

**KVINNORS UPPLEVELSER AV MAMMOGRAFISKA  
HÄLSOKONTROLLER**  
- en litteraturstudie

<b>Titel</b>	Kvinnors upplevelser av mammografiska hälsokontroller
<b>Författare</b>	Sofia Johansson
<b>Utbildningsprogram</b>	Röntgensjuksköterskeprogrammet
<b>Handledare</b>	Åsa Calmell
<b>Examinator</b>	Sally Hulstjöö
<b>Adress</b>	Linnéuniversitetet. Institutionen för hälso – och vårdvetenskap.
<b>Nyckelord</b>	Hälsokontroll, kvinna, mammografi, röntgen, smärta, upplevelse

## SAMMANFATTNING

*Bakgrund:* Årligen drabbas ca 7000 kvinnor av bröstcancer och ca 1500 avlider. Den ökade andelen bröstcancerfall har lett till att kvinnorna idag erbjuds mammografiska hälsokontroller. Fördelen med mammografin är att tumören kan upptäckas redan som liten, innan den har hunnit sprida sig i resten av kroppen. Behandlingen kan då påbörjas i ett tidigt stadium. En del kvinnor upplever att undersökningen framkallar oro. Inom röntgensjuksköterskeprofessionen är det därför viktigt att få kunskap om kvinnornas upplevelser, för att kunna skapa förutsättningar för ett välbefinnande.

*Syfte:* Syftet med denna studie var att få ökad förståelse för kvinnors upplevelser av mammografiska hälsokontroller.

*Metod:* Denna litteraturstudie baserades på tio olika vetenskapliga artiklar, varav sju var kvalitativa. Sökningen gjordes i vårdvetenskapliga databaser, med sökord som passade syftet med studien och problemformuleringen. I analysprocessen jämfördes likheter och skillnader, därefter kunde resultatet visas utifrån fem olika huvudkategorier.

*Resultat:* Röntgenpersonalen hade en viktig roll inom mammografin, både när det gällde bemötande och kompetens. Samhället och sjukvården påverkade kvinnornas attityd gentemot mammografin, vilket även faktorer som tekniken, informationen samt kvinnans egen hälsoupplevelse gjorde.

*Slutsats:* För att förbättra kvinnornas upplevelse av mammografin krävs förändringar i bemötande och teknik från både sjukvården och samhället, detta för att öka förutsättningen till ett välbefinnande.

# INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<b>Det kvinnliga bröstet</b>	1
<i>Hormonerna och genetikens betydelse</i>	1
<b>Fördelar och nackdelar med mammografi</b>	1
<b>Teknologins utveckling</b>	2
<i>Undersökningsprocessen</i>	3
TEORETISK REFERENSRAM	3
<b>Livsvärlden</b>	3
<b>Lidande och välbefinnande</b>	3
<b>Vårdrelationen</b>	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
<b>Datinsamling</b>	4
<b>Urval</b>	5
<i>Kvalitetsgranskning</i>	5
<b>Analys</b>	5
<b>Etiska överväganden</b>	6
RESULTAT	7
<b>Kvinnans egen hälsoupplevelse</b>	7
<i>Oron kring bröstcancer</i>	7
<i>Bröstcancer i familjen/vänkretsen</i>	7
<i>Kvinnornas syn på sig själva och sin egen kropp</i>	8
<b>Teknikens inverkan</b>	8
<i>Smärtupplevelsen</i>	8
<i>Vikten av respekt för individen</i>	9
<i>Tillit för teknologin</i>	9
<b>Samhällets/sjukvårdens betydelse</b>	9
<i>Kallelse och tidsbokning</i>	9
<i>Sjukvårdens miljö</i>	10
<i>Åldersintervallets betydelse</i>	10
<b>Vikten av information</b>	10
<i>Information om mammografiundersökningen</i>	10
<i>Information vid svar av undersökningsresultat</i>	11
<b>Röntgensjuksköterskans profession</b>	11
<i>Kompetensen</i>	11
<i>Bemötandet</i>	12
DISKUSSION	12
<b>Metoddiskussion</b>	12
<i>Valet av litteraturstudie</i>	12
<i>Informationssökningens två steg</i>	12

<i>Motiv för urvalskriterierna</i>	13
<i>Annorlunda resultat</i>	13
<i>Artiklarnas kvalitet</i>	14
<i>Analysprocessens styrkor och svagheter</i>	14
<b>Resultatdiskussion</b>	15
<i>Den egna hälsan</i>	15
<i>Tekniken</i>	15
<i>Röntgensjuksköterskans profession</i>	16
<b>Slutsats</b>	17
<i>Ytterligare forskning</i>	18
<b>REFERENSER</b>	19

Bilagor:

1. Databassökning
2. Artikelöversikt
3. Protokoll för kvalitetsbedömning

## INLEDNING

En av de placeringar som ingår i röntgensjuksköterskestudentens verksamhetsförlagda utbildning är mammografiexamen. Mammografiundersökningar är en viktig del av en röntgensjuksköterskas yrkesprofession, där denne träffar kvinnorna dels vid deras hälsokontroller men de kan även ses igen vid fortsatt utredning om en kvinna skulle ha en misstänkt förändring eller ökad risk för bröstcancer. För en utomståendes ögon kan en undersökning kännas som en av flera på ett löpande band. Det är många kvinnor som blir kallade till hälsokontroller och undersökningen tar i sig inte lång tid, vilket gör att det inte är många minuter att bygga en bra vårdrelation på. Därför väcktes ett intresse å min sida under denna placering gentemot kvinnorna och deras tankar kring undersökningen, då flera av dem verkade synbart oroliga. Efter både egna erfarenheter samt släktingar och vänners utsagor kring dessa hälsokontroller steg viljan att ta reda på hur undersökningen kan upplevas och vad en röntgensjuksköterska kan göra för att bidra till god omvårdnad.

## BAKGRUND

### Det kvinnliga bröstet

Under flera århundraden har det kvinnliga bröstet setts som en symbol för exempelvis fruktsamhet, den kvinnliga friheten och kärlek. Vid kulturella aspekter ses en skillnad i attityden för det kvinnliga bröstet. I en del områden täcks knappt kvinnornas bröst medan det i andra delar av världen inte är accepterat att bröstet syns. I Europa är synliga bröst mer godtagbara än i vissa amerikanska regioner och i islamska länder samt i särskilda delar av mellanöstern är det inte tillåtet att offentligt visa någon del av kroppen (Finkel, 2008). Kvinnobröstet består av flera olika delar. Inne i bröstet finns ett antal mjölkörtlar där modersmjölken bildas och till dem hör körtelgångarna, som leder mjölken från körtlarna till bröstets vårtgård. Fett – och muskelvävnad skyddar och omger de inre delarna. Även ett lymfsystem ingår i själva bröststrukturen (Wallskär, 2009). Alla dessa delar av bröstet förändras parallellt med kvinnans ålder, vilket kan leda till kännbara förändringar i form av till exempel cystor, fettknutor och sekret. Dessa kan både vara godartade samt elakartade (Finkel, 2008).

### *Hormonerna och genetikens betydelse*

Hormoner spelar en viktig roll inom mammografin. Östrogen är ett hormon som behövs för naturlig tillväxt och utveckling av det kvinnliga bröstet. Kvinnor som äter hormoner tenderar att ha tätare bröstvävnad. Under första eller andra veckan i menstruationscykeln har kvinnan dock oftast en något lägre bröstvävnadstäthet, vilket styrs av hormonerna i kroppen. De hormonella förändringarna kan hos vissa kvinnor göra sig märkbara via ömhet, smärta och svullnad av bröst och vårtgårdar (Finkel, 2008). Genetiken anses vara en faktor i risken att utveckla bröstcancer. Under varje menstruation signalerar bland annat kroppens östrogen till bröstets celler om hur de ska fördela sig och förökas. Eftersom östrogenet påverkar celldelningen så har det en inverkan på att en normal cell utvecklas till en cancercell. Ungefär hälften av bröstcancertumörerna innehåller östrogenreceptorer (Ibid.). Risken att få sjukdomen har inom forskning visat sig att vara högre bland de kvinnor som har en släkting med diagnosen i det närmaste ledet (mor, syster, dotter), än för dem som har en släkting i ett led längre bort (Wallskär, 2009).

### Fördelar och nackdelar med mammografi

Bröstcancer är idag den vanligaste formen av cancer som drabbar kvinnor, dessutom ökar antalet insjuknande. Till skillnad från andra cancerformer, är bröstcancer vanligast i 50-60 års

ålder men förekommer även hos yngre kvinnor (Wallskär, 2009). Socialstyrelsen (2008) visar att det i Sverige upptäcks ca 7000 fall om året och att ca 1500 kvinnor avlider. Dock ökar chanserna att överleva, den förbättrade behandlingen är en av anledningarna. Enligt Socialstyrelsens (2007) motivering till hälsokontrollerna, så är mortaliteten högre bland dem som inte genomför hälsokontrollerna jämfört med de kvinnor som går på regelbundna kontroller. Därför rekommenderas det att kvinnor bör erbjudas kontinuerliga hälsokontroller från att de har fyllt 40 år fram tills att de är 74 år. De kallas kontinuerligt i 18 – 24 månader intervaller.

Genom att gå på hälsokontroller minskar inte risken att få bröstcancer, däremot så minskar risken att dö i bröstcancer. Fördelen med mammografin är att tumören kan upptäckas redan som liten, innan den har hunnit sprida sig i resten av kroppen. Behandlingen kan då påbörjas i ett tidigt stadium, vilket kan göra hela processen lindrigare. Flertalet kvinnor tycker även att det är en trygghet att få bli undersökta regelbundet. Nackdelarna är att ingen undersökningsmetod är hundra procentig. Bland annat åldern kan påverka undersökningen, då yngre kvinnor har tätare bröstvävnad, vilket ökar svårigheten att upptäcka en tumör. Tumörerna kan även vara av sådan sort att de syns sämre än andra. Det sistnämnda är dock sällsynt. En del kvinnor upplever kontrollen som obehaglig, både fysiskt och psykiskt, vilket kan framkalla oro (Wallskär, 2009).

