



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Kvinnors deltagande i mammografiscreening

- Vilka faktorer påverkar kvinnans beslut?

Författare: **Sandra Ring**
Daniela Nygård

Uppsats/examensarbete: 15 hp
Program: Röntgensjuksköterskeprogrammet
Kurs: Examensarbete i radiografi
Termin/år: VT/2015
Handledare: Maud Lundén
Examinator: Nabi Fatahi

Abstract

Titel (svensk):	Kvinnors deltagande i mammografiscreening. - Vilka faktorer påverkar kvinnans beslut?
Titel (engelsk):	Women's participation in mammography screening. - What factors influence a woman's decision?
Omfattning, sidor:	24
Program:	Röntgensjuksköterskeprogrammet
Kurs/Hp/Kurskod:	Examensarbete i Radiografi, 15 hp, RA2070
Nivå:	Grundnivå
Termin/År:	VT/2015
Handledare:	Maud Lundén
Examinator:	Nabi Fatahi

Sammanfattning:

Bakgrund: Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor världen över. I Sverige får varje år fler än 8000 kvinnor besked om att de drabbats av bröstcancer. Sedan mitten av 1990-talet kallas alla svenska kvinnor mellan 40-74 år regelbundet till mammografiscreening. Screeningen har visat sig sänka mortaliteten då denna möjliggör en tidigare upptäckt av bröstcancer än annars vore möjligt. Idag erbjuds mammografiscreening i ett stort antal länder runt om i världen. **Syfte:** Att undersöka vilka faktorer som påverkar kvinnors val av deltagande i mammografiscreening. **Metod:** För att besvara frågeställningen valdes litteraturöversikt som arbetsmetod baserat på fjorton kvalitativa och kvantitativa artiklar. **Resultat:** En sammanställning av artiklarna påvisar att det finns en rad olika faktorer som påverkar kvinnans beslut gällande mammografiscreening. Resultatet delades in i fyra olika teman; *Information och kunskap, Sociala aspekter, Undersökningen och Hälsa i relation till bröstcancer och mammografiscreening*. Familj, vänner och kultur har en stor påverkan på både inställning och beslut kring deltagande i screening. Övriga faktorer som påverkade var ekonomi, tillgänglighet, bemötande och upplevelsen av smärta och obehag vid screeningen. **Diskussion:** En gemensam faktor för många länder är att det saknas tydlig information inför mammografiscreeningen. Släkt, vänner och kultur har en stor påverkan på många kvinnor, där mer tillgänglig information kring screeningen möjligen vore värdefull för att ge kvinnorna en samlad bild av betydelsen av mammografiscreening. **Slutsats:** Ett antal olika faktorer påverkar kvinnors beslut gällande val av deltagande i mammografiscreening och en och samma faktor kan ha olika påverkan på olika kvinnor. Tydlig information som ger en överblick över både för- och nackdelar med mammografiscreening saknas och bör utvecklas.

Nyckelord: *Mammography, women, experiences, information, participation*

Förord

Stort tack till vår handledare Maud Lundén för ett fantastiskt samarbete och alla goda råd du gett oss under skrivprocessen, vi hade inte klarat oss utan dig. Tack också till alla våra vänner och våra familjer som har haft extra stor förståelse för vår situation under dessa två månader och som stöttat oss då vi vaknat upp med ren och skär prestationsångest. Tack!

Göteborg, maj 2015

Daniela Nygård & Sandra Ring

Innehållsförteckning

1. INLEDNING.....	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1 BRÖSTCANCER.....	1
2.1.1 Riskfaktorer.....	1
2.1.2 Symtom.....	2
2.1.3 Klassifikation.....	2
2.1.4 Behandling.....	3
2.2 MAMMOGRAFISCREENING.....	3
2.2.1 Historia.....	3
2.2.2 Mammografiscreening i Sverige.....	3
<i>Kostnad och kallelse.....</i>	4
<i>Information inför undersökning.....</i>	4
<i>Mammografiscreening – skillnad mellan länder.....</i>	4
2.2.3 Undersökningsmetodik.....	5
2.2.4 Strålning.....	6
2.3 COPING - förmågan att hantera stress och krävande situationer...6	
2.4 RÖNTGENSJUKSKÖTERS KANS PROFESSION.....	6
2.4.1 Röntgensjuköterskans roll.....	7
<i>Personcentrerad vård.....</i>	7
<i>Det korta mötet.....</i>	7
2.4.2 Kommunikation.....	8
2.4.3 Kommunikation och möten ur ett kulturellt och genusperspektiv.....	8
3. PROBLEMFÖRMULERING.....	9
4. SYFTE.....	9
5. METOD.....	9
5.1 VALD METOD.....	9
5.2 LITTERATURSÖKNING OCH URVAL.....	9
5.3 DATAANALYS.....	10
5.4 ETISKA ASPEKTER.....	10

