den gynekologiska undersökningssituationen.

Kvinnans och undersökarens upplevelser

I en gynekologisk undersökning undersöks kroppsdelar som har stor betydelse i kvinnors liv. Kvinnor skildrar detta i en av våra studier med uttryck som:

Underlivet är det mest personliga efter själen.
Man blottar sig själv i en gynundersökning.

Man exploaterar det allra heligaste...

Det intimaste man har... något man vill bevara för sig själv... en hemlig del... (Areskog-Wijma 1987a).

En undersökning upplevs också ofta som något unikt som upptar uppmärksamhet både före och efter det att den ägt rum.

Ett flertal studier har visat att kvinnor har negativa känslor förknippade med den gynekologiska undersökningen (Areskog-Wijma 1987a, Vondruska-Benkert 1995). Även om kvinnor i Sverige har en positiv inställning till att undersökningen utförs, är upplevelsen av den konkreta situationen oftast negativt färgad (Wijma 1998a). En ansevärd andel av svenska kvinnor känner sig förnedrade vid en

gynekologisk undersökning (Areskog-Wijma 1987a). Kvinnor skildrar undersökningssituationen med uttryck som till exempel ”det är så skämsigt”, ”man är så utlämnad”, ”det är det värsta jag vet”.

Kvinnor laddar ofta undersökningssituationen med känslor som har med sex och kränkningar att göra (Areskog-Wijma 1987b). Även om det ”bara är en medicinsk undersökning som ska genomföras” handlar det om de organ med vilka kvinnor har möjlighet att uppleva oerhört intensiv njutning och närhet till en annan människa. Det ligger därför nära till hands för dem att associera till en sexuellt laddad upplevelsesfär, och det som utspelas vid undersökningen kan plötsligt börja tolkas utifrån denna sfär. Eftersom kvinnor känner sig så utlämnade i undersökningssituationen, kan bristande respekt i någon detalj ibland upplevas som en grov kränkning.

Undersökaren har ett helt annat slags bage med sig till undersökningssituationen. För honom eller henne är situationen vanlig och kan ha något banalt över sig. Det föreligger ingen risk att bli kränkt. Ofta är undersökaren inte medveten om vilka laddningar som ligger på lur hos kvinnan. Skulle tanken snudda vid dem kan det kännas hotfullt att erkänna deras existens. Olika försvarsstrategier kan istället tillgripas, som till exempel en överdriven ”objektifiering” av patienten. Hos en kvinna som har börjat associera till en tidigare sexuell upplevelse kan en sådan reaktion hos undersökaren leda till att hon känner sig förnedrad på ett sätt som hon inte kan ta på eller förstå: ”Undersökaren sa ju inget hemskt; det är bara jag som är knäpp...”.

Mötet i gynstolen

I mötet i gynstolen ställs stora krav på undersökaren. I samförstånd med kvinnan omdefinieras verkligheten så att det ”omöjliga

blir möjligt”: kvinnan blottar sitt sköte utifrån en position av underkastelse och låter en annan person ställa sig alldeles intill henne mellan hennes särade ben (Areskog-Wijma 1987b, Wijma 1998c). Undersökaren för in sina fingrar i hennes slida och lägger resten av samma hand mot skötet. Den andra handen placeras på den nedre delen av hennes nakna buk, oftast på könsbehåringen. Undersökaren ser henne i ögonen. I alla andra situationer skulle båda parter vara helt överens om att denna situation har en sexuell innebörd, och att kvinnans tillåtande ger en fingervisning om vad som kan få utspelas därefter. I den gynekologiska undersökningssituationen blir emellertid de två parterna överens om att beskriva händelsen som en medicinsk undersökning. En kognitiv omstrukturering sker hos dem båda (Areskog-Wijma 1987b). Ett sätt att genomföra denna är att understryka situationens medicinska innebörd till exempel genom en förutbestämd ordning på de ingående momenten, undersökarens vita rock och kanske en medicinskt fokuserad verbal kommunikation (Emerson 1970, Wijma 1998c). En annan strategi för att uppnå denna omdefiniering av verkligheten är att utnyttja särskiljande moment (Emerson 1970, Wijma 1998c). Så klär till exempel kvinnan ofta om sig och tar på patientattribut inför undersökningen. Denna äger oftast rum i ett separat undersökningsrum som bär få likheter med ett vanligt rum och gynstolen har få drag av bekväm säng. Undersökaren bär handske på sin inre hand för att skilja sin hud från kvinnans slemhinnor och därmed undgå direkt beröring.

Parallellt med att denna kognitiva rekonstruktion av verkligheten ska upprätthållas behöver emellertid undersökaren också ha sina känslor med sig som ett slags resonansbotten, vilken han/hon kan använda för att tolka de icke-verbala budskap som kvinnan

sänder i undersökningssituationen (Areskog-Wijma 1987b, Wijma 1991a, 1998c). Först om undersökaren ”testar” den mottagna signalen mot sitt eget känsloregister kan vederbörande göra följande tankemanöver: ”Vad känner jag? Från vem kommer det jag känner – från mig själv eller från kvinnan? Om känslsignalen kommer från kvinnan: Vad säger mig det jag känner om vad som händer i henne just nu? Och vad behöver då kvinnan få för signal tillbaka från mig? Hur skulle en läkande signal se ut?”