Socialstyrelsen (2007) har i sina riktlinjer försvarat den kritik som har uppstått gentemot hälsokontrollerna. Varken Socialstyrelsen eller Cancerfonden ser någon anledning till att sluta genomföra dem. Även i andra länder har myndigheterna kommit fram till samma resultat (Wallskär, 2009). Kritiken berör dels intervallen mellan kontrollerna men även stråldoserna. I Sverige är den maximala tillåtna stråldosen 1,3 mGy per exponering vid en mammografiundersökning. En frisk kvinna blir erbjuden att genomgå en hälsokontroll vartannat år under ca 34 år av sitt liv, därför måste både stråldosen till henne samt bröstcancerinduktionen beaktas (Socialstyrelsen, 2007). Röntgentekniken som används är utvecklad för att kunna ge detaljrika bilder av bröstvävnaden med hjälp av svag röntgenstrålning. Då digitaliseringen av mammografiscreeningen har kommit långt i Sverige, kan den exponerade dosen påverkas och därmed också den totala stråldosen. Därför anser både Socialstyrelsen och Strålsäkerhetsmyndigheten att fördelarna med en hälsokontroll uppfyller de krav som krävs för att den ska vara motiverad (Ibid.). Kraven är att hälsokontrollen i ett tidigt stadium ska kunna upptäcka en allvarlig sjukdom, som flertalet har en risk för att utveckla. Sjukdomen ska även kunna behandlas effektivt. Kontrollen ska vara kostnadseffektiv och lätt att genomföra, samtidigt som undersökningsmetoden ska godtas av patienterna som genomgår den (Finkel, 2008; Socialstyrelsen, 2007).

### **Teknologins utveckling**

Mammografiteknologin bottenar i vetenskapsmannen Wilhelm Röntgens otippade upptäckt av röntgenstrålarna 1895. Efter decennier av utveckling inom området så är idag mammografin en lågdosundersökning. Dock var det redan under 1913 som den första röntgenapparaten användes för att visualisera ett bröst däremot började tekniken inte att användas för kliniskt syfte förrän under 1920-talet. Under en lång period var stråldosen relativt hög men teknikutvecklingen fortsatte, vilket ledde till att den allra första apparaten avsedd för mammografi kunde användas på 1960-talet. Under 1970-talet blev det möjligt att skilja mellan godartade samt elakartade förändringar men den största förbättringen skedde under 1980 – samt 1990-talet. Det var då som stråldosen minskades till en nivå som var acceptabel, vilket utgjorde en möjlighet för masscreening (Finkel, 2008).

Röntgenteknologin utvecklas hela tiden, så det finns andra alternativ till mammografin. Exempel på dessa är ultraljud, scintigrafi, PET och MRT. Dessa är i dagens läge dock inte gjorda för massundersökningar då de inte är lika lättillgängliga och kostnadseffektiva som mammografin, men de är bra alternativ i fortsatt utredning för den kvinna som har hög risk att utveckla bröstcancer (Ibid.). Dock kan kvinnor även själv undersöka sig, genom att noggrant känna igenom på sina bröst någon gång i månaden. De kan då tidigt upptäcka förändringar i sin egen bröststruktur, vilket är ett bra komplement till mammografin (Wallskär, 2009).

#### *Undersökningsprocessen*

Till en mammografiundersökning behövs ingen förberedelse. Vid ankomst besvaras ett antal frågor. Frågorna berör dels om något ovanligt har känts i bröstet, om någon nära släkting har eller har haft bröstcancer och även om det intas några särskilda hormonläkemedel (Wallskär, 2009). Under själva bildtagningen så pressas bröstet ihop mellan två skivor, med hjälp av inbyggd kompression i röntgenapparaten. En av skivorna innehåller en röntgendetektor. Röntgensjuksköterskan tar mellan en till tre bilder och undersökningen tar ca tio minuter. Bilderna tolkas sedan av två oberoende röntgenläkare (Ibid.).

Mammografihälsokontrollen är i sig inte en diagnosisk undersökning som avslutas med en radiologisk diagnos utan kvinnorna delas efter deras hälsokontroll upp i två grupper. En grupp för kvinnor med hög sannolikhet att bära på bröstcancer och en grupp där risken är mycket låg, eller obefintlig. De kvinnor som ingår i högriskgruppen kallas tillbaka för ytterligare utredning. Där ingår bland annat trippeldiagnostik, vilket inkluderar ytterligare mammografibilder tillsammans med en ultraljudsundersökning och cellprovstagningar från aktuell förändringen (Socialstyrelsen, 2007).

## TEORETISK REFERENSRAM

Denna litteraturstudie grundar sig på en vårdvetenskaplig ansats, där fokus ligger på det mänskliga mötet, med stor hänsyn till patientens integritet och värdighet. Inom vården förväntas det att alltid eftersträva att sätta patienten i centrum och därifrån ha utgångspunkterna i vårdandet, med patienten som främsta expert på sig själv, på sitt liv och sin egen hälsa (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). För att kunna lyfta fram patienten och utöva en god vård, kan ontologiska antaganden som berör patientens psyke, kropp, själ och ande vara till stor hjälp. Dock talas det inte om dem enskilt, utan oftast för att kunna beskriva helheten som människa. Genom att tydliggöra resultatet utifrån vårdvetenskapliga begrepp kan läsaren nå en djupare förståelse för en individs upplevelse (Forsberg & Wengström, 2008).

### **Livsvärlden**

Livsvärld spelar en roll i hur människor upplever ett visst fenomen och dennes egna levda verklighet, vilket oftast tas för givet. Summan av den levda världen, där erfarenhet och handling är en stor grund till hur patienter betar sig, kommer oundvikligen alltid att beröra en människas lidande och välbefinnande. Som vårdare finns alltid ett mål och det målet är att lindra eller minska lidande samt att skapa förutsättningar för ett välbefinnande (Dahlberg et al, 2003).

### **Lidande och välbefinnande**

Lidandet är något ofrånkomligt och står i relation till en patients välbefinnande. Att mötas och försonas med lidandet är ett steg i hälsoprocessen och utan den sortens acceptans kan inte välbefinnande uppnås. Lidande kan utlösas på flera olika sätt och det har inte alltid med

ohälsa och sjukdom att göra utan kan likväl innebära oförståelse för varför en behandlig görs eller att känna maktlöshet inför sin egen hälsa (Dahlberg et al, 2003).

Wiklund (2003) beskriver välbefinnande likt en abstrakt känsla som bara den enskilda människan kan känna. Begreppet kan förklaras som en persons subjektiva upplevelse. Som vårdpersonal är det viktigt att försöka framhäva känslan av välbefinnande, genom att se patienten som en unik individ och se människan bakom exempelvis sjukdomen (Dahlberg et al, 2003). Enligt Wiklund (2003) sätt att definiera kroppsligt välbefinnande kan vissa undersökningar och händelser i livet göra människor mer observanta på sin egen hälsa. Hälsan är en stor del av en människas liv, men inom vården fokuseras det mycket på ohälsa. Det är inte förrän hälsan inte längre kan tas för given som den börjar reflekteras. Kroppsligt välbefinnande är relaterat till den hela människan och är beroende av individens livsvärld och vårdrelationen samt känslan av lidande och välbefinnande.

### **Vårdrelationen**

Bra vårdande innebär sammanfattningsvis dels minskat lidande och ökat välbefinnande men även en förståelse för patientens livsvärld. Dock är dessa tre begrepp helt beroende av en fungerande vårdrelation. En vårdgivare bör visa stor öppenhet över en situation för att kunna få en ökad förståelse för patienten. Denne ska även få utrymme och stöd på en individuell nivå. Till skillnad från en vänskaplig relation är denna relation asymmetrisk. Vårdgivaren har en större makt, vilket därmed leder till ett större professionellt ansvar (Wiklund, 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

Ett steg i bröstcancerreduktionen är att erbjuda alla kvinnor i ålder 40 – 74 år en mammografisk hälsokontroll, då tidig behandling av en förändring många gånger leder till att kvinnan kan överleva trots diagnos. Mammografi har dock visat sig vara en undersökning som flera kvinnor oroar sig över och det kan tänkas att alla kvinnor inte är helt medvetna om vad tekniken har för positiva samt negativa aspekter eller hur undersökningen går till. Med den anledning är det viktigt att ta reda på vad kvinnor har för upplevelser kring mammografiska hälsokontroller. Dels för att få ökad kunskap och förståelse för dessa kvinnors agerande och känslor men även för att kunna ge dem bra vård i ett framtida utövande inom professionen som röntgensjuksköterska.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att få ökad förståelse för kvinnors upplevelser av mammografiska hälsokontroller.

## **METOD**

Detta arbete grundade sig på en litteraturstudie med utgångspunkt inom det vårdvetenskapliga. Då studiens syfte var att öka förståelsen kring kvinnors upplevelser av mammografiska hälsokontroller, användes en kvalitativ ansats (Forsberg & Wengström, 2008). Enligt Segesten (2006) kan en litteraturstudie kartlägga vad det finns för kunskap kring ett specifikt ämne. Genom ett brett sökande av vetenskapliga artiklar samt en djupgående analys kunde sedan paralleller dras till det praktiska vårdarbetet och vad som skulle kunna bli ett framtida forskningsföremål.

### **Datainsamling**

Forsberg och Wengström (2008) samt Friberg (2006) rekommenderar att ett flertal vetenskapliga artiklar söks fram via lämpliga databaser. För att finna så relevanta artiklar som



möjligt användes sökord som berörde studiens syfte och problemformulering, vilket enligt Östlundh (2006) underlättar vid informationssökningen. Centrala ord vid sökningen var: *mammografi, erfarenhet, kvinnor, Sverige och patient*. Dessa ord översattes till engelska för att få ett bra internationellt urval av artiklar. Svensk MeSH, som är en vetenskaplig svensk-engelsk ordlista via Karolinska Institutet, användes för korrekt översättning. Artiklarna söktes fram utifrån fulltextdatabaser, lämpade för vårdvetenskapliga studier, exempelvis CINAHL, PubMed och SweMed+ (Forsberg & Wengström, 2008). Sökningen skedde i två steg. Vid första sökningen skedde en generell koll på vad det fanns för relevant forskning till området, detta för att ta reda på om studien var befogad och vid andra sökningen valdes tio stycken originalartiklar ut, sju av dem var kvalitativa resterande tre var kvantitativa (Bilaga 1; Bilaga 2).

## **Urval**

För att kunna sälla bland de artiklar som hittades, så användes vissa begränsningar. Kriterierna vid valet av artiklar var tillämpade så att de passade studiens problemformulering och syfte (Friberg, 2006). Studien inkluderade kvinnor i ålder 40-74, vilket är åldersintervallet som Socialstyrelsen (2007) rekommenderar. Den svenska vården går med fördel att relatera till andra västländska nationer, varav artikelurvalet berörde flera länder i västvärlden än Sverige. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller skandinaviska och ha publicerats efter år 2001. Samtliga av deltagarna i artikelstudierna skulle ha genomgått minst en mammografiundersökning och de artiklar som berörde kvinnor med diagnosen bröstcancer då forskningsstudien gjordes exkluderades. Att kunna ta del av forskarnas forskningsetiska aspekter i artikeln var också ett kriterium.