6. RESULTAT.....	11
6.1 INFORMATION OCH KUNSKAP.....	11
6.1.1 Det medvetna valet.....	11
6.1.2 Sjukvårdens informationsansvar.....	11
6.2 SOCIALA OCH PRAKTISKA ASPEKTER.....	12
6.2.1 Familj och familjehistoria.....	12
6.2.2 Vänner.....	12
6.2.3 Utbildning.....	13
6.2.4 Ekonomi.....	13
6.2.5 Tillgänglighet och tid.....	13
6.2.6 Kultur.....	14
6.3 UNDERSÖKNINGEN.....	14
6.3.1 Bemötande.....	14
6.3.2 Kompression.....	15
6.3.3 Strålning.....	15
6.4 DEN EGNA HÄLSAN I RELATION TILL BRÖSTCANCER OCH MAMMOGRAFISCREENING.....	15
7. DISKUSSION.....	16
7.1 METODDISKUSSION.....	16
7.2 RESULTATDISKUSSION.....	17
7.2.1 Information och kunskap.....	17
7.2.2 Sociala och praktiska aspekter.....	18
7.2.3 Undersökningen.....	19
7.2.4 Hälsa i relation till bröstcancer och mammografiscreening..	20
8. SLUTSATS.....	21
Referenser.....	22

BILAGA 1 - SÖKTABELL CINAHL

BILAGA 2 - SÖKTABELL PUBMED

BILAGA 3 - ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

BILAGA 4 – FRIBERGS KVALITETSGRANSKNINGSMODELL

1. INLEDNING

Mammografiscreening bedrivs över hela Sverige inklusive i ett relativt stort antal länder världen över. Detta innebär att kvinnor inom ett visst åldersintervall regelbundet kallas för screening i syfte att upptäcka bröstcancer i ett tidigt stadium av sjukdomen. Mammografiscreening betyder för röntgensjuksköterskan ett stort antal korta möten med många kvinnor varje dag, alla med olika bakgrund och preferenser. Under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) på mammografimottagning blev vi uppmärksammade på detta med bröstcancer, hur det påverkar kvinnor och kvinnors inställning till mammografiscreening. Vi träffade kvinnor som i många år, av oklar anledning, valt bort mammografiscreening, men som plötsligt blivit väldigt enträgna om att delta i undersökningen. Dessa kvinnor uppfattades ofta lite oroligare än andra. Det var även många kvinnor som avstod från att överhuvudtaget dyka upp på den bokade tiden för mammografiscreening, medan andra uppgav att det var en självklarhet för dem att delta regelbundet. Det var dock tydligt att en majoritet av de kallade kvinnorna valde att delta, men det faktum att ett antal kvinnor utan uppenbar anledning valde att avstå undersökningen, grundlade intresset till att mer ingående undersöka vilka faktorer som faktiskt påverkar kvinnors beslut att delta i eller avstå mammografiscreening.

2. BAKGRUND

2.1 BRÖSTCANCER

Enligt FN:s cancerforskningsinstitut drabbades ungefär 1,5 miljoner kvinnor i världen av bröstcancer år 2002. Antalet kvinnor som drabbas varierar dock stort i olika delar av världen. I länder i västra Europa, Israel, Argentina, Nya Zeeland, Australien och Nordamerika drabbas fler än 100 på 100 000 kvinnor av bröstcancer varje år. I Afrika och Asien är motsvarande siffra mindre än 20 på 100 000 kvinnor. Orsakerna till detta är inte helt klarlagda, men sannolikt spelar faktorer som livslängd och tillgång till och kvalitet på sjukvården in. Även ärftlighet och livstil har betydelse, skillnaden i antal insjuknade finns dock fortfarande även vid beaktande av dessa faktorer. Det är tveksamt om de genetiska skillnader är så stora att detta skulle vara orsak till den stora skillnaden i antal drabbade i olika länder (Cederquist, Bergh, Brandberg, Ernberg, Frisell, Fürst & Hall, 2007).