En undersökning som rymmer optimala möjligheter för kvinnan blir alltså något av en känslomässig paradox: situationens sexuella innebörd definieras bort, men undersökaren räknar ändå med att kvinnan kan börja associera till en sexuellt färgad referensram. Samtidigt har undersökaren sina egna känslor med sig i situationen för att kunna svara på kvinnans signaler om sina upplevelser på ett för henne så välgörande sätt som möjligt (Wijma 1998c).

Förutom denna komplexa interaktion ska undersökaren hantera en rad andra uppgifter. Han/hon ska göra sig en tredimensionell bild i huvudet av vad som finns mellan händerna, bestämma dettas läge i lilla bäckenet och jämföra palpationsfyndet med den bank av andra palpationsfynd, som är lagrade i hjärnan, för att därigenom kunna tolka det. Likaså ska undersökaren värdera vilka konsekvenser fyndet kan få, och hur kvinnan ska informeras därom när undersökningen avslutats. Det gäller även att på ett pedagogiskt sätt berätta för kvinnan under undersökningens gång vad han/hon gör och finner. Undersökaren måste dessutom i sitt kroppsspråk uppträda så att kvinnan känner sig trygg och vågar slappna av så att det alls blir möjligt att undersöka. Alla dessa komplexa uppgifter behöver naturligtvis tränas. Detta sker i viss mån idag i grund-

utbildningarna, men kunde göras än mer medvetet och med hjälp av specialdesignat undervisningsmaterial.

Hur den känslomässiga paradoxen ska hanteras, tränas eller kanske till och med utnyttjas diskuteras föga. Här finns därför stort utrymme för förändringsarbete. För just i denna paradox ligger en nyckel till alla de möjligheter som ryms i den gynekologiska undersökningssituationen, vilka idag inte utnyttjas till sin fulla potential.

Undervisning med professionella patienter

Det är en angelägen uppgift att lära blivande läkare att genomföra en gynekologisk undersökning på ett för kvinnan bra sätt. Samtidigt behöver studenten få möjlighet att träna sig på att samordna alla de komplexa uppgifter han/hon har. Dessa mål kan inte traditionella undervisningsmodeller erbjuda; till exempel när studenten följer med en gynekolog, ser på hur vederbörande bär sig åt och sedan själv försöker göra likadant. Studenten kan ju inte exakt se hur den erfarna undersökaren gör och får heller ingen säker återkoppling på om han/hon gjort rätt. Dessutom behöver studenten i snitt 30 minuter för att genomföra sin första undersökning på ett sätt som gör att vederbörande förstått vad han/hon gjorde (Wijma 1990a). Så mycket tid är det naturligtvis omöjligt för studenten att få när han/hon ska göra sin första undersökning på en "vanlig" patient.

I Norden introducerade vi 1982 en undervisningsmodell i gynekologisk undersökningsteknik för medicine kandidater med hjälp av professionella patienter (Wijma 1990a, 1990b). Modellen erbjuder lösningar på bland annat de undervisningssvårigheter som skildrats ovan. De professionella patienterna är kvinnor som är friska och som deltar i en gynekologisk undersökning som studenternas

instruktörer utifrån en patientposition. Kvinnorna har fått utbildning om könsorganens namn, anatomi, funktion och om undersökningens teknik och psykologi. De har alla blivit undersökta på det sätt som vi önskar lära ut till studenterna och de har tagit del av samma undervisningsmaterial som studenterna. Kvinnorna har härigenom ett överläge i förhållande till studenterna.

Ramarna för undervisningen är 3–4 timmars gruppövning på kvällstid med en inledande diskussion i grupp, praktiska övningar och en avslutande utvärdering i grupp. Under den inledande diskussionen berättar kvinnorna varför de deltar, studenterna talar om sina förväntningar och ställer frågor och handledarna presenterar "reglerna". Studenterna får i förväg berätta om de till exempel är rädda för att göra kvinnan de undersöker illa eller om de är rädda för sina egna sexuella associationer. De blir sedan bemötta på dessa punkter av de kvinnor som de möter och som är helt trygga i dessa avseenden. Reglerna för kvällen är till exempel att det finns så mycket tid som behövs för att studenten ska komma på hur man gör, att kvinnorna säger till så fort något gör ont, att kvinnorna vet om studenten känner på rätt ställe eller ej, att inga latinska ord eller facktermer får användas och att handledaren korrigerar alla olämpliga uttryck. De tydliga reglerna skapar trygghet. Fyra studenter, två kvinnor och en handledare bildar en grupp. Två studenter undersöker en kvinna. Gruppen hålls oftast ihop under övningen eftersom studenterna lär sig mycket genom att följa kamraternas svårigheter och därigenom träna sin egen färdighet *in vitro*, det vill säga genom att föreställa sig hur kamraten gör, vad han/hon känner och kanske testa greppen i luften. Den första studenten i gruppen behöver oftast 30 minuter för att genomföra en komplett undersökning medan

den fjärde i gruppen vanligen är klar på 15 minuter. Studenterna kan redan vid detta första undervisningstillfälle säkert känna och beskriva livmodern, och nästan alla har också säkert känt minst en äggstock. Studenter som undervisats av professionella patienter blir bättre på att palpera livmoder och äggstockar och att återge sina fynd än studenter som undervisats med traditionell metod (Wijma 1990a, 1990b).