## *Kvalitetsgranskning*

För att tydligare kunna klargöra för läsaren vad analysen grundade sig på gjordes en kvalitetsgranskning (Friberg, 2006). Dels granskades artikelresultatet samt hur det hade tillkommit, men också vilka de teoretiska utgångspunkterna var och studiens etiska förhållanden. Kvalitetsgranskningen gjordes enligt en kombination av Forsberg och Wengströms (2008) checklistor för både kvalitativa respektive kvantitativa artiklar samt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) rekommendationer för kvalitetsgranskning. En litteraturstudie som har artiklar med hög kvalitet ger ett mer sanningsenligt resultat (Friberg, 2006). Varje artikel granskades enskilt via en modifierad checklista för respektive ansats (Bilaga 3). Vid granskning sattes det poäng. Ett ”Ja” gav ett poäng och ”Nej” samt ”Vet ej” gav inga poäng. Varje artikel fick sedan en enskild poängsumma som jämfördes med testets totala poängsumma. Var slutsumman 80 % eller mer av testets totala poäng, så bedömdes artikeln ha hög kvalitet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). För att minska risken för felaktigheter användes ”Peer Reviewed”-artiklar, dvs. artiklarna skulle ha godkänts av oberoende experter innan publicering i en vetenskaplig tidskrift (Östlundh, 2006).

## **Analys**

Studiens resultat togs fram genom att det gjordes en innehållsanalys. Vid litteraturstudier är det viktigt att hålla sig till vad som står i texten och inte tolka den, då det är en sammanvägning av olika artiklar samt en kategorisering av deras skillnader och likheter (Friberg, 2006). Att då använda sig av en manifest innehållsanalys, där en objektiv analysering av direkt synliga kategorier sker, var därför positivt (Forsberg & Wengström, 2008). Stegen i analysprocessen var kombinerade utifrån Fribergs (2006) samt Graneheim och Lundmans (2003) steg i att analysera vetenskapliga artiklars innehåll.

Fribergs (2006) analysprocess passade bäst till de artiklar som var av kvantitativ ansats, då likheter och skillnader i texten jämfördes. Graneheim och Lundmans (2003) process passade för att nå förståelsen och djupet av ett fenomen, vilket var nära relaterat till den kvalitativa ansatsen. Här togs meningsbärande enheter ut ur texten, vilka passade litteraturstudiens syfte. Dessa enheter kondenserades sedan så att kärnan i enheterna kunde framställas tydligare. Varje kondenserad enhet fick sedan en kod som stod för helheten. Här nedan visas exempel på hur materialet bearbetades.

Tabell 1. Översikt på meningsbärande enheter, den kondenserade enheten samt tilldelad kod.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod
”När jag gick in i hallen så kände jag mig väldigt avslappnad.”	Kände sig avslappnad i hallen.	Avslappnad
Även om förståelsen för kompressionen fanns bland 89 % av kvinnorna, var det 71 % som rapporterade den som obekväm.	1. Förståelse för kompression 2. Obekväm kompression	Kompression
”Det blir bara till verklighet för dig själv när en vän behöver gå igenom all den här sörjan...”	Blir till verklighet när en vän blir drabbad.	Ökad medvetenhet
Generellt ansåg informanterna att det är viktigt att vara hälsosam.	Viktigt att vara hälsosam.	Hälsa

Först lästes de valda artiklarna ett flertal gånger, för att få en känsla av vad de handlade om. Därefter söktes likheter respektive skillnader i de olika artiklarna (Friberg, 2006). Det fokuserades på två olika områden, dels på resultat innehålllet men även på hur författarna hade tolkat sina resultat. Vikten var att hellre göra en grundlig analys av färre delar i en artikelstudie än att försöka omfatta flera och få ett oklart resultat (Ibid.). Efter att varje artikel hade analyserats var för sig, kunde materialet sorteras och jämföras med samtliga ingående artiklar i litteraturstudien. De aspekter som berörde varandra sorterades upp under lämpliga huvudkategorier samt underkategorier, så att de bildade ett mönster i litteraturstudiens resultat. Under varje enskild underrubrik refererades sedan den särskilda aspekten till den artikel den härstammade ifrån (Friberg, 2006). Då litteraturstudien innehöll både kvalitativa och kvantitativa artiklar, var det viktigt att ta hänsyn till att respektive artikel kunde presentera sitt resultat på olika sätt. Således kunde de inte jämföras rakt av (Ibid.). Målet var att gestalta fenomenet så att det kunde förstås ur ett vårdande perspektiv. Det som var viktigt sammanställdes för att få en överskådlig bild, detta för att kontrollera så att deras resultat motsvarade studiens syfte.

### Etiska överväganden

Samtliga artiklar har blivit godkända av etiska kommittéer eller nämner sina etiska aspekter, vilket en av de riktlinjer som enligt Helsingforsdeklarationen (2008) bör följas vid medicinsk forskning som berör människor. Informanterna hade fått information gällande frivillighet och anonymitet, de hade även godkänt sitt deltagande. Kvinnorna vid en hälsokontroll är i ett utsatt läge, vilket kan utnyttjas av forskarna för att få fram ett resultat som motsvarar deras förförståelse. Vid val av artiklar var det därför viktigt att den medicinska forskningen främjade respekten hos kvinnorna och deras hälsa (Ibid.). För att kunna göra en etisk korrekt studie granskades artiklarna ur ett objektiva perspektiv. En presentation av både positiva och negativa resultat som stödjer syftet lades fram, för att kunna ge en sanningsenlig studie (Forsberg & Wengström, 2008).

## RESULTAT

Efter att ha sammanställt samtliga utvalda artiklar så återfanns ett mönster med fem huvudkategorier samt tillhörande underkategorier, som tillsammans belyste litteraturstudiens resultat. Dessa huvudkategorier var: *kvinnans egen hälsoupplevelse, teknikens inverkan, samhället/sjukvårdens betydelse, vikten av information och röntgensjuksköterskans roll.*

### **Kvinnans egen hälsoupplevelse**

En del av kvinnorna ansåg hälsomässigt att det var en låg risk att de själva skulle få bröstcancer, samtidigt som vissa av dem menade att mammografiundersökningen var en trygghet och försäkring om att allt var som det skulle. Mammografin gav kvinnor en känsla av kontroll över hälsa och tillvaro (Willis, 2008; Greco, Nail, Kendall, Cartwright & Messecar, 2009) och sågs vara ett aktivt steg i att ta ansvar för sin egen hälsa (Willis, 2008). Dock visade det sig att kvinnors kunskap om mammografins roll i bröstcancerutredningen är varierande (Poulos & Llewellyn, 2005).

#### *Oron kring bröstcancer*

Enligt Absetz, Aro och Sutton (2003) hade förförståelsen en betydelse för vilken grad av oro som upplevdes. Kvinnor med tidigare erfarenhet av mammografi eller hade hört talats om bröstcancer hade i högre utsträckning fler tankar kring de personliga riskerna. Oron var däremot likvärdig oavsett om de hade någon tidigare erfarenhet eller inte. Bland de kvinnor som tidigare fått normala fynd var oron för bröstcancer lägre än för dem som har fått komma tillbaka för ytterligare undersökning (Ibid.). Även godartade förändringar höjde rädslan över att få diagnosen cancer, framförallt bland de kvinnor som hade fått en ökad medvetenhet om cancerrisken, detta trots kunskap om både icke-progressiv cancer och behandling (Silverman et al, 2001). Dock menade en del kvinnor att det fanns andra sjukdomar som var ett allvarligare hot mot deras egen hälsa än bröstcancer, exempelvis hjärt – och kärlsjukdomar. Därför hade känslan av ett hälsosamt leverne inverkan på mammografiupplevelsen. En del av kvinnorna tyckte att de hade för bra hälsa för att vara i riskzonen (Willis, 2008). Rädslan för att avlida och lämna barnen efter sig vägde tyngst vid association av ordet bröstcancer, mer än risken av att få själva diagnosen (Ibid.).

#### *Bröstcancer i familjen/vänkretsen*

Greco et al. (2009) studie visade att den egna hälsan gjorde sig påmind då någon i släkten eller en nära vän fick diagnosen bröstcancer. Om kvinnan själv upptäckte en bröstförändring samt om hon började närma sig den ålder som en anhörig hade haft när denne hade fått diagnosen, minskade känslan av kroppsligt välbefinnande (Ibid.). Ökad medvetenhet om den personliga risken gjorde därför valet att göra undersökningen lättare för flertalet av dessa kvinnor, eftersom bröstcancer i familjen bedömdes att öka sjukdomsriskerna. Särskilt om en mor eller syster tidigare hade fått diagnosen. Synen på det egna hälsotillståndet troddes vara annorlunda för dem med bröstcancer i släkten än för de som varit förskonade från den (Greco et al, 2009; Hamilton, Wallis & Barlow, 2003), vilket gjorde att en del kvinnor tyckte att de borde få bli kallade tidigare till mammografin (Hamilton et al, 2003). Ur dessa kvinnors perspektiv var det viktigt att i god tid få reda på om de hade någon förändring eller inte. De menade att det var kvinnans eget ansvar att bland annat gå på regelbundna kontroller och vara engagerad i sin egen hälsa för att undvika bröstcancer. Detta även för att kunna få en så snabb behandling som möjligt (Willis, 2008; Greco et al, 2009; Silverman, 2001). Dock fanns det de kvinnor som menade att de inte behövde vara i riskzonen för att få bröstcancer, trots att genen fanns i släkten. De tyckte att risken var minst lika stor om kvinnan åt p-piller, gjorde hormonbehandling eller hade en osund hälsostil (Willis, 2008).

### *Kvinnornas syn på sig själva och sin egen kropp*

Synen på sin egen kropp var en av anledningarna till att vissa av kvinnorna valde att inte delta. De ansåg sig ha tillräckligt med kännedom gällande sin egen kropp och skulle själva kunna upptäcka eventuella förändringar (Johansson & Berterö 2003; Greco, 2009). Flertalet av kvinnorna tyckte däremot att det var en bra metod att både undersöka sina egna bröst och samtidigt delta i regelbundna hälsokontroller (Tang, Patterson, Roubidoux & Duan, 2009; Greco et al, 2009; Silverman et al; 2001). Detta eftersom mammografin tycktes komplettera de egna självundersökningarna med att bröstets insida skildrades via teknologin (Greco et al, 2009). Kvinnor som hade fått komma tillbaka för ytterligare utredning vid tidigare hälsokontroller, visade en ökad frekvens att själva börja känna igenom sina bröst (Absetz et al, 2003). Detta till skillnad från Hamiltons et al. (2003) artikel där vissa kvinnor upplevde att det var skrämmande att undersöka sig själva och kände därför mer tillit för att någon mer professionell undersökte bröstet.

En betydande aspekt som lyftes fram var att synen på den egna hälsan och sin egen kropp skilde sig mellan olika etniciteter och kulturer. (Engelman, Cizik & Ellerbeck, 2005). En del kvinnor upplevde mer pinsamhet i samband med undersökningen, bland annat då de behövde klä av sig samt då bröstet blottades. Kvinnor funderade även på bröstets storlek, om röntgensjuksköterskan tyckte att de var för små eller för stora (Poulos & Llewellyn, 2005). De upplevde att de blev utlämnade, tappade kontroll över situationen och att deras anonymitet brann upp i samband med undersökningen (Ibid.).