I Sverige ställs årligen drygt 8300 bröstcancerdiagnoser, vilket gör bröstcancer till den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Ytterligare drygt 900 kvinnor får besked om att de har så kallad ”cancer in situ”, vilket är ett förstadium till bröstcancer (Socialstyrelsen, 2014). Detta innebär att ungefär 20 kvinnor dagligen får besked om att de har drabbats av bröstcancer. De flesta kvinnor som insjuknar i bröstcancer är i 65-årsåldern, endast 5% av de som insjuknar är yngre än 40 år (Cancerfonden, 2014). Antalet insjuknade i bröstcancer har fördubblats sedan 1960-talet (Socialstyrelsen, 2014).

2.1.1 Riskfaktorer

Det finns ingen forskning som tydligt påvisar vilka faktorer som orsakar bröstcancer. Troligtvis uppstår sjukdomen baserat på en rad olika faktorer som samverkar med

varandra. Risken att drabbas bröstcancer ökar med antalet faktorer, en enstaka faktor är inget som i sig självt är tillräckligt för att orsaka cancer. En vanlig riskfaktor är kvinnans hormonbalans, progesteron och östrogen är kvinnans könshormoner och påverkar hennes bröstkörtlar i hög utsträckning. Ju tidigare i livet menstruationscykeln infaller desto högre risk har kvinnan att drabbas av bröstcancer senare i livet. Detta beror på att risken att insjukna har ett samband med antalet menstruationer under kvinnans fertila ålder. Användning av p-piller och andra östrogenbehandlingar ökar också risken för bröstcancer (Cancerfonden, 2014). Andra faktorer av betydelse är livsstil och ärftlighet, en ohälsosam livsstil som ger upphov till övervikt efter framför allt menopaus och en stor alkoholkonsumtion ökar risken att drabbas av bröstcancer. Risken ökar upptill tre gånger om kvinnan har en mamma eller syster som tidigare insjuknat i bröstcancer (Cancerfonden, 2014).

Hur kvinnans bröst är uppbyggt påverkar också risken att insjukna i bröstcancer. Kvinnans bröst innehåller fett, bröstkörtelvävnad och bindväv. Ju mer bröstkörtelvävnad och bindväv en kvinna har, desto tätare är hennes bröst. Risken för bröstcancer ökar fyra till sex gånger hos en kvinna med mycket täta bröst jämfört med de kvinnor vars bröst inte har samma täthet. Generellt minskar bröstens täthet med åldern och bröstkörtelcellerna omvandlas till fett. Kvinnor som har täta bröst även efter klimakteriet löper ökad risk att drabbas av bröstcancer. Detta anses vara en av de största riskfaktorerna för bröstcancer (Cederquist, Bergh, Brandberg, Ernberg, Frisell, Fürst & Hall, 2007).

Även strålningen som används vid diagnostik eller behandling innebär en liten ökad risk för att senare i livet drabbas av strålningsinducerad bröstcancer. Efter att kvinnan kommit upp i 40-års åldern överväger dock vinsten av antalet räddade liv tack vare mammografiscreening den väldigt låga risken att senare insjukna i bröstcancer orsakad av strålning (Socialstyrelsen, 2014).

2.1.2 Symtom

Bröstcancer kan visa sig på olika sätt och ge olika symtom. En knöl i bröstet är det vanligaste symtomet, dock är en knöl i bröstet långt ifrån alltid orsakad av bröstcancer, istället kan knölen vara en ofarlig cysta eller bindvävsknuta. Vid spridd cancer utanför själva bröstet kan knölar i armhålan kännas, då lymfkörtlarna blir förstörade. Andra symtom på bröstcancer kan vara förstoring och ökad fasthet av bröstet. Ibland växer tumören så att hud eller bröstvårta dras inåt. Blod och vätska från bröstvårtan kan också vara ett tecken på cancer. Ett mindre vanligt symtom är svullnad av bröstet som gör att porerna syns tydligare än vanligt, detta brukar kallas apelsinhud då det har utseendet av apelsinskal (Cancerfonden, 2013).