En avsikt med modellen är att studenterna ska lära sig att respektera kvinnan i undersökningssituationen och kunna uttrycka detta på ett mycket konkret praktiskt plan. En annan avsikt är att förändra rollfördelningen i situationen så att kvinnan blir överordnad undersökaren, det vill säga studenten. Kvinnan i modellen har all makt och kontroll och har dessutom kunskap om sitt underliv, en kunskap som hon väljer att erbjuda studenten. Rollförändringen medför en väsentlig stressreduktion vilket gynnar inläringen i den komplexa situation som gäller (Wijma 1990a). Parallellt härmed ges ett tydligt exempel på vilka konsekvenser denna rollfördelning har för kvinnan och undersökaren. De professionella kvinnliga patienterna förändrar genom sitt uppträdande situationen till en "Empowering Pelvic Examination" (EPE), och hela upplevelsen kommer att fungera som en modell för hur studenten i framtiden ska uppträda i en liknande situation.

I utvärderingen efteråt uttrycker grupp efter grupp av studenter samma fenomen: hur fyllda av respekt och aktning de är inför kvinnorna och hur oerhört tacksamma de känner sig för vad kvinnorna gett till dem. Både kvinnor och studenter karaktäriserar undervisningen som ett äkta möte med ömsesidigt givande och tagande.

Efter några års arbete med samma kvinnor började vi bli rädda för att de skulle kunna

känna sig utnyttjade. Detta förnekade de och flera av dem valde också att hålla på i 5–10 år. Kvinnorna hävdade att de lärde sig så mycket att de ville fortsätta, och vi insåg också att det skedde stora förändringar hos dem. En kvalitativ studie pågår för att försöka fånga kärnan i denna förändring. I en fokusgruppintervju uttryckte kvinnorna sina upplevelser:

Vartefter vi är med och lär oss mer, förändras vår roll. Till att börja med undervisade handledaren mycket. Nu lämnar vederbörande mer och mer över till oss och drar sig tillbaka. Detta är en ömsesidig förändring, där bådadas vilja till förändring är en förutsättning.

Handledaren har en roll, också när kvinnan klarar den mesta undervisningen själv. Gynekologen ger med sin närvaro acceptans för att det är legitimt att förhålla sig så till kvinnan: Ge henne kontroll, möjlighet att styra, respektera henne in i minsta praktisk detalj och värdera den kunskap, som hon besitter om sin kropp. Gynekologen blir därmed en förebild för studenten för hur en läkare ska bete sig mot en patient.

Det är ett privilegium att veta hur allt känns inne i ens egen kropp. Vi har fått tillbaka vårt underliv. Vi har fått lära känna den delen av vår kropp och har fått unik kunskap om de mest intima delarna; "det allra heligaste". Detta påverkar vår känsla för vår kropp, så att vi blir stolta över den. Det spelar inte längre någon roll, hur vi ser ut därnere. Vi är stolta över vår kunskap, över våra kroppar och över vad vi kan förmedla.

Som professionell patient växer man som kvinna. Man får en "jäkla känsla" för sin egen kropp. Det har man nytta av i alla människomöten. Och ingen läkare kommer någonsin, i någon situation, att kunna göra mig illa. Jag kan alldeles för mycket nu om spelet mellan läkare och patient; också när kroppen är naken och undersöks.

Det är så nedärvt med känslor att man är ful, äcklig, inte normal där nere, och att det är skamligt att vara naken och t.o.m. visa upp sitt underliv. Allt sådant är borta nu. Jag är stolt över min kropp och mitt underliv för första gången i mitt liv. Jag har något fint som studenterna får undersöka, och jag kan ge dem något värdefullt.

Kvinnorna upplever således att de växer som kvinnor och blir stolta över sina underliv och över vad de kan. Könet får ett värde när det inte längre är hemligt och skamligt, utan blir öppet visat – och högt värderat. Hela kroppen tycks få ett större värde. Kvinnorna växer också i patient-läkarrelationen och i andra relationer. De vet dessutom att de besitter en helt unik kunskap om hur deras inre ”ser ut” och de har tillägnat sig en unik kompetens att förmedla sin kunskap om sin kropp.

Tillämpningar på speciella patientgrupper

När en kvinna kommer för sin första gynekologiska undersökning kan undersökarens finger vara det första som penetrerar hennes slida. Det är lätt att förstå att situationen rymmer sprängstoff som kan göra den till en oerhört stark upplevelse med antingen positiva eller negativa konsekvenser. I vår medikaliserade kultur kan situationen fungera som en positiv intiationsrit till en vuxen kvinnas sexliv, men den kan också bli en traumatisk upplevelse som stör kvinnans förmåga att genomföra samlag. Vad undersökaren uttrycker i det komplexa spel som skildrats ovan får stor betydelse. Att använda situationen som en EPE kan innebära till exempel att undersökaren i sitt kroppsspråk uttrycker att kvinnans kropp är något värdefullt som är värt aktning. Undersökaren kan också explicit och i en rad gester ge kvinnan total kontroll över situationen, sin kropp och sin slidingång. Att vederbörande visar respekt för de gränser

kvinnan sätter kan få ett stort inflytande över om hon vågar sätta de gränser hon önskar i andra penetrationsituationer (Wijma 1991b).