### **Teknikens inverkan**

Utrustningen som används vid mammografiundersökningar kunde uppfattas som hård och kall (Poulos & Llewellyn, 2005). I samtliga artiklar upplevde kvinnorna undersökningen som smärtsam, skrämmande och omänsklig. Samtidigt tyckte en del kvinnor att mammografin i helhet hade flertalet positiva sidor. Även om smärta kunde kännas och stråldosen ansågs som en negativ faktor, menade de att fördelarna övervägde nackdelarna då det handlade om teknologin (Greco et al, 2009; Silverman et al, 2001). Även släktingar och vänners berättelser om tekniken hade en inverkan på hur mammografin kunde komma att upplevas av kvinnorna (Poulos & Llewellyn, 2004; Engelman et al, 2005).

### *Smärtupplevelsen*

Smärtan som kändes var inte enbart kopplad till den som kunde kännas under kompressionen vid bildtagning utan även till smärtan vid placering utav bröstet. En del kvinnor upplevde att om de fick vara delaktiga i komprimeringen så fick de mer kontroll över situationen. Detta ökade välbefinnandet (Poulos & Llewellyn, 2005). Då bröstet pressades samman upplevdes det av en del kvinnor väldigt opersonligt, som att bröstet inte längre tillhörde kroppen. Röntgensjuksköterskans sätt att handskas med bröstet påverkade hur kompressionen upplevdes och kunde vara en traumatisk erfarenhet. Upplevelsen av både placering av bröstet och kompressionen beskrev en kvinna likt att *"Det är som att de handskas med en köttbit. Som att de slänger det i köttkvarnen och maler ned det..."* (Ibid.).

Även fibrocystiska förändringar kunde bidra till ökad smärtpåverkan (Hamilton et al, 2003). Dessutom upplevde kvinnor med stora bröst något mer obehag än de med små bröst, medan de sistnämnda kände av att deras bröst var svårplacerade (Ibid.). Kvinnor som varit med om obehag någon gång under hälsokontrollen var i större utsträckning mindre tillfreds än de som inte upplevde undersökningen lika dramatisk (Doyle & Stanton, 2002). Asbetz et al. (2003) visade ett resultat på att de flesta kvinnor någon gång hade oroat sig över smärta i samband med undersökningen.

### *Vikten av respekt för individen*

Kvinnor upplevde bristande respekt då de inte behandlades individuellt, utan det verkade mer arbetas efter ett standardiserat system. Detta gjorde det svårt vid t.ex. fysiska förhinder (Johansson & Berterö, 2003). Att det inte alltid var handikappsanpassat samt svårt att positionera sig hade en negativ inverkan på deras upplevelse, även om kvinnorna var förstående för varför en viss position var tvungen att hållas (Hamilton et al, 2003; Engelman et al, 2005). Johansson och Berterö (2003) lyfte fram ett feministiskt perspektiv som, enligt författarna själva, inte framkommit i tidigare studier. Resultatet visade att vissa kvinnor antydde att om det var män som skulle genomgå samma undersökning, så skulle tekniken sett annorlunda ut och varit mera skonsam. Kvinnorna tyckte att det är bra att det fanns metoder för att påvisa kvinnosjukdomar, dock ansåg de att mammografitekniken var skoningslös och kränkte deras integritet (Ibid.). En annan faktor som gjorde att tekniken påverkade kvinnans upplevelse av mammografin, var att en del av dem räds för att det höga trycket som krävs vid undersökningen skulle förstöra deras bröst, sprida möjliga tumörer samt öka risken för bröstcancer (Johansson & Berterö, 2003; Poulos & Llewellyn, 2005; Greco et al, 2009).

### *Tillit för teknologin*

Kvinnorna hade generellt en hög tillit till tekniken och antydde att den upptäcker en förändring i tidigt skede och ingav ett lugn, åtminstone fram till nästa kontroll (Willis, 2008; Greco et al, 2009; Silverman et al, 2001). Jämförelsevis så fanns det kvinnor som menade att undersökningen gav dem en falsk trygghet (Johansson & Berterö, 2003). Detta gällde framförallt kvinnor som någon gång har blivit återkallade för ytterligare utredning (Tang et al, 2009). En del menade att det borde vara bättre metoder, med tanke på den enorma teknikutvecklingen som finns nuförtiden (Johansson & Berterö, 2003). Samtidigt visade resultatet att flertalet ansåg att mammografin idag är den bästa tillgängliga tekniken och att de kvinnor som inte gick på en hälsokontroll på grund av smärtan var lite korkade. Detta eftersom de själva inte skulle våga missa en undersökning (Willis, 2008; Greco et al, 2009; Silverman et al, 2001). Dagens teknologi tycktes vara både bekvämare och bättre än tidigare, samtidigt som undersökning tog kort tid, vilket ansågs som positivt (Hamilton et al, 2003). Kvinnorna förstod dock att det kunde bli falska svar, vilket var en negativ erfarenhet. Dock fanns det varierande åsikter om återbesök för en misstänkt förändring. Det positiva var att återbesöket gav känsla av säkerhet, i och med ytterligare utredning. Det gjorde att nackdelar som exempelvis en biopsi förbisågs, särskilt då ett normalt resultat gavs (Silverman et al, 2001).

### **Samhällets/sjukvårdens betydelse**

Hamilton et al. (2003) samt Engelman et al. (2005) tog upp vikten av att ha lättillgängliga kliniker och att avståndet till klinikerna påverkade deltagandet och kvinnornas erfarenhet. Långa resor kunde vara kostsamt för vissa av kvinnorna (Willis, 2008). Den ekonomiska biten berördes även ur det perspektivet att alla kanske inte har råd att delta på grund av den kostnad som kontrollen medförde. I en amerikansk studie visade det sig att flertalet kvinnor hade en sjukvårdsförsäkring att luta sig emot vid särskilda kostnader (Greco et al, 2009).

### *Kallelse och tidsbokning*

Enligt Willis (2008) upplevde svenska kvinnor att samhället har gett dem en service då de erbjuds mammografier, vilket medförde att det var naturligt för flera av dem att gå på kontrollerna. Kvinnorna tyckte att det var dumt att inte delta när ett sådant erbjudande gavs. Enligt Johansson och Berterö (2003) upplevde dock en del kvinnor däremot bristande respekt från samhället/sjukvården, vilket bidrog till hur kvinnor kände för helheten av hälsokontrollen. För en del kvinnor var det exempelvis svårt att få ledigt från arbetsgivaren

för att kunna genomföra mammografin, dessutom kände flertalet av dem att det var svårt att boka om den tid som de blivit kallade till. Denna typ av iakttagande återspeglas även av Engelmans et al. (2005). Detta till skillnad från att andra kvinnor däremot kände trygghet och tillit i att sjukvården kallade dem och gav dem en viss tid. De ansåg att undersökningen var för deras eget bästa och accepterade den redan fastställda tiden (Willis, 2008; Engelman et al, 2005). Jämförelsevis fanns det en tredje part kvinnor som hellre bokade sin egen tid, då det gav dem mer kontroll och lät dem vara flexibla med jobb och ledighet (Greco et al, 2009).

### *Sjukvårdens miljö*

Vårdmiljön var en viktig aspekt, då en positiv upplevelse av denna kunde leda till minskad nervositet och oro (Doyle & Stanton, 2002). Aspekten nämndes i flertalet av artiklarna utifrån olika aspekter. Det var positivt om den var mysig, avslappnande och välkomnande (Silverman et al, 2001; Hamilton et al, 2003; Doyle & Stanton, 2002) men det återfanns även negativa aspekter som talade för en kall, grå och stressig miljö (Doyle & Stanton, 2002). Det finns på vissa ställen även mobila enheter, vilka var av positiv erfarenhet då de kändes både personliga och mysiga, nackdelen var att de oftast hade ett för litet utrymme (Hamilton et al, 2003). Det sistnämnda gjorde att besöket inte kändes lika anonymt som vid en större klinik (Ibid.).

När det gällde väntrummen fanns det fördelar med enskilda väntrum gentemot att få sitta i ett väntrum med övriga besökare till andra röntgenundersökningar (Engelman et al, 2005.) Enskilda väntrum verkade ge en ökad acceptans för en längre väntetid (Ibid.) och att kunna ha andra likasinnade i samma väntrum var för vissa av kvinnorna en trygghet, de hade nu någon att prata med (Poulos & Llewellyn, 2005). Däremot uppskattades inte den sociala biten som kunde uppstå under väntetiden av alla kvinnor (Ibid.).

### *Åldersintervallens betydelse*

Resultatet skildrade att en diskussion fördes kring vilket åldersintervall som var lämpligt för att få en kallelse. En del kvinnor tyckte att äldre kvinnor borde ingå i kallelsegruppen eller åtminstone få en påminnelse om att de fortfarande får göra hälsokontrollen (Hamilton et al, 2003). Det resonades även om yngre inte borde få delta, då sjukdomen verkade ha blivit alltmer vanlig även i deras generation (Willis, 2008). Merparten av de svenska kvinnorna hade dock förståelse för Socialstyrelsens riktlinjer och att det dels även rörde sig om en kostnadsfråga (Ibid.). Däremot ansåg kvinnorna i Silvermans et al (2001) studie att alla borde bli kallade, oavsett ålder.

### **Vikten av information**

Informationen var viktig för kvinnorna under hela ledet, ända från det att kvinnan fått sin kallelse fram tills att hon fått information gällande sitt svarsresultat. Dock gick det aldrig att få tillräckligt med information, vare sig om det berörde en kvinna som aldrig tidigare gjort hälsokontrollen eller om den hade genomgått ett flertal gånger, så ville de ha noggrann information kring den (Engelman et al, 2005). Enligt Tangs et al. (2009) var varje mammografiupplevelse en del av helheten, men det var i synnerhet det första besöket som låg till grund för vad kvinnorna skulle ha för erfarenhet av undersökningen i framtiden.

### *Information om mammografiundersökningen*

Vilken information som gavs hade en inverkan på både kvinnornas erfarenheter och deras val av framtida deltagande (Silverman et al, 2001). Hamilton et al. (2003) skildrade att en del kvinnor inte hade förväntat sig att bröstet skulle hanteras av en röntgensjuksköterska och att bröstet skulle placeras mellan två plattor. En del av dem tyckte även att frågan om de tog några läkemedel var konstig (Ibid.). Något som därför efterfrågades var mer information om

varför kvinnor bör genomgå en mammografi, men också dess nackdelar samt hur undersökningen går till (Hamilton et al, 2003; Silverman et al, 2001). Hamiltons et al. (2003) belyser att det var bra med information i samband med kallelsen men att kvinnorna gärna hade velat ha mer detaljerad information vid själva undersökningstillfället, i form av exempelvis broschyrer eller filmer. Detta har även lyfts fram i andra studier (Poulos & Llewellyn, 2005; Doyles & Stanton, 2002; Engelmans et al, 2005).