2.1.3 Klassifikation

Den vanligaste formen av bröstcancer är ductal cancer, vilket innebär att canceren uppstår i mjölkgångarnas celler. Canceren kan även uppstå i mjölkkörtlarna, vilket då kallas lobulär cancer. Denna cancerform är dock mer ovanlig. Bröstcancer delas in i fem olika stadium som betecknas 0, I, IIa och IIb, III och IV. Stadium 0, även kallat "in situ", innebär att canceren endast finns på den plats där den uppstått. Stadium I innebär att tumören är mindre än 2 cm och inte har någon spridning. Tumörer i stadium II indelas i a respektive b, beroende på hur tumören ser ut. IIa innebär att tumören är mindre 2 cm med metastaser i kringliggande körtlar, IIb innebär att

tumören är 2-5 cm stor, utan spridning till körtlar i armhålan. Stadium III innebär att tumören är större än 5 cm eller att det finns en omfattande spridning till kringliggande körtelvävnad. Bröstcancer i stadium IV innebär att canceren har spridit sig i kroppen och orsakat metastaser (Cederquist, Bergh, Brandberg, Ernberg, Frisell, Furst & Hall, 2007)

2.1.4 Behandling

Bröstcancer behandlas i det flesta fall genom operation. Vid operation avlägsnas antingen hela bröstet, så kallas masektomi, eller endast den del av bröstet där tumören finns. Den sistnämnda metoden, så kallad bröstbevarande kirurgi är den metod som används oftast. Båda formerna av kirurgi innebär att lymfkörtlar i armhålan avlägsnas om de innehåller tumörceller, i annat fall lämnas de kvar orörda (Socialstyrelsen, 2013). Oavsett val av operationsmetod inleds adjuvant behandling. Detta innebär cytostatikabehandling, hormonell behandling och/eller strålbehandling. Orsaken till att adjuvant behandling kombineras med operation är att i största möjliga mån minska risken för återfall.

2.2 MAMMOGRAFISCREENING

2.2.1 Historia

Mammografins historia börjar redan 1913 då Albert Salomon redogjorde för röntgenundersökningar han genomfört på bröstvävnad som opererats bort på grund av bröstcancer. Hans arbete glömdes dock bort fram till 1927 då kirurgen Otto Kleinschmidt i en bok nämnde Salomons tidigare arbete. Utvecklingen av mammografi tog fart på allvar runt 1930 då Stafford L. Warren utförde mammografiundersökningar på ett hundratal kvinnor. Under tidigt 1950-tal insåg Raul Leborgne att kompression var viktigt för att få en bättre bildkvalitet. Mammografiscreening började spridas i större omfattning under 1960-talet då Robert L. Egan utförde bildtagning på 1000 kvinnor. Under 1963-1966 skedde den första kontrollerade studien med regelbunden mammografiscreening för att utröna om detta kunde sänka dödligheten i bröstcancer. År 1987 hade man framgångsrikt utvecklat mammografimetoden och nu krävdes lägre lägre stråldos än tidigare för att få tillräcklig bildkvalitet (Gold, Bassett & Widoff, 1990). Mobila vagnar för mammografiscreening användes redan på under mitten av 1970-talet i Sverige och redan under 1960-talet i USA. Tanken med dessa mobila enheter var att de kunde ställa sig nära kontorslokaler och stormarknader och på sätt kunde kvinnorna snabbt och effektivt genomgå en mammografiscreening medan de lunchade eller handlade (Gold, Bassett & Widoff, 1990).

2.2.2 Mammografiscreening i Sverige

Sedan mitten av 1990-talet kallas alla kvinnor mellan 40 och 74 år i hela Sverige till mammografiscreening ungefär vartannat år (Cederquist et al., 2007). Antalet deltagande kvinnor varierar i olika landsting och regioner. År 2012 återfanns lägst deltagarprocent i Stockholm, där 71% av kvinnorna deltog och högst deltagarprocent återfanns i Västernorrland, där 90% av kvinnorna deltog (Cancercentrum, 2012). Några av kraven för att screening ska få bedrivas, är att det är en kostnadseffektiv verksamhet och att den har en faktisk effekt på dödligheten. Mammografiscreening uppfyller dessa krav och sedan regelbunden mammografiscreening introducerades i

Sverige har dödligheten i bröstcancer minskat med mellan 16-25% (Socialstyrelsen, 2014). En studie visade att endast 8% av bröstcancerfallen i stadium 0 upptäckts av kvinnorna själva/vid klinisk undersökning, medan 16% av bröstcancerfallen i stadium 0 upptäckts vid mammografiscreening. I Stadium I är motsvarande siffror 42% vid klinisk undersökning och 53% vid screening. När tumörerna nått stadium II och högre ger tumörerna vanligtvis så stora besvär att de upptäckts av kvinnorna själva som då söker läkare på eget initiativ (Socialstyrelsen 2014).