En del av dessa kvinnor är enbart rädda medan andra också har slidkramp. För båda grupperna gäller att den gynekologiska penetrationsituationen har blivit betingad med rädsla och boten ligger i att bryta denna betingning (Wijma 1997). Detta sker genom att rädslan elimineras från penetrationsituationen. Den verksamma strategin är att ge kvinnan total kontroll över situationen och låta henne styra, också i till synes oväsentliga detaljer. För att kvinnan ska erövra total kontroll över den fruktade situationen är också kunskap ett medel. När hon vet mycket om situationen och om de moment den innehåller kommer successivt en ökande känsla av kontroll. För att uppnå detta undervisar kvinnan om hur en gynekologisk undersökning går till, till exempel genom att hon får studera studenternas instruktionsfilm (Wijma 1995). Sedan får hon lära sig att steg för steg utsätta sig för det hon fruktat, men i så små bitar att hennes rädsla inte ökar nämnvärt för varje nytt steg hon vågar ta (systematisk desensibilisering; Wijma 1997).

Det som kännetecknar processerna i dessa två exempel kan beskrivas som empowerment i gynstolen.

I vanliga undersökningssituationer

Medan kvinnan är kvar i samtalsrummet och fortfarande har kläderna på sig kan undersökaren demonstrera vem som bestämmer över kvinnans kropp genom att fråga om hon vill bli undersökt. Det är alltså kvinnan som får ta beslutet om att en undersökning ska utföras just då och av just den undersökaren. När kvinnan bestämt att hon vill bli undersökt och klättrat upp i gynstolen frågar undersökaren om hon ligger bekvämt

och om benstöden passar. Dessa justeras annars till att passa just den aktuella kvinnans lårlängd. Nästa fråga kan vara om hon önskar komma högre upp med huvudet för att få bättre kontroll över vad som händer. Det är lämpligt att kvinnans ögonhöjd rumsligt hamnar över undersökarens. Undersökaren kan fråga kvinnan om hon själv vill se vad vederbörande ser vid sin inspektion. Detta går utmärkt med hjälp av en spegel som kvinnan själv håller.

Undersökaren benämner explicit de yttre könsorganens olika delar, och att ”de ser normala ut”. I takt med att respektive inre könsorgan palperas berättar undersökaren om sina palpationsfynd. När kvinnan kopplar ihop sensationerna från att organen palperas med de föreställningar som undersökarens beskrivning skapar, uppstår tredimensionella bilder i kvinnans huvud av hur hennes inre könsorgan ”ser ut”, hur de ”känns” när de palperas och hur de är orienterade i lilla bäckenet. Detta ger kvinnan en ny kunskap om sin kropp.

Allt som sker under undersökningen benämns konsekvent på kvinnans eget språk. Hon får därigenom en ordbank om sitt underliv, vilket gör det enklare för henne att själv benämna, ställa frågor och öka sin kunskap.

Ibland säger kvinnan under undersökningens gång att något gör ont: undersökaren bekräftar då villkorslöst hennes upplevelse och frågar om hon önskar att undersökningen ska avbrytas. Ibland är det undersökarens ansvar att säga: ”Jag vill inte fortsätta att undersöka dig, eftersom det gör ont och jag inte vet hur jag bäst ska hantera situationen”.

Allt beteende hos kvinnan som innebär ett steg i rätt riktning till hennes erövrande av makt i situationen förstärks när det bejakas.

Undersökaren behöver granska sina attityder: kvinnan har hela tiden kontrollen över

situationen, och undersökarens uppgift är att se till att så sker. Uppgiften liknar tjänarens och innebär en servicefunktion på kvinnans villkor.

Undersökaren har ansvar för att demonstrera för kvinnan hur hon kan göra för att slappna av i undersökningssituationen. Om vederbörande försöker och kvinnan inte kan bör en möjlig tolkning för båda kunna vara att kvinnan inte vill eller ens bör bli undersökt av just den undersökaren vid det tillfället.

Maktstrukturer i mötet

Enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen har patienten full bestämmanderätt över sin kropp också när hon söker hjälp i vården (*Svensk författningssamling* 1982). Men när hon kommer till vården med sitt problem får hon automatiskt en position av underordning, bara genom det beroende hon upplever av sjukvårdens kompetens och resurser.

Lindén hävdar i sin avhandling att patienten och läkaren redan från början möts på ojämlika villkor eftersom all kompetens förmodas ligga hos läkaren, som tilldelas monopol också på den kunskap som handlar om patientens kropp (Lindén 1994). Det ligger inom läkarens befogenheter att sätta gränser för vad som är friskt och sjukt, normalt och onormalt, tolka symtom och också besluta hur det sjuka eller onormala tillståndet skulle kunna botas. Medialisering innebär ur detta perspektiv en maktförskjutning.