#### *Information vid svar av undersökningsresultat*

Hur och när svarsresultatet kom var en betydande aspekt för kvinnorna. De resultatbrev som skickades var generellt bra utformat. Uttrycket ”ingen cancer” upplevde dock en del kvinnor mer oroväckande, trots normalt resultat (Hamilton et al, 2003). Bara tanken på att få ett svar ledde även till onödigt oro och rädsla över vad det kunde visa (Engelman et al, 2005). Vid normalt svar hade inte svarstiden någon större betydelse i efterhand, dock såg flertalet kvinnor att ett svar vid onormal förändring gärna gavs så snabbt som möjligt (Ibid.). Vid onormalt resultat kunde telefonsamtal vara en bra idé istället för ett brev. Detta för att få svar på frågor och ha en professionell kontakt samt kunna få en tid bokad med en gång (Hamilton et al, 2003; Engelman et al, 2005). Oron bland kvinnorna ökade vid försenat svar eller vid återkallning. Även om flera kvinnor var medvetna om bröstcancerbehandlingen, så var tanken gällande diagnos skrämmande och ledde till ökad nervositet (Grecos et al, 2009; Silverman, 2001). Kvinnor på landsbygden upplevde att det tog längre tid att få svar om hälsokontrollen gjordes vid en mindre klinik jämfört med vid ett större sjukhus (Engelman et al, 2005). En av anledningarna troddes vara att de mindre klinikerna ibland hade stafettläkare (Ibid.).

#### **Röntgensjuksköterskans profession**

En viktig roll som röntgensjuksköterskan hade var att lyfta fram patienternas autonomi och få dem att känna sig delaktiga i sin hälsokontroll (Poulos & Llewellyn, 2005). En del tog upp sin oro att klä av sig och visa upp sina bröst inför röntgensjuksköterskan. Därför visade det sig vara en fördel att lyssna och visa empati genom att dels kommunicera med patienten samt visa förståelse (Poulos & Llewellyn, 2005; Hamilton, 2003; Engelman et al, 2005). Resultatet tyder på att de som varit nöjda med röntgensjuksköterskan, oftare kom tillbaka igen jämfört med de kvinnor som gick därifrån än mer bekymrade (Tang et al, 2009). Emellertid hade majoriteten av kvinnorna väldigt positiva upplevelser av röntgensjuksköterskans bemötande och kompetens (Ibid.).

#### *Kompetensen*

Enligt både Johansson och Berterö (2003) samt Poulos och Llewellyn (2005) upplevdes ibland bristande yrkeskompetens, vilket ledde till ökad oro. Det visade sig också att en del kvinnor inte tog upp vad som oroad dem, eftersom de inte visste vilken kompetens röntgensjuksköterskan hade (Johansson & Bertreö, 2003). För lite information var en betydande faktor som gjorde att röntgensjuksköterskan upplevdes mindre kompetent i sitt yrkesutförande (Poulos & Llewellyn, 2005). Tog denne sig istället tid att informera och förklara, så kände kvinnorna att röntgensjuksköterskan var där för deras skull och upplevde då en unik känsla (Ibid.). En förklaring till varför en position var tvungen att hållas kunde underlätta vid undersökningen. Tillräckligt med information gjorde också att nervositeten minskades genom att kvinnan fick en hint om vad som förväntades för det skulle bli en bra undersökning (Engelman et al, 2005). Vissa kvinnor tyckte sig lita mer på de större klinikernas kompetens än de mindre mottagningarna (Ibid.).

### *Bemötandet*

Att informera, vara koncentrerad på sin uppgift samt ge ett lugnt och flexibelt intryck utan att vara stressad var för flera kvinnor ett bevis på att röntgensjuksköterskan var yrkesmässigt kompetent (Hamilton et al, 2003). En positiv erfarenhet bidrog till en känsla av trygghet och minskade det onödiga lidande som kunde uppstå (Ibid.). Att handskas skonsamt med bröstet och fråga efter eventuella smärtupplevelser sedan tidigare rekommenderades (Engelman et al, 2005). Att visa en respekterande och vänlig attityd gentemot patienten var positivt, vilket flera kvinnor tyckte borde eftersträvas vid varje enskilt möte (Engelman et al, 2005; Hamilton et al, 2003; Doyle & Stanton, 2002).

## DISKUSSION

### **Metoddiskussion**

#### *Valet av litteraturstudie*

Denna studie berör kvinnors upplevelser av mammografiska hälsokontroller. Då Linnéuniversitetets etiska riktlinjer satte gränser för att intervjua berörd part så valdes möjligheten att göra en intervjustudie bort. Detta för att i möjligaste mån undvika en sekundär tolkning utifrån röntgensjuksköterskans perspektiv av en kvinnas upplevelse. Valet anses vara rätt, trots att en empirisk intervjustudie är av en kvalitativ ansats. Intervjuer hade dock passat bättre till studiens syfte, då metoden lägger stort fokus på vad ett fenomen betyder för människor (Dahlborg-Lyckhage, 2006). Men då problemområdet riktar ett intresse på erfarenhet, är dock litteraturstudien en alternativ metod till en intervjustudie (Ibid.).

Akilleshälen i arbetet är att redan analyserat textmaterial är det material som återigen får genomgå en analys (Friberg, 2006). Studiens författare kan dessutom välja artiklar som gynnar den egna ståndpunkten. Ytterligare en brist är att en liknande litteraturstudie eventuellt inte kan få exakt samma resultat vid ett annat tillfälle. Genom att ha en klar problemformulering och instruera hur litteraturstudien är gjord ökar dock reproducerbarheten (Forsberg & Wengström, 2008). Detta är en fördel för denna litteraturstudie då tillvägagångssättet noggrant redovisas, vilket även höjer dess tillförlitlighet (Patel & Davidson, 2003). Däremot är sanningen för den valda ansatsen beroende av tid och rum (Forsberg & Wengström, 2008). Det kvalitativa strävar efter en fördomsfri inställning, där situationen möts som att den vore unik och fenomenet beskrivs utifrån det sammanhang som är just då (Ibid.). När det gäller en litteraturstudie så kan ett fenomen behandlas med samma artiklar, men beroende på forskarens egna upplevda förförståelse så kan resultatet bli annorlunda än det som framgår i en likvärdig studie. Likväl kan olika saker belysas, utifrån vad forskaren tycker är viktigt. På så vis kan perspektivet på det upplevda fenomenet skilja sig från studie till studie.

#### *Informationssökningens två steg*

En problemformulering är lika viktig vid en litteraturstudie som vid en empirisk studie. Skillnaden är att det måste finnas tillräckligt med material för att det ska vara befogat att gå vidare med arbetet (Friberg, 2006). Därför gjordes datainsamlingen i två olika steg. Dels genom att först kolla hur forskningsläget såg ut för problemområdet och vart relevanta artiklar kunde hittas. Det andra steget var att mer systematiskt och strukturerat söka efter artiklar, vid de databaser som vid första steget ansågs mest lämpliga. För att lyckas med en informationssökning så föreslås det att författaren noga planerar, strukturerar samt tränar upp ett kritiskt tänkande (Östlundh, 2006). Genom tidigare kurser på universitetsnivå har författaren av denna litteraturstudie skaffat sig kunskap inom informationssökning, dels hur



den går till via databaser samt i tidskrifter och litteratur. Enligt Östlundh (2006) stärker detta kvaliteten av informationssökningens resultat, då författaren har övat på att kritiskt granska både tillvägagångssätt och sökandets resultat.

Datansamlingen är väl dokumenterad. Genom att öppet visa vart artiklarna hittades samt tillhandahålla en översikt på valda artiklar, så stärks studiens etiska engagemang (Forsberg & Wengström, 2008). En noggrann metod ökar studiens pålitlighet (Patel & Davidson, 2003). Informationssökningen behövde tid och det var viktigt att påbörja artikelsökningen i ett tidigt skede, särskilt med tanke på att vissa artiklar endast kunde tillhandahållas via fjärrlån. Då kandidatuppsatsen var tidsbegränsad så fanns tyvärr inte tid till att fjärrlåna särskilda artiklar, trots att de hade passat väl in på studiens syfte. Detta trots att projektplanen var väl genomtänkt. Hade tid funnits så hade studiens resultat kunnat vara mer generaliserbart till den svenska vården.

#### *Motiv för urvalskriterierna*

Genom att göra avgränsningar underlättades urvalet, då material som inte berörde studiens syfte sorterades bort (Östlundh, 2006). Endast svenskspråkiga artiklar skulle ha gett ett torftigt urval eftersom litet material är skrivet på just svenska (Ibid.). Därför kunde artiklarna vara publicerade antingen på engelska eller skandinaviska, då dessa språk behärskas väl av författaren efter tidigare internationella erfarenheter. Detta gav ett större urval av artiklar och en bred grund att stå på. Vetenskapligt material är en färskvara och det fanns inget intresse av äldre material, därför fanns en avgränsande tidsperiod (Östlundh, 2006). Tekniken har utvecklats fort inom mammografin och därför kan kvinnornas upplevelse ha förändrats med tiden. Kunskap söktes för att kunna etableras inom dagens evidensbaserade vårdande, därför valdes åren 2001 – 2011. Någon avgränsning på etnicitet gjordes inte, då Sverige idag är ett mångkulturellt land. Därför ansåg studiens författare att flera etniciteter kunde omfatta en bredare population, vilket gör studien mer överförbar till merparten av svenska kvinnor (Forsberg & Wengström, 2008).

#### *Annorlunda resultat*

För att få ett mer mångkulturellt perspektiv hade flera delar av världen kunnat inkluderas. Ett bredare perspektiv hade troligtvis fått, om artiklar från ett flertal olika länder hade representerats. Alternativt ett smalare perspektiv, om enbart studier gjorda i Sverige har använts. Dock är de länder som representeras likvärdiga när det gäller standard och teknik inom sjukvården, vilket ändå gör studien överförbar till svensk vård. Hade alla kvinnor som någon gång gjort en mammografi varit med i urvalet, så hade en bredare målgrupp berörts. Däremot hade resultatet kommit att beröra erfarenheter från både mammografiska hälsokontroller, som görs för att förebygga och upptäcka tidig förändring samt kliniska kontroller, som omfattar kvinnor med en misstänkt förändring som skall utredas. Deras upplevelser kan skilja sig något åt, då kvinnorna troligen är mer oroliga för den kliniska kontrollen. Ett alternativ hade kunnat vara en jämförande studie mellan dessa två kategorier. En inkludering av kvinnor med diagnosen bröstcancer hade kunnat ge ett annorlunda resultat, då deras erfarenhet består av betydligt fler mammografikontroller, trippeldiagnostik och tumörbehandlingar. Ett sådant urval hade eventuellt berört annorlunda tankar kring hälsa och cancer jämfört med kvinnorna som ingår i denna litteraturstudie.