(Fortsättningsvis kommer både *mammografiscreening* och *screening* används som begrepp i texten. Med screening avses i alla sammanhang mammografiscreening.)

Kostnad och kallelse

Kostnaden för mammografiscreening varierar i landet. Inom Västra Götalandsregionen är avgiften för mammografiscreening 100 kr (Vårdguiden, 2014). Stockholms läns landsting tog på prov bort avgiften vid årsskiftet 2011/2012. Detta har inneburit att 3% fler kvinnor deltagit i screeningen. Avgiften har sedan mammografiscreeningen introducerades i Stockholm under flera omgångar tagits bort respektive införts och det går att notera en minskning av deltagare då screeningen varit avgiftsbelagd (Läkartidningen, 2014). Mammografiscreening är än idag avgiftsfri i Stockholms län (Vårdguiden, 2015).

Information inför undersökning

Informationsbroschyrer av olika slag lämnas i första hand till de kvinnor som ska genomgå mammografiscreening för första gången. Generellt lämnas efter undersökningstillfället information om självundersökning av bröstet (Region Skåne, 2010). Det pågår ett nationellt arbete mellan Sveriges kommuner och landsting för att ta fram både en gemensam inbjudan och nationell information om mammografiscreening. Syftet med det nationella informationsbladet är att alla kvinnorna i hela Sverige ska få samma information inför undersökningen och att på ett överskådligt sätt presentera både för- och nackdelar med mammografiscreening. Det finns i dagsläget en kort informationstext om mammografiscreening på 13 olika språk, tillgänglig på Vårdguidens internetsida (Socialstyrelsen, 2014).

Mammografiscreening - skillnad mellan länder

År 1985 gick alla medlemmar i Europeiska kommittén ihop för att gemensamt motarbeta cancer. I början av 1990-talet kom den första upplagan av *European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis* (fjärde upplagan). Denna bok avsåg att ge alla medlemsländer samma information, kunskap och rekommendationer att arbeta utifrån när det gäller bröstcancer och mammografiscreening. Även Norge, Schweiz, Israel, Kanada och USA har varit delaktiga i arbetat med boken och rekommendationer kring mammografiscreening (European Commission, 2006). Europeiska kommittén rekommenderar mammografiscreening för kvinnor mellan 50-69 år, men vissa länder börjar kalla kvinnor till screening tidigare än så och i en del länder några år längre. I England, Nederländerna och Italien varierar deltagarfrekvensen i mammografiscreeningen mellan 70-90% (European Commission, 2006). I USA rekommenderas kvinnor mellan 50-74 år att delta i mammografiscreening regelbundet (USPSTF, 2015).

2.2.3 Undersökningsmetodik

Innan bildtagningen får kvinnan klä av sig på överkroppen så att röntgensjuksköterskan kan göra en yttre bedömning av bröstet för att kontrollera om det finns några synliga förändringar. Ärr eller pigmentförändringar kan ibland avbildas tydligt på röntgenbilderna och ska därför noteras då dessa annars kan misstolkas som möjliga cancerförändringar. Vid bildtagning komprimeras kvinnans bröst för att minska stråldosen och för att separera de olika vävnaderna i bröstet från varandra. På detta sätt blir det en bättre bild som är lättare att tyda. Kompressionen gör även att bildkvaliteten blir bättre då rörelseoskärpan minimeras eftersom bröstet sitter fast (European Commission, 2006).

Vid mammografiscreening tar man två olika projektioner, jämfört med tre projektioner vid klinisk mammografi. Detta för att hålla patientdosen så låg som möjligt. Projektionerna vid mammografiscreening kallas cranio-caudal (CC) och medial-lateral oblique (MLO). Beteckningen kommer utifrån strålningens riktning. Kriterier för en godkänd CC-bild är att hela bröstet avbildas, bröstvårtan syns i profil, inga hudveck förekommer, del av bröstmuskeln syns och bröstet ska vara symmetriskt på bilderna. För att en MLO ska bli godkänd skall hela bröstet vara avbildat, bröstvårtan ska vara i profil och det ska inte finnas några hudveck runt bröstet. Dessutom ska stora delar av bröstmuskeln och axillen vara med utan att huden veckats där (European Commission, 2006). Efter bildtagning dubbelgranskas röntgenbilderna alltid av två olika radiologer (SBU, 2011).