Även om Sverige är ett samhälle som hyllar jämställdhet finns det också här ett (dolt?) kulturellt mönster av manlig överordning och dominans. Många kvinnor fogar sig i ett hierarkiskt mönster av manlig överordning.

I den gynekologiska undersökningssituationen är patienten en kvinna och undersökaren man eller kvinna. Om undersökaren är en man adderas de positions-

skillnader som samhället tilldelar könen, till den underordning kvinnan har enbart genom sin roll som patient.

Majoriteten av svenska kvinnor anser inte att könet på undersökaren vid en gynekologisk undersökning har betydelse (Areskog-Wijma 1987a). Det handlar istället om vederbörandes uppträdande och graden av uttryckt respekt. Bland dem som uttalar en könspreferens (42 procent) föredrar dock 85 procent en kvinnlig undersökare. Detta skulle kunna tolkas som att dessa kvinnor inte önskar att addera det könsrelaterade maktgapet till den obalans som redan finns ifråga om makt.

Barnmorskor i Sverige utför vissa delar av gynekologisk undersökning i samband med preventivmedelsrådgivning och i samband med cytologprovscreening. I båda dessa situationer är patienten inte sjuk och har därmed inte ett så uttalat beroende av vårdgivaren som när hon söker hjälp för symtom hon tror betyder att hon är sjuk. Kanske uppfattas också barnmorskan av patienten som någon som står närmare henne själv i position än läkaren. Maktgapet mellan barnmorskan och patienten/kvinnan kan därför förväntas bli mindre än mellan kvinnan och en kvinnlig gynekolog.

Patientens relation till sin egen kropp är sammanvävd med hennes självaktning och självkänsla, vilket redan från början avgör vilken position hon intar, helt oberoende av relationen till undersökaren. Kvinnan tilldelar sig själv en högre position om hon känner sig hemma med sin kropp, om hon är stolt över den, värderar den högt och har upplevt mycket njutning och närhet med hjälp av den, än om hon har upplevelser av motsatt slag. Detta gäller särskilt när kontakten med vården innebär en gynekologisk undersökning.

Den kvinna som å andra sidan nedvärde-

rar sin kropp kan komma till en gynekologisk undersökning med tankar som:

- Han/hon får veta saker om min kropp som jag inte känner till.
- Undersökaren kan kolla om jag är normal där nere; vad händer om jag inte är det?
- Han/hon kan se vad jag har gjort och varit med om.
- Om undersökaren är tyst betyder det att han/hon tycker att jag är äcklig.
- Han/hon har säkert aldrig sett någon som ser så ful ut som jag.

Den mest extrema formen av nedvärdering kan finnas hos kvinnor som varit utsatta för övergrepp. De kan ha ett mycket speciellt sätt att tänka, med en karaktäristisk uppsättning av kognitiva distorsioner (Jehu 1988, Wijma 1993, Wijma 1998b). Detta tanke-mönster gör att de är benägna att tolka allt som händer dem på ett sätt som ökar risken för att de ska uppleva kontakter med vården som nya traumata. Vårdpersonal uppfattar ofta inte ens att de medverkar i sådana oavsiktliga retraumatiseringar av kvinnor (och män) med bakgrund av övergrepp. Upplevelser av att ha blivit kränkt i vården är vanliga och fanns till exempel hos 16 procent av kvinnorna i ett slumpvis urval i Östergötland (Swahnberg *submitted* 2000).

Exempel på maktförskjutning

Vi har tagit för vana att fråga kvinnor som söker hjälp: "Vill du att jag ska undersöka dig?". Kvinnorna brukar då titta på oss med oförställd häpnad och fråga: "Måste jag inte det?" (Wijma 1998b). Kvinnor tycks förutsätta att om de ska få hjälp för sitt problem, måste de avsäga sig rätten att bestämma över sin egen kropp. Eftersom andra undersökare så sällan tycks fråga, måste de å sin sida anse att kvinnor gett informerat samtycke till en gynekologisk undersökning bara i och med att de sökt

hjälp på en kvinnoklinik. Dessa ömsesidiga maktförskjutningar i beslutsprocessen om gynekologisk undersökning ska företas eller ej, konstruerar kvinnans utgångsposition när hon närmar sig gynstolen.

Många kvinnor rapporterar att när de var gravida var det annorlunda att bli gynekologiskt undersökt: "Då var det för barnets skull". Underförstått är att det blir svårare att stå för sina behov när det till exempel gäller att få preventivmedel för att kunna njuta av sin sexualitet utan avsikt att bli gravid. Det finns således fortfarande en underliggande attityd i vår kultur att kvinnor känner skam för att de vill kunna njuta av sin sexualitet. De kvinnor som känner så bär med sig denna känsla till den gynekologiska undersökningen och intar därmed en position av underläge bara i och med denna inställning.