Dessa urvalsmöjligheter hade säkert varit nyttig kunskap för röntgensjuksköterskan, då denne träffar kvinnorna under hälsokontrollen, den kliniska mammografin samt flera gånger under eventuell behandling. Dock hade det varit fel att inkludera dem, då litteraturstudien enbart berör hälsokontrollen. Valet kan ses som en begränsning, men exkluderingen motsvarar allra

bäst studiens syfte och problemformulering. Beslutet höjer, enligt studiens författare, litteraturstudiens tillförlitlighet och gör resultatet mer överförbart till de kvinnor som deltar i de mammografiska hälsokontrollerna.

#### *Artiklarnas kvalitet*

Det var viktigt för författaren att artiklarna som valdes ut var av god kvalitet. Därför gjordes en kvalitetsgranskning, vilket ökade förståelsen för artikelns resultat. Granskningen gjorde det lättare för författaren att ta ställning till om artikel passade litteraturstudiens syfte samt om kvaliteten var tillräckligt hög (Friberg, 2006). För att kunna sälla bland funna artiklar så användes modifierade checklistor vid kvalitetsgranskningen. Då en beprövad metod med poängsättning användes, kunde artiklarna lättare jämföras kvalitetsmässigt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Vid jämförandet fann författaren en artikel som var av måttlig kvalitet. Denna artikel hade dock ett syfte och ett problem som väl passade till litteraturstudien. Artikeln valdes att tas med i studien, då den bedömdes ha trovärdig forskning att använda sig av. Granskningens tillförlitlighet kan diskuteras, då artiklarna lästes igenom och granskades enskilt, eftersom författaren inte hade någon att diskutera med. Dock eftersträvades ett objektivt synsätt plus att det fanns god tillgång till litteratur och handledning. Dessutom har processen dokumenterats och genomförts noggrant, vilket ger litteraturstudien hög trovärdighet (Patel & Davidson, 2003). Artikelöversikten samt mallen för checklistorna finns tillgängliga som bilagor. Detta ger läsaren information om hur granskningen har gått till (Friberg, 2006).

#### *Analysprocessens styrkor och svagheter*

Vid en vårdvetenskaplig litteraturstudie kan det finnas både kvalitativa samt kvantitativa artiklar till hands, då ämnet är brett och kan ha intresserat forskare från båda ansatserna (Friberg, 2006). Majoriteten av artiklarna som används är kvalitativa och de tre artiklar som är kvantitativa har ett problem som passar in på denna litteraturstudies syfte. Att använda sig av olika ansatser gjorde att författaren var tvungen att sätta sig in i två olika analysmetoder, vilket ledde till extra arbete (Friberg, 2006). Ett alternativ hade varit att genomföra en metasyntes eller en metaanalys (Ibid.). Att enbart använt sig av artiklar från den kvalitativa ansatsen hade gjort anpassningen till vårdandet lättare, eftersom ansatsens mål var att nå djupet av ett fenomen (Segesten, 2006). Detta hade gått hand i hand med litteraturstudiens syfte. Dock så fanns det ett blandat urval av artiklar, därför valde författaren att tillämpa analysen för varje enskild artikel, vilket rekommenderas av Forsberg och Wengström (2008). Detta för att göra ett mer noggrant arbete och därmed öka trovärdigheten av resultatet (Patel & Davidson, 2003).

Genom att sedan sortera innehållet utifrån synliga aspekter under en lämplig rubrik så blev resultatet mer tydligt och överskådligt, vilket poängteras vara fördelaktigt av Friberg (2006). Resultatet överensstämmer med både syfte och problemformuleringen, vilket stärker litteraturstudiens validitet i och med rimligt innehåll (Patel & Davidson, 2003). En styrka hade varit om studien hade gjorts av två författare, som tillsammans hade analyserat de olika artiklarna och kunnat agera bollplank åt varandra. Däremot tycker inte författaren att det har varit en påfrestning att vara ensam, då både handledning och kurskamrater har funnits till hands vid oklarheter. Under hela studietiden har det övats på att skriva rapporter utifrån viss framtagna formalia, vilket gjorde författaren känd med tillvägagångssättet. Detta underlättade i arbetet och lade god grund för att kunna ge litteraturstudien ett tillförlitligt resultat, då de olika delarna lades upp enligt en beprövad metod (Patel & Davidson, 2003).

## Resultatdiskussion

I resultatet framgår det framför allt att *den egna hälsan, tekniken* samt *röntgensjuksköterskans profession* är ledande faktorer till hur en kvinnas upplevelse sin mammografiska hälsokontroll. Därför kommer det här nedan diskuteras mer om just dessa framträdande resultat.

### *Den egna hälsan*

Genetiken har en betydande roll inom bröstcancer då de kvinnor som har en mor eller syster med sjukdomen löper större risk att själva få diagnosen, vilket också visade sig påverka kvinnorna i denna litteraturstudie. Den egna hälsan gör sig påmind då en släkting eller vän får bröstcancer och valet att genomgå hälsokontrollen blev därför lättare att ta för vissa kvinnor. De menade att det handlade om eget ansvar och engagemang för att kunna minska risken att diagnostiseras med bröstcancer. Enligt Tyndel et al. (2008) finns motiv till detta ställningstagande, då kvinnor genomgår hälsokontrollerna som ett slags självförsvar. Anledningen till detta är att om de har gått på samtliga kontroller, så skulle de inte lägga skuld på sig själva utifall att diagnos möjligen skulle ställas. Blickar man tillbaka mot de vårdvetenskapliga begreppen kan kvinnornas engagemang kring kroppsligt välbefinnande förstås. Vissa undersökningar och händelser i livet gör människor mer observanta på sin hälsa (Wiklund, 2003). Bröstcancer som innan varit en abstrakt känsla kan tänkas bli mer konkret tillsammans med både kallelsen och svarsresultat. Kroppsligt välbefinnande är relaterat till den hela människan och är beroende av kvinnans egen livsvärld, vilket gör att deras syn på hälsan kan variera (Wiklund, 2003). En del av kvinnorna anser att det finns en låg risk att de skulle få bröstcancer och undersöker sig därför inte, medan andra kvinnor tycker att hälsokontrollen ger dem en trygghet samt kontroll över hälsa och tillvaro. Intressant är att denna litteraturstudie visar att kvinnor som inte deltar i hälsokontrollerna blir negativt kritiserade. Hotet mot den egna hälsan verkar ha gjort att flertalet kvinnor ser hälsokontrollen som en skyldighet och kritiserar kvinnor som inte tar ansvar för sin framtida hälsa, vilket även Griffiths, Bendelow, Green och Palmer (2010) resonerar kring.

Bland de kvinnor som själva känner igenom sina bröst, väljer en del att genomgå en mammografi eftersom de tycker att tekniken är ett förtroendeingivande komplement. Griffiths et al. (2010) menar att tekniken verkar ge kvinnor mer förståelse för sina bröstets hälsa, vilket på så vis ger en bild av deras hälsas helhet. Samtidigt visar resultatet att en del kvinnor anser att de har tillräcklig kännedom gällande sin egen kropp, att de själva kan upptäcka eventuella förändringar. Åsikten leder till att undersökningen känns onödig. Litteraturstudien visade även att det finns en rädsla för att undersöka sig själv. Detta kan bero på bristande självkänsla samtidigt som kvinnor inte vet exakt vad de ska känna efter. McCready, Littlewood och Jenkinson (2005) betonar vikten av att försöka få kvinnor till att undersöka sig själva, då självkontrollen kan öka självkänslan. Vårdvetenskapen håller med i avseendet om att kunskap kan leda till god självkänsla, då individer gärna jämför sin egen förmåga med andra och med annan teknik (Wiklund, 2003). Finkel (2008) nämner att bröstet förändras parallellt med åldern och att dessa förändringar kan vara godartade men också elakartade. Om kvinnor blir erbjudna kunskap kring att förändringar kan uppstå och hur de kan kännas, skulle det möjligen ge dem mer självkänsla och förståelse för självkontrollens vikt.

### *Tekniken*

Mammografin beskrivs likt ett fönster som gör det möjligt att se insidan av bröstet. Kvinnor har en hög tillit till mammografin, åtminstone fram tills nästa kontroll. Möjligheten av att kunna få en bild av bröstet, har gjort att det finns kvinnor som tycker att de har blivit friskförklarade ytterligare några år. Detta kan leda till att kvinnor blir mindre vaksamma mellan hälsokontrollerna, vilket har en negativ inverkan på den tidiga upptäckten som

kvinnorna själva kan åstadkomma. Resultatet av en falsk trygghet stöds av Griffith et al. (2010) som tar upp att runt hälften blir diagnostiserade under sina hälsokontroller, resterande är kvinnor som inte dyker upp på hälsokontrollen eller har fått en förändring under tiden mellan dem. Enligt Wallskär (2009) kan förändringar uppkomma mellan hälsokontrollerna och att självkontrollen därför är guld värd. De mammografiska hälsokontrollerna minskar inte risken att få bröstcancer men chansen att påbörja en behandling i ett tidigt stadium ökar, då tekniken kan upptäcka förändringar som inte alltid är kännbara. Det är positivt att undersökningen inger trygghet men det är samtidigt viktigt att tala om att hälsokontrollen inte är en diagnosisk metod, utan att den finns till för att leda högriskpatienter vidare i utredningen. I resultatet framgår det att inte alla kvinnor har kunskap om mammografins roll i bröstcancerutredningen. Det visar också att kvinnor vill ha mer information kring kontrollens för- och nackdelar. Detta är en viktig aspekt, då ett framtida lidande kan förhindras av förståelse för ett fenomen (Dahlberg et al, 2003). Om kvinnor får information om hälsokontrollens för- och nackdelar så kan de därefter ta egna beslut kring den, istället för att ofrivilligt ge någon annan den makten.