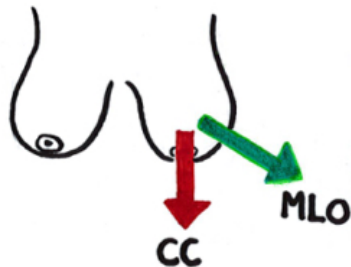
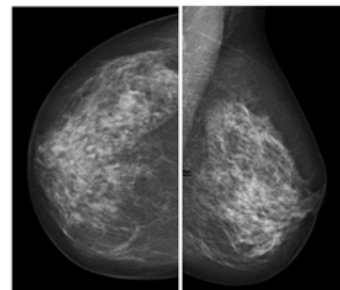


Illustration över hur bröstet komprimeras vid CC och MLO projektioner



Mammografibilder, CC och MLO

Mammografibilderna till höger är redigerade och originalbilderna finns att hämta från nedanstående länkar:

"40F CC DMMG" by © Nevit Dilmen. Licensed under CC BY-SA 3.0 via Wikimedia Commons - http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/2e/40F_CC_DMMG.png

"40F MLO DMMG" by © Nevit Dilmen. Licensed under CC BY-SA 3.0 via Wikimedia Commons - http://commons.wikimedia.org/wiki/File:40F_MLO_DMMG.png#/media/File:40F_MLO_DMMG.png

2.2.4 Strålning

Röntgenstrålning är en elektromagnetisk strålning med väldigt kort våglängd, vilket innebär att den kan vara skadlig för den som utsätts för denna typ av strålning. Därför ska all vårdpersonal som arbetar med strålning ha tillräckligt goda kunskaper för att utföra behandlingar och undersökningar på ett strålsäkert sätt. Vid undersökning och behandling av en vårdtagare måste alltid nyttan vara större än den skada strålningen kan orsaka (Strålsäkerhetsmyndigheten, 2011b).

En mammografiundersökning ger vårdtagaren mindre än 0.2 mSv i stråldos (Strålsäkerhetsmyndigheten, 2011b). Detta att jämföra med den bakgrundsstrålning människan ständigt utsätts för, som uppgår till ca 1mSv per år, vilket motsvarar fem mammografiundersökningar (Strålsäkerhetsmyndigheten, 2011a). Enligt SSMFS 2008:51 får röntgenpersonal utsättas för maximalt 50 mSv strålning per år men inte mer än 100 mSv på fem år följt efter varandra.

2.3 COPING – förmågan att hantera stress och krävande situationer

Begreppet coping beskriver människans sätt att hantera stress. Processen går ut på att försöka kontrollera det problem som orsakar stress och utvecklingen av den känslomässiga reaktionen orsakad av problemet. Detta är ofta relaterat till krävande livssituationer då människan känner sig otillräcklig i sin förmåga att uppnå sina personliga krav. Inom omvårdnad återkommer begreppet coping hos patienter som drabbats av eller tror sig drabbats av allvarliga sjukdomar (Ahmadi, 2008). Coping förekommer exempelvis hos kvinnor som efter mammografiscreening blir återkallade för vidare utredning, vilket blir en psykisk belastning de ska hantera oavsett om de verkligen har drabbats av bröstcancer eller inte. Kvinnor kan också uppleva smärta och obehag inför kompressionen av bröstet i samband med bildtagning, vilket de hanterar på olika sätt (Socialstyrelsen, 2014).

Det finns två generella coping-strategier som tillämpas för att utvärdera betydelsen av det stressfulla momentet som uppstått och hur kontrollerbart det är. Dessa kallas problemlösande och känslorienterade coping-strategier och tillämpas på olika sätt. Den problemlösande strategin används för att minimera problemet som stressar individen. Den känslorienterade strategin är riktad mot de känslor som dyker upp kring det stressfulla problemet. Faktorer som präglar valet av strategi är individens beteende och tidigare livserfarenheter. Det finns fem olika modeller som beskriver hur individen handlar: *Kämparanda*, *Förnekande*, *Fatalism*, *Hjälplöshet/Hopplöshet* och *Ångest* (Ahmadi, 2008). *Kämparanda* - att anta problemet och försöka hitta en utväg, *förnekande* - att lägga problemet i skymundan, *fatalism* - att inse problemet och därefter inte bry sig om att vidta några åtgärder, *hjälpplöshet/hopplöshet* - att känna sig förlorad eller maktlös och söker därav inte hjälp och slutligen *ångest* - en ständig känsla av obehag, oro och/eller rädsla som hämmar vardagen (Ahmadi, 2008).