En rad aspekter i kroppskontakten i undersökningssituationen förskjuter makten till undersökarens fördel. Några exempel:

- Kvinnan upplever att hon exponerar sin sexualitet, inte bara sitt underliv, för undersökaren och att denne/denna värderar också hennes sexualitet.
- Hon upplever också att hennes integritet hanteras av undersökaren, samtidigt som han/hon inspekterar och palperar hennes könsorgan.
- Kvinnan är naken avseende den mest laddade kroppsdel, könsorganen, medan undersökaren är påklädd och oftast till och med "uniformerad".
- När kvinnan tillåter undersökaren att tränga in i henne med en hand och lägga den andra på hennes blottade könsbehåring signalerar hon också att hon är utlämnad till hans/hennes godtycke.
- I kroppsspråket uttrycks attityder mycket kraftfullare än i ord. Om undersökaren uttrycker en attityd verbalt i konsultationen

och en motsatt i kroppsundersökningen får kvinnan ett förvirrande budskap. Det hon uppfattar med hjälp av kroppsspråket blir det som dominerar hennes slutliga intryck, även om detta är vagt och svårt för henne att sätta ord på och vid behov försvara sig mot.

– Undersökaren har kvinnans könsorgan bokstavligt talat mellan sina händer. Detta bidrar till att det som förmedlas med hjälp av kroppsspråket kan få en sådan genomslagskraft.

Sammanfattningsvis är kvinnan i undersökningssituationen oerhört utlämnad, och det som utspelas har en stark potentiell sprängkraft. Dessa egenskaper i situationen kan användas strategiskt för att förskjuta maktbalansen till kvinnans fördel och skapa EPE.

Teorier om empowerment

Empowerment som begrepp dök upp i USA på 1970-talet och var nära besläktat med sociala aktivitetssideologier och självhjälpsrörelsernas framväxt. Solomon och Riger var bland de första som beskrev begreppet i samband med mobiliseringen av svarta (Solomon 1976) och organiserandet av feministiska rörelser (Riger 1981). Freire hade dock redan 1970, i sin bok *Pedagogy of the oppressed*, presenterat de grundläggande principer ur vilka empowerment växt fram (Freire 1970).

Hela demokratibegreppet och dess förkroppsligande i våra politiska institutioner är baserat på principen att medborgare ska vara delaktiga i allt beslutsfattande som rör deras välfärd (Swift 1987). Begreppet underförstår både individens förmåga att fatta beslut om sitt eget liv och ett demokratiskt deltagande i samhällslivet. Empowerment innefattar både en psykologisk bedömning av individens kontroll över sin personliga situation och aktuellt socialt inflytande, politisk makt och

lagliga rättigheter (Rappaport 1981).

Begreppets bredd har successivt bidragit till en uttunning av dess klarhet och betydelse. Det finns också en rad olika definitioner i cirkulation om vad begreppet innebär. Vi vill framhålla tre egenskaper som är grundläggande för hur vi kommer att använda det i relation till den gynekologiska undersökningssituationen (Swift 1987):

1. Empowerment innebär utvecklandet av ett speciellt sinnestillstånd av att känna sig ha makt, vara kompetent och värd uppskattning.
2. Empowerment omfattar den modifiering av omgivande strukturer, som är nödvändig för en omfördelning av makt.
3. Empowerment är både en process och ett mål.

Levins analytiska schema om klassmedvetenhet har använts för att beskriva tre utvecklingsfaser i en process av empowerment (Levin 1975):

- Kognitiv medvetenhet om de egna intressfärerna, om den egna positionen i relation till hur makt är fördelad i det dominerande sociala systemet och om andras position i relation till en själv i detta system.
- Affektiva reaktioner till följd av en ökad kognitiv medvetenhet särskilt gällande relationer till andra personer.
- Viljemässig, handlingsinriktad målmedvetenhet för att förändra den sociala distributionen av makt för att förbättra de egna sociala villkoren.

Varje stadium ovan är en nödvändig förutsättning för det följande. Det nödvändiga villkoret för att empowerment ska äga rum är en kombination av alla tre stadierna (Swift 1987).

Begreppet empowerment befattar sig inte med en absolut mängd makt, utan gäller bara den relativa distributionen av makt. Makt kan i denna begreppsapparat inte betraktas

som ett nollsummespel. När en persons makt ökar innebär detta inte automatiskt att någon annans makt måste minska (Swift 1987).

Empowerment är en pågående process genom vilken en "disempowered" person försöker uppfylla sina behov och bevaka sina rättigheter. Äkta empowerment förutsätter att den som är disempowered inte bara deltar i beslutsfattande, utan i själva verket beslutar. Att vara empowered är inte att vara involverad i en process, utan att agera (Swift 1987).