Enligt Keemers-Gels, Groenendijk, van den Heuvel, Boetes och Peers (2000) och Kashikar-Zucks et al. (1997) så känner en stor del av kvinnorna som genomgår en hälsokontroll smärta, vilket också påverkar dem. Detta framkommer även i denna studies resultat. Det skildras samtidigt att kvinnor upplever att fördelarna med teknologin överväger nackdelarna vid valet av deltagande. Griffith et al (2010) stärker den aspekten, då kvinnor i deras studie anser att smärta, nervositet och obehag inte är tillräckliga anledningar för att inte delta. Keemer-Gels et al. (2000) nämner att känsliga bröst ger en ökad smärtupplevelse, liksom nervositet och små bröst. Detta till skillnad från litteraturstudiens resultat, som visar att kvinnor med stora bröst känner något mer obehag och att de med små bröst däremot upplever att deras bröst var mer svårplacerade. Enligt Finkel (2008) kan de hormonella förändringarna hos vissa kvinnor göra sig märkbara via ömhet, smärta och svullnad av bröst och vårtgårdar. Detta får inte förringas och bör finnas i åtanke, framför allt då frågor ställs om exempelvis menstruation och hormonpreparat. En annan smärtorsak var komprimering av bröstet. Kvinnorna upplever att det var opersonligt när bröstet pressades samman, vilket gjorde att de upplevde att bröstet just då inte var en del av deras kropp. En del kvinnor är rädda för att det höga trycket ska förstöra deras bröst och sprida möjliga tumörer vidare, vilket även Griffith et al. (2010) lyfter fram samtidigt som deras studie nämner att kvinnorna tror att cancerrisken, på grund av kompression, ökar parallellt med antalet genomgångna mammografier.

I litteraturstudiens resultat framkommer det att kvinnorna kan känna ett lidande i samband med undersökningen, speglat exempelvis som smärta vid placering av bröstet och vid kompression. Då kvinnorna däremot får vara med och bestämma hur högt trycket ska vara upplever de välbefinnande. Det finns aspekter som visar att röntgensjuksköterskans sätt att hantera kvinnans bröst bidrar till lidande respektive välbefinnande. Genom att förklara varför en del rutiner hör till undersökningen, exempelvis hantering av bröstet samt kompressionen, så kan kvinnan känna sig sedd som en människa istället för ett objekt. Enligt Dahlberg et al. (2003) har lidande och välbefinnande en nära relation till varandra, så förståelse och individuell behandling kan skapa en förutsättning till att må bättre.

### *Röntgensjuksköterskans profession*

Enligt resultatet lönar det sig om röntgensjuksköterskan strävar efter en god vårdrelation. Det är särskilt tre ståndpelare som är viktiga för att kunna bygga upp en bra vårdrelation, vilka är minskat lidande, ökat välbefinnande samt förståelse för patientens livsvärld (Wiklund, 2003). För att åstadkomma detta krävs det att röntgensjuksköterskan visar stor öppenhet över en

situation. Öppenheten leder även till att kvinnan kan få utrymme och stöd på en individuell nivå (Wiklund, 2003). Resultatet skildrar att paralleller dras mellan röntgensjuksköterskans yrkesroll och upplevelsen i helhet. En professionell, mjuk och lugn röntgensjuksköterska ger en känsla av trygghet. Griffiths et al (2010) studie stärker resultatet att kvinnor är oroliga för den mänskliga faktorn. De oroar sig för att svarsresultatet kan bli fel både på grund av teknologin samt personalens kompetens. Kvinnor upplever att de har för lite kunskap, vilket gjorde att flera av dem känner stor tillit för hela röntgenpersonalens kompetens och att bilderna granskas rätt. Wallskär (2009) nämner att alla röntgenbilder granskas av två oberoende läkare. Om kvinnorna blir mer medvetna om detta och att röntgensjuksköterskan har en treårig universitetsutbildning skulle de möjligtvis känna mer trygghet. Tyndel et al. (2008) lyfter fram att det bland annat de kvinnor som inte vet vad som ingår i personalens professioner som tenderar att ha negativa upplevelser av hälsokontrollen och undervärderar dess betydelse (Ibid.). Detta lidande kan förhindras om kvinnorna blir erbjudna kunskap som leder till ökad förståelse om varför hälsokontrollen erbjuds och vem det är som utför undersökningen. Information kan även göra dem mer delaktiga och ge dem mer kontroll över situationen. Enligt Dahlberg et al. (2003) är detta en viktig aspekt då lidande inte alltid har med ohälsa och sjukdom att göra.

Kvinnornas första mammografiupplevelse påverkar deras beslut om framtida undersökningar. Fler kvinnor kan tänka sig att gå på upprepade hälsokontroller om tekniken förbättras och blir mindre smärtsam. Enligt Keemers-Gels et al. (2000) påverkar både information och teknik det framtida deltagandet. Om patientens lidande uppmärksammas tidigt kan ett vårdlidande förhindras. Enligt Eriksson (1994) i Wiklund (2003, sid 104) är vårdlidande ”... *det lidande som patienten upplever som en följd av vård och behandling, eller av brister och/eller ofullkomligheter hos dessa*”. Därför har röntgensjuksköterskan en viktig roll i undersökningen och kan indirekt påverka deltagarantalet. Om röntgensjuksköterskan respekterar en kvinna som en individ så ger det en mer positiv upplevelse, vilket också gör att hon troligen kommer tillbaka vid nästa hälsokontroll. Genom att ha detta i åtanke och förbättra bemötandet kan antalet deltagare öka, vilket i sin tur kan bidra till sänkt mortalitet.

Det bör dock beaktas att upplevelsen varierar från kvinna till kvinna. En persons livsvärld är inte någon annans lik, varav erfarenhet och tidigare handling är grunden till ett visst beteende och upplevelse av ett fenomen (Dahlberg et al, 2003). En kvinna kan tycka att undersökningen är generande och har kanske funderingar kring sin kropp. Brösten är en kvinnlig symbol och kulturen bidrar till kvinnans attityd för undersökningen och hennes kropp (Finkel, 2008). En röntgensjuksköterska bör därför förstå att kvinnor betar sig olika. Nyckeln till en god vårdrelation är kommunikation. Enligt Dahlberg (2003) skapas förutsättningar till ett välbefinnande genom att kommunicera, vilket även bidrar till ökad förståelse för kvinnans livsvärld. Insikten kan minska ett eventuellt lidande, vilket är ett mål inom vården.

### **Slutsats**

I resultatet så framgår det ett märkbart behov av förändring inom både sjukvården och samhällets sida när det gäller att kunna förbättra kvinnors upplevelse av hälsokontrollen. Särskilt eftersom oförståelse verkar påverka kvinnornas upplevelser. Vården influeras idag av en humanistisk människosyn, vilket gör att varje kvinna bör ha möjlighet att växa och att utvecklas eftersom förståelse indirekt påverkar val och handling. Det är nödvändigt att en person har tillräcklig förståelse för en situation och dess konsekvenser, om det ska kunna talas om autonomi. Respekt för människovärdet är en central del i ICN:s etiska kod, där individen bör ha en frihet av att själv kunna göra egna val (Willman, 2007). Autonomi innebär att

människor så långt som möjligt ska ha rätt att bestämma över sitt eget liv och de val som görs. Det går därmed inte kräva att en kvinna ska ha förståelse för hälsokontrollen och dess vikt, om inte sjukvården och samhället ger henne en chans att känna medansvar kring hälsokontrollen och de beslut som ska fattas kring den. Om sjukvården och samhället vill sänka mortaliteten inom bröstcancer och att kvinnorna ska ha en bra upplevelse kring hälsokontrollen krävs det förutsättning för ett välbefinnande. Genom att anpassa teknologi, information och vårdmiljö för alla sorters kvinnor är det en bit på väg. Även röntgensjuksköterskan bör sträva efter en sådan anpassning, trots ett kort och intensivt möte.

#### *Ytterligare forskning*

Kommunikation är en av de nycklar som röntgensjuksköterskan kan använda för framgång. Det skulle därför vara intressant att veta mer om dessa kvinnors kunskapsnivå gällande både bröstcancer och mammografi. Målet med en sådan forskning skulle vara att kunna etablera information på rätt kunskapsnivå för varje enskild individ. Troligtvis kan säkert även tekniken anpassas bättre till de handikappade och där borde personalen kunna få en utbildning i hur utrustningen mer innovativt kan användas. Forskning kring vad handikappade kvinnor har för erfarenheter av mammografikontroller skulle vara av stor vikt både för konstruerande företag och röntgensjuksköterskan som utför undersökningen. Mammografin ska vara tillgänglig för alla kvinnor men faktum är att detta inte är en verklighet. Vid analysen av resultatet slog det mig att det verkar behövas mer forskning kring hur kvinnans ekonomiska situation påverkar deltagandet. Framför allt då kvinnan kan ha en positiv upplevelse av hälsokontrollen och vill delta, men är begränsad av den kostnad som följer.

## REFERENSER

Absetz P., Aro A. R., Sutton S. R. (2003). Experience with Breast Cancer, prescreening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. *Psycho-Oncology* (2003)12, 305 – 318.

Dahlberg K., Segesten K., Nyström M., Suserud B-O., Fagerberg I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg-Lyckhage E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I: Friberg F (red) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Doyle C., Stanton M. (2002). Significant factors in patient satisfaction ratings of screening mammography. *Radiography* (2002) 8, 159-172.

Engelman K., Cisik A.M., Ellerbeck E.F. (2005). Women's Satisfaction with Their Mammography Experience: Result of a Qualitative Study. *Women & Health* (2005) 42, 17 – 30.

Finkel L. M. (2008). *Understanding the mammography controversy: science, politics, and breast cancer screening*. Westport: Greenwood Publishing Group, Inc.

Forsberg C., Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim U.H., Lundman B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105 – 112.

Greco K.E., Nail L.M., Kendall N.R., Cartwright J., Messecar D.C. (2009). Mammography Decision Making in Older Women With a Breast Cancer Family History. *Journal of Nursing Scholarship* (2010) 42, 348 – 356.

Griffith F., Bendelow G., Green E., Palmer J. (2010). Screening for breast cancer: Medicalization, visualization and the embodied experience. *Health* (2010) 6, 653 – 668.

Hamilton E.L., Wallis M.G., Barlow J. (2003). Women's View of breast screening service. *Health Care for Women International* (2003) 24, 40 – 48.

Helsingforsdeklarationen (2008). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 29 januari, 2011, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Johansson I., Berterö M. C. (2003). Getting no respect: Barriers to mammography for group of swedish women. *Health Care for Women International*, 24, 8-17.