2.4 RÖNTGENSJUKSKÖTERSANS PROFESSION

Röntgensjuksköterskans huvudområde är radiografi. Röntgensjuksköterskan ska verka för att genomföra undersökningar med minsta möjliga stråldos till patient och samtidigt ta bilder med tillräckligt god bildkvalitet för att radiologerna ska kunna

tyda bilderna och ställa diagnos. Röntgensjuksköterskan ska även arbeta på ett strålsäkert sätt och ansvarar för strålskydd till patient, närstående och personal (Swedrad, 2012).

2.4.1 Röntgensjuksköterskans roll

Omvårdnad ingår i röntgensjuksköterskans huvudområde radiografi. Förmågan att tillämpa personcentrerad vård, lindra smärta och obehag samt självständigt värdera vårdtagarens specifika omvårdnadsbehov är några av röntgensjuksköterskans delkompetenser. Röntgensjuksköterskan ska dessutom vägleda och tillämpa kommunikation med gott omdöme och respekt. Patienten och dess närstående ska få stöd och uppmuntran vid undersökningen eller behandling. Dessutom ska röntgensjuksköterskan värna om patientens integritet och göra sig medveten om dennes tidigare kunskaper och erfarenheter (Swedrad, 2012). Enligt Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor (2008) ska röntgensjuksköterskan verka för mänskliga och kulturella rättigheter och röntgensjuksköterskan ska också respektera sina medarbetare och verka för ett gott samarbete.

Personcentrerad vård

Begreppet myntades under tidigt 2000-talet och innebär att människan ska ses som en individ och vara centrum för uppmärksamheten istället för att fokus ska ligga enbart på eventuell sjukdom eller funktionshinder (Benzein, Hagberg och Saveman, 2014). Vårdtagarnas integritet och rätt till självbestämmande ska alltid respekteras och vårdtagaren har alltid rätt att få information om undersökning och behandling. Informationen ska anpassas efter vårdtagarens förmåga att förstå och hantera information. Sjukvårdspersonalen ska i sitt möte med vårdtagaren ta i beaktande att alla människor är olika och har individuell syn på livet, andlighet och religion (Socialstyrelsen, 2015). Fördelar med personcentrerad vård är att det blir lättare att skapa tillit och öppna upp för kommunikation mellan röntgensjuksköterska och vårdtagare. En personcentrerad vård har visat att människor i större utsträckning återkommer för vård och undersökning jämfört med individer som tidigare upplevt dåligt bemötande och har haft negativa upplevelser inom hälso- och sjukvården (Vårdhandboken, 2013).

Det korta mötet

För röntgensjuksköterskan är det korta mötet med patienten något som ibland kan göra det svårt att upprätthålla en patientcentrerad vård. Under kort tid ska röntgensjuksköterskan dels skapa en relation till patienten så att patienten känner sig omhändertagen och trygg, dels ska röntgensjuksköterskan på ett lämpligt sätt förklara hur undersökningen går till och samtidigt ta optimala bilder (Westunger, 2014). Under det korta mötet träffar röntgensjuksköterskan många människor med olika preferenser och ska eftersträva att upprätthålla en god relation under hela undersökningen. Ett gott möte är avgörande för en framtida relation mellan vårdgivare och vårdtagare (Andersson & Örnberg, 2011). Vårdgivare förklarar ofta att de inte hinner se individen på det sätt de önskar om mötet är för kort. En patientcentrerad vård ska dock inte vara något som präglas utav tid utan ska snarare vara en rutin som sitter i system (Vårdhandboken, 2013).

2.4.2 Kommunikation

Ordet kommunikation kommer ifrån det latinska ordet *communicare* och betyder att göra något tillsammans. Kommunikation kan definieras som utbyte av tecken mellan minst två parter. Inom hälso- och sjukvården ska kommunikationen vara professionell och omvårdnadsorienterad. Det innebär att den är baserad på yrkets värdegrund och att den inte begränsas av ålder, kultur eller kön. Det finns ett krav

att oavsett vårdgivare följa den yrkesetiska koden och upprätthålla en god kommunikation där vårdgivaren är expert och ska se till att information uppfattas på ett korrekt sätt. Det är upp till vårdgivaren att ge information som är patientinriktad och se till att lyssna och bekräfta det individen säger och känner. Aktiv lyssnande är en viktig faktor inom god kommunikation. Detta ger en chans att spegla vårdtagarens känslor och kan tillämpas genom ögonkontakt, beröring, tystnad, uppmuntran och att ställa frågor. Detta är enkla verktyg för att få vårdtagaren att känna sig sedd och känna tillit till vårdgivaren (Eide & Eide, 2006).