Tillämpning i gynstolen

Tillämpningen av Swifts teorier på den gynekologiska undersökningssituationen skulle innebära, att när en kvinna är med om en EPE ökar hennes känslor av att vara stark, kompetent och värd aktning. I en parallell process förändras strukturer i de system som omgärdar den gynekologiska undersökningssituationen, så att makt också i verkligheten överförs från systemet och dess uttolkare till kvinnan. Kvinnokliniken ifråga proklamerar till exempel officiellt som sin målsättning att vilja skapa EPE så ofta det är möjligt och i så stor utsträckning som möjligt. Bakgrunden till proklamationen är en övertygelse om att övergång till EPE innebär fördelar och vinster för kvinnorna. Målsättningen accepteras samtidigt som en process av ömsesidig förändring, såväl hos kvinnorna som hos strukturerna, även om förlopp och riktning av förändringen inte är helt kända i förväg. Bland undersökarna startar en gruppprocess där rollförskjutningen för undersökaren diskuteras och attityder till förändringen ventileras: undersökaren övergår från att vara bara medicinsk expert till att också uppträda som kvinnans tjänare med uppgift att i alla detaljer uttrycka respekt och aktning, göra henne delaktig i vad som sker och ge henne allt större möjligheter att genom ökad kun-

skap själv kunna bedöma sitt problem.

Vissa förutsättningar krävs hos kvinnorna för att en sådan utveckling ska komma igång. En serie förändringar ska ske i en bestämd ordning: Först en medvetenhet hos kvinnor om deras position i förhållande till undersökaren i det maktspel som finns i den gynekologiska undersökningssituationen. Därefter känslomässiga reaktioner på vad som upptäcks och ett beslut att förändra maktbalansen i undersökningssituationen så att de egna intressena bättre tas tillvara. Omfördelningen av makt i undersökningssituationen tar inte bort makt från undersökaren, eftersom makt i denna teori har en expanderande karaktär.

En sådan process är redan igång i gruppen av professionella patienter och i deras handledargrupp.

Förändrande praktik

De professionella patienterna genomgår förändringar som kan beskrivas som empowerment i gynstolen. Undervisningssituationen demonstrerar hur en EPE kan fungera. Skulle kvinnor i allmänhet kunna bli delaktiga av dessa förändringar? Hur skulle det i så fall åstadkommas? Finns det en motivation hos kvinnor i allmänhet att erövra mer makt i gynstolen? Skulle det i så fall kunna leda till att kvinnor *enbart* vill ha EPE? Skulle systemen vara beredda att följa med i en sådan utveckling? Svaren finns inte men väl en drivkraft att utforska möjligheterna.

I vårt fortsatta forskningsprogram ingår följande projekt där vi erbjuder kvinnor i allmänhet två olika former av EPE med åtföljande utvärdering:

1. Att komma till Kvinnokliniken för att ta del av undervisningsmaterial om gynekologisk undersökning och vara med om två EPE med några veckors mellanrum. Därefter delta

i en utvärderande studie om hur denna upplevelse påverkat deltagarna. Helst ska båda delmomenten ske i grupp.

2. Att komma till Kvinnokliniken för att ta del av undervisningsmaterial om gynekologisk undersökning och vara med vid två undervisningstillfällen på en docka som har en elektronisk utrustning kopplad till sin livmoder och sina äggstockar så att kvinnan som undersöker kan få återkoppling när hon känner på rätt ställe (Pugh 2001). Syftena med denna studie är två: Att kvinnan lär sig att göra en gynekologisk undersökning i förklarad form och därmed får en annan känsla av kontroll när hon själv blir undersökt, och att kvinnan får ökad kunskap om hur hennes kropp är uppbyggd och börjar skapa tredimensionella föreställningar om de inre könsorganens storlek, form, läge etcetera. Därefter deltar kvinnan i en utvärderande studie om hur denna upplevelse påverkat henne. Helst ska båda delmomenten ske i grupp.

Båda dessa projekt är i planeringsfas och kommer att genomföras under 2002. En pilotstudie till del 2 pågår.

Är det möjligt att hos kvinnor i allmänhet initiera sådana förändringar som leder till att kvinnorna enbart vill undersökas med EPE och inte längre godtar andra former av gynekologiska undersökningar? Vilka förändringar skulle i så fall uppstå parallellt i existerande strukturer i sjukvården och i attityder till den egna rollen bland undersökare? Hur skulle kvinnors och undersökares attityder till maktbalansen i undersökningssituationen förändras? Om kvinnor erövrade makt i den gynekologiska undersökningssituationen – skulle det smitta av sig till andra situationer och relationer? Skulle dessa kvinnor uppträda på ett annat sätt än tidigare i andra vårdssituationer?

Hur processen skulle förlöpa eller sluta

vet vi inte. Det ingår just i förutsättningarna för empowerment. Men om underordning bidrar till ohälsa hos kvinnor, skulle processen sannolikt främja kvinnors hälsa. Eftersom den gynekologiska undersökningssituationen kännetecknas av interaktion via kroppsspråk rymmer den en stor potential. Eventuella positionsförskjutningar uttrycks ju direkt i kroppsspråket. Händernas möjligheter att förskjuta makt är sannolikt en outnyttjad resurs för den vårdpersonal som har privilegiet att få ta i patienten, och som i sitt kroppsspråk vill uttrycka respekt och aktning för hennes människovärde.