- Kasikar-Zuck S., Keefe F., Kornguth P., Beaupre P., Holzberg A., Delong D. (1997). Pain coping and the pain experience during mammography: a preliminary study. *Pain* (1997) 73, 165-172.
- Keemers-Gels M., Groenendijk R., van den Heuvel J., Boetes C., Peer P. (2000). Pain experienced by women attending breast cancer screening. *Breast Cancer Research and Treatment* (2000) 60, 235-240.
- McCready T., Littlewood D., Jenkinson J. (2005). Breast Self-Examination and Breast Awareness: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing* (2005) 14, 570 – 578.
- Patel R., Davidson B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Poulos A., Llewellyn G. (2005). Mammography discomfort: a holistic perspective derived from women's experience. *Radiography* (2005) 11, 17-25.
- Segesten, K. (2006). Sex modeller. I: Friberg F. (red) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Silverman E., Woloshin S., Schwartz L.M., Byram S.J., Welch, H.G., Fischhoff B. (2001). Women's View on Breast Cancer Risk and Screening Mammography – A Qualitative Interview Study. *Medical Decision Making* (2001) 21, 231 – 240.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för bröstcancersjukvård*. Hämtad den 24 januari, 2011, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8942/2007-102-2\\_20071022.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8942/2007-102-2_20071022.pdf).
- Socialstyrelsen (2008). *Cancer Incidence in Sweden 2007*. Hämtad den 24 januari, 2011, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8715/2008-125-16\\_200812516\\_rev2.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8715/2008-125-16_200812516_rev2.pdf).
- Tang T., Patterson S., Roubidoux M., Duan L. (2009). Women's mammography experience and its impact on screening adherence. *Psycho-Oncology* (2009) 18, 727 – 734.
- Tyndel S., Clements A., Bankhead C., Henderson J.B, Brain K., Watson E. & Austoker J. (2008). Mammographic screening for young women with a family history of breast cancer: knowledge and views of those risks. *British Journal of Cancer* (2008) 99, 1007 – 1012.
- Wallskär, H. (2009). Mammografi, Cancerfonden. Hämtad 23 januari, 2011, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Forebygga-och-risker/Tidig-upptackt/Mammografi/>
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Willis K. (2008). "I Come Because I Am Called": Recruitment and Participation in Mammography Screening in Uppsala, Sweden. *Health Care for Women International*, 29, 135-150.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a upplagan) Lund: Studentlitteratur.



Willman A. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad den 22 april, 2011, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20r%20webb2.pdf>

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. Friberg F. (red) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

<b>Databas</b>	<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Utvalda artiklar (Artikelnummer*)</b>
LibHub	2011-01-20	Mammography + Experience + Women + Patient	5046 193 90 18	2 (3, 7, 8) 1 (2)
CINAHL	2011-01-20	Mammography + Experience	969 41	4 (1, 4, 5, 9)
CINAHL	2011-01-20	Mammography + Sweden	2091 41	2 (6, 10)

\*) Se artikelöversikt

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet
1	Absetz P, Aro R. A, Sutton R. S 2003 Finland Psycho-Oncology	Experience with Breast Cancer, prescreening perceived susceptibility and the psychological impact of screening	Att ta reda på om kvinnornas förförståelse influerar de psykologiska faktorerna vid organiserad mammografiscreening och vid den känslomässiga uppfattningen av bröstcancer.	Kvantitativ, prospektiv, studie där enkäter delades ut en månad innan kvinnornas hälsokontroll samt uppföljningsenkäter vid 2 månader samt 12 månader efter hälsokontrollen. Analysen gjordes med hjälp av mätinstrument för Chi2-test, Wilcoxon samt MANOVA.	N = 1050 (60) (211)	Kvinnor med tidigare erfarenhet av bröstcancer visade oro för de personliga riskerna redan innan hälsokontrollen, efteråt var de ännu mer oroliga. Tidigare erfarenhet påverkade inte kvinnans reaktion vid onormal förändring. Falsk-positiva ökade sin oro för bröstcancer efter resultatet, vilket ledde till att fler självkontroller.	Hög (89 %)
2	Doyle A. C, Stanton T. M 2002 Irland Radiography	Significant factors in patient satisfaction ratings of screening mammography	Att ta reda på mer om kvinnors upplevelse av mammografi för att kunna identifiera de områden som väcker oro.	Kvantitativ studie där enkäter delades ut enligt väntrumsprincipen. En pilotstudie gjordes innan för att kunna finslipa den enkät som föreligger den aktuella studien. Enkäterna utformades enligt beprövad metodik vid Irish Institute of Radiography. Analys med Mann-Whitney-U-test, på grund av snedfördelade mätvärden.	N = 50 (46)	Det fanns en signifikant skillnad i kvinnornas upplevda tillfredsställelse. Obehaget var i större utsträckning relaterat till de kvinnor som uttryckte att de ville ha mer information om undersökningsprocessen samt bland de som uttryckte att detektorn var kall.	Medel (72 %)
3	Engelman K. K, Cizik M. A, Ellerbeck F. E 2005 USA Women & Health	Women's Satisfaction with Their Mammography Experience: Results of a Qualitative Study	Att få ökad kunskap om kvinnors upplevelser i alla de steg som ingår i en mammografisk hälsoundersökning.	En kvalitativ studie, grundad på fenomenologisk teori. 11 fokusgrupper intervjuades och analyserades via ett specialutformat dataprogram, N6, med meningsbärande enheter och koder.	N = 103 (0)	Resultatet visade att upplevelsen kunde påverkas av sju olika aspekter; tidsbokningen, avdelningen, undersökningsprocessen, skam, smärta, personalen samt hur resultatet ges.	Hög (89 %)

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet
4	Greco E. K, Nail M. L, Kendall J, Cartwright J, Messecar C. D 2009 USA Journal of Nursing Scholarship	Mammography Decision Making in Older Women With a Breast Cancer Family History	Att beskriva och förklara hur kvinnor i ålder 55 år och äldre, med bröstcancer i familjen gör sina val kring mammografi.	En intervjustudie som byggdes på ”the Grounded Theory” för att induktivt analysera textdata och nå en djupare förståelse för ett fenomen. De semistrukturerade, öppna, intervjuerna transkriberades och med hjälp av QSR NVivo kunde data identifieras och analyseras.	N = 23 (0)	Kvinnornas blev mer medvetna efter att en nära släkting fått diagnosen bröstcancer. Därför gick de på mammografier, gjorde självkontroller, levde hälsosamt och var optimistiska. De hade extra tillit för mammografin och ignorerade negativa aspekter om tekniken. Ett normalt resultat gav kvinnorna sinnesfrid, att bli tillbakakallad ledde till ökad nervositet.	Hög (93 %)
5	Hamilton L. E, Wallis G. M, Barlow J 2003 Storbrittanien Health Care for Woman international	Women’s View of breast screening service	Att bättre kunna förstå kvinnors erfarenheter av bröstcancerscreening för att kunna få fler att delta samt att kunna förbättra servicen.	En kvalitativ intervjustudie gjord utifrån diskussioner i 4 olika fokusgrupper. Bandades, transkriberades och analyserades sedan med en kvalitativ innehållsanalys. 2 oberoende analyser gjordes för att sedan sammanställas.	N = 27 (0)	Resultatet visade att kvinnor gärna ville ha lättillgängliga kliniker med bra parkeringsmöjligheter. Mobila enheter upplevdes utifrån en positiv bemärkelse. Personalen ansågs vara hjälpsamma, effektiva och vårdande. Dock upplevde samtliga kvinnor smärta. Oro fanns inför svarsresultatet och generellt om bröstcancer.	Hög (85 %)

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet
6	Johansson I, Berterö M. C 2003 Sverige Health Care for Women International	Getting no respect: Barriers to mammography for group of Swedish women.	Att undersöka varför kvinnor väljer att inte gå på mammografiundersökningar.	Kvalitativ studie, utformad efter Glasers analysmetod. Intervjuerna bestod av öppna frågor. Fyra informanter intervjuades resterande gav skriftliga kommentarer.	N = 16 (0)	Studien visade att kvinnor upplevde att de inte fick någon respekt från sjukvården och samhället. Vissa kvinnor ansåg att det borde finnas en bättre undersökningsmetod. Kvinnornas egen syn på sin hälsa visade också påverka deras erfarenhet av mammografin.	Hög (85 %)
7	Poulos A, Llewellyn G 2005 Australien Radiography	Mammography discomfort: a holistic perspective derived from women's experience.	Att undersöka hur kvinnor upplever mammografin ur ett helhetsperspektiv.	Kvalitativ studie, utformad efter Glasers analysmetod. Intervjuerna innehöll flertalet öppna frågor. Analyserna gjordes i fyra olika steg.	N = 12 (0)	Resultatet visade att kvinnornas tankar och upplevelser av mammografin påverkade bl.a. av deras egen riskuppfattning, brist på autonomi samt av skrämmande teknik.	Hög (89 %)
8	Silverman E, Woloshin S, Schwartz L. M, Byram S. J, Welch H. G, Fischhoff B 2001 USA Medical Decision Making	Women's View on Breast Cancer Risk and Screening Mammography – A Qualitative Interview Study	Att öka förståelsen kring kvinnors kunskap och behov om bröstcancer och mammografi, som ett första steg i att hjälpa vårdare att kunna erbjuda patienterna god omvårdnad.	En kvalitativ studie gjord via telefon. Öppna frågor, formade efter Fischhoff's mall för intervjuer. Analyserade med hjälp av särskilt dataprogram, NUD*IST, där texten kunde kondenseras och kodas. Koderna som togs fram via dataprogrammet jämfördes med manuellt framtagna koder.	N = 41 (0)	Kvinnorna i studien ansåg att alla förändringar borde behandlas. Samtidigt tyckte en del av dem att hjärtsjukdomar var allvarligare. Kvinnor känner tillit för mammografi. Tankar kring de personliga riskerna varierade.	Hög (81 %)

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet
9	Tang T, Patterson S, Roubidoux M, Duan L 2009 USA Psycho-Oncology	Women's mammography experience and its impact on screening adherence.	Att undersöka och analysera kvinnors mammografiupplevelser, samt ta reda på varför kvinnor väljer att gå på återbesök.	Kvantitativ studie, med enkäter formade efter Loekens metod. Studien är indelad i två steg. Första gången fick de fylla i en enkät och vid den andra så kontaktades informanter via telefon. De fick då besvara frågor om återbesöket. Mätningar och analyser gjordes i ett specialutformat statistiskt dataprogram.	N = 397 (101)	Resultatet visade att deltagarnas val att gå på återbesök inte berodde på deras upplevelser av tidigare mammografier. Antalet återbesök berodde mer på kvinnans egna rutiner och inställning. Upplevelsen i helhet påverkades både av röntgenpersonalen samt andra psykologiska aspekter.	Hög (89 %)
10	Willis K 2008 Sverige, Australien Health Care for Women International	"I Come Because I Am Called": Recruitment and Participation in Mammography Screening in Uppsala, Sweden.	Att undersöka om sociala faktorer påverkar beslutet att delta i mammografi.	En kvalitativ studie, med både öppna och slutna frågor. Studien baserades på intervjuer gjorda vid ett möte med informanten eller via telefon. Intervjuerna transkriberades och analyserades och meningar kodades för att sedan kunna jämför likheter och skillnader. Data som berörde samma aspekt samlades sedan under enhetligt tema.	N = 32 (0)	Studiens resultat lyfter fram att kvinnor genomgick mammografi för sin egen hälsa skull. Samhället och sjukvården hade en viss inverkan på upplevelsen. God tillit fanns för mammografi, vissa ansåg att det var det bästa alternativet.	Hög (85 %)