Det finns två olika former av kommunikation; verbal och icke-verbal kommunikation. Verbal kommunikation är orden vi talar och den icke-verbala kommunikationen är ansiktsuttryck, röstklang, ögonkontakt, kroppsspråk, personligt utrymme och fysisk beröring. Den icke-verbala kommunikationen är både medfödd och inlärd. Den del som är medfödd är gällande för alla personer över hela världen och den del som är inlärd präglas av var man är född och uppvuxen. Det sägs att den icke-verbala kommunikationen är mer sann och speglar en tydligare bild av tankar och känslor (Hanssen, 2007).

2.4.3 Kommunikation och möten ur ett kulturellt och genusperspektiv

Kultur är de värderingar, övertygelser och den tradition som är präglad av en specifik social grupp och är något som ärvs mellan generationer. Inom en kultur kan det uppstå en subkultur, vilket kan beskrivas som små grupper som skapar en egen egen kultur i den stora kulturen, baserat på exempelvis gemensamma intressen och etnicitet. Etnicitet innebär att man identifierar sig med en kulturell grupp med gemensamt ursprung. Inom vissa kulturer är familjen väldigt viktig och man delar personlig information endast med nära familjemedlemmar. Människor anpassar sitt eget beteende efter den egna familjens åsikter och värderingar. Att placeras i en helt ny kultur kan uppfattas som obekvämt för många (Chipola, 2005). Det finns dock alltid variationer inom varje kultur, alla tänker och beter sig inte på samma sätt. Hur människan agerar och beter sig påverkas av faktorer som vilken subkultur man tillhör och kön, utbildning, erfarenhet och ålder (Queensland Council of Social Service, 2013). Människans beteende styrs även av hur man förväntas agera, oftast uppdelat i typiskt kvinnligt respektive manligt. Ett annat ord för detta är genus, vilket är ett annat ord för människans sociala kön och detta skapas och formas av exempelvis samhället, föräldrar, lagar, vänner, tv och internet (Nationalencyklopedin, 2014).

Kulturellt sett skiljer sig oftast de icke-verbala kommunikationsområdena åt mest, speciellt när det handlar om *personligt utrymme* och *fysisk beröring*. Det personliga utrymmet är avståndet till andra individer och som markerar den privata zonen. Människor kan känna sig tillbakadragna om någon kliver in i deras personliga utrymme (Hanssen, 2007). Acceptansen av fysisk beröring varierar i olika kulturer.

Beröring räknas som människans intima zon och det är därför väldigt viktig att vara uppmärksam så att ingen känner sig trängd. Exempelvis rör japaner inte vid varandra offentligt och latinamerikaner använder väldigt mycket fysisk kontakt vid kommunikation. Arabiska kvinnor får generellt inte utöva någon form av fysisk kontakt utanför hemmet om det inte är med en kvinna som hon är nära släkt med (Hanssen, 2007).

3. PROBLEMFORMULERING

I Sverige får över 8000 kvinnor varje år besked om att de drabbats av bröstcancer. Av dessa avlider ungefär 17% i sviterna av sjukdomen. Sedan ungefär 20 år tillbaka kallas alla kvinnor mellan 40 och 74 år i Sverige till mammografiscreening ungefär vartannat år (Cederquist et al., 2007). Mammografiscreening är en förhållandevis billig, i vissa fall gratis, hälsoundersökning, där bröstcancer kan upptäckas och behandlas i ett tidigt skede. Sedan införandet av mammografiscreening har dödligheten i bröstcancer minskat med 16-25% (Socialstyrelsen). Den genomsnittliga deltagarnivån i mammografiscreening i Sveriges alla landsting ligger på 82% (Cancercentrum, 2012). Detta faktum observerades under VFU:n då ett varierande antal kvinnor dagligen valde att utebli från mammografiscreeningen. Deras frånvaro väckte intresset till att fördjupa oss i anledningar till att inte alla kvinnor som kallas väljer att delta och vilka faktorer som påverkar resterande kvinnors deltagande.

4. SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka vilka faktorer som påverkar kvinnors val av deltagande i mammografiscreening.

5. METOD

5.1 VALD METOD

Litteraturöversikt valdes som metod för att denna metod ger en möjligheten att skapa en överblick av den kunskap som redan finns inom detta forskningsområdet (