LITTERATUR

- ARESKOG-WIJMA, B. (1987a) "The Gynaecological Examination – Women's Experiences and Preferences and the Role of the Gynaecologist", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 6.
- (1987b) "Överföring och motöverföring – användbara instrument i den gynekologiska undersökningssituationen?", *Läkartidningen* 84.
- EMERSON, J. (1970) "Behaviour in Private Places. Sustaining of Reality in Gynecological Examinations", H. Dreitzel (red.) *Recent Sociology*, vol. 2, MacMillan Comp.
- FREIRE, PAULO (1970) *Pedagogy of the Oppressed*, Herder & Herder.
- JEHU, DEREK, GAZAN, MARJORIE & KLASSEN, CAROLE (1988) *Beyond Sexual Abuse: Therapy with Women Who Were Childhood Victims*, Wiley.
- LEVIN, G. (1975) *Crossing Class Lines: Perspectives on Social Inequality and Class Consciousness*, Opublicerad doktorsavhandling, University of Michigan.
- LINDEN, K. (1994) "Health and Empowerment", *Journal of Applied Social Sciences* 18.
- NILSSON, K. (1996) "Föredrag vid svensk gynekologisk förenings årsmöte i Örebro", personligt meddelande.
- RAPPAPORT, J. (1981) "In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention", *American Journal of Community Psychology* 9.
- PUGH, C. (2001) "The Effect of Simulator Use on Learning Self-Assessment: the Case of Stanford University's E-Pelvis Simulator", *Medicine Meets Virtual Reality* 396.
- RIGER, S. (1981) "Toward a Community Psychology of Empowerment", *Division of Community Psychology Newsletter* 14.
- SOLOMON, BARBARA BRYANT (1976) *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities*, Columbia University Press.
- Svensk författningssamling* (1982) "Hälsa- och sjukvårdslag".
- SWAHNBERG, K. & WIJMA, B. (2001) "The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse within the health care system", *Submitted*.
- SWIFT, C. & LEVIN, G. (1987) "Empowerment: An emerging mental health technology", *Journal of Primary Prevention* 8.
- WIJMA, B. & DAHLGREN, L.O. (1990a) "Undervisningsmodell i Linköping. 'Professionella' patienter lär studenterna gynekologisk undersökningsteknik", *Läkartidningen* 87.
- WIJMA, B., DAHLGREN, L.O., WENDELHOF, G., KJELLBERG, S. & FLOGELL, E. (1990b) "Gynekologisk undersökningsteknik: Studenterna blir skickligare på palpation efter undervisning av 'professionella' patienter", *Läkartidningen* 87.
- WIJMA, B., WIJMA, K. & CULLHED, S. (1991a) "Emotions in the pelvic examination situation – benefit or hazard?", P. Nijs, B. Leysen & D. Richter (red.) *Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*, Springer-Verlag.
- WIJMA, B. & RUUSUVAARA, L. (1991b) "Den första gynekologiska undersökningen", Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för tonårsgynekologi (red.) *Tonårs-*

gynekologi vol. 30.

WIJMA, B. & WIJMA, K. (1993) "Sviter av övergrepp dold sjukdomsorsak", *Läkartidningen* 90.

WIJMA, B., HOLMER, A. & SKANTZE, R. (1995) *The pelvic examination step by step. Instruction video tape and pamphlet*, Mediacenter, Universitets-sjukhuset Linköping.

WIJMA, B. & WIJMA, K. (1997) "A Cognitive Behavioural Treatment Model of Vaginismus", *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 26.

WIJMA, B., GULLBERG, M. & KJESSLER, B. (1998a) "Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77.

WIJMA, B. (1998b) "Maktasymmetri vid gynekologisk konsultation", *Socialmedicinsk tidskrift* 1-2.

– (1998c) "Gynundersökningen, ett rollspel för två", *Läkartidningen* 95.

VONDRUSKA-BENKERT, K., STEINER, R.A., BUDEBERG, C. & HALLER, U. (1995) "[Gynecologic examination: perceptions, fears and expectations of polyclinic patients]", *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau* 35.

SUMMARY

Various mechanisms associated with the pelvic examination (PE) situation brings a woman patient into a subordinate position in relation to the examiner. The patient is dependent on help as she exposes her genitals and easily feels humiliated. The interaction in the pelvic chair is mainly by body language, which means that what happens in the PE situation potentially has a great effect. The PE is therefore a suitable model for implementing changes in the power balance between the examiner and the patient.

Empowerment has been a focus of interest recently. But this far few studies have applied it to the concept on the doctor-patient relationship. In this paper we apply some of the basic theories of empowerment on the PE situation.

Empirical experience is derived from our work with Gynaecologic Teaching Associates. They are healthy women who act as instructors in the pelvic examination technique from the patient position for medical students. In this instruction situation, a model is used where the power balance is inverted. The woman patient is in control of what happens and the examiner works under her supervision to perform the examination in a way, which is beneficial for her. When young women come for their first PE, and when women who fear the PE situation approach the feared situation, the same inverted power model can be applied with good therapeutic effect.

Based on empowerment theories and empirical experience, a strategy is drafted through which women in general could be empowered in the pelvic examination chair. It is an urgent research project to build, carry through and evaluate the effects of such a change of the power positions in the PE situation.

BARBRO WIJMA
Hälsouniversitetet
581 85 Linköping

KARIN SIWE
Kvinnokliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping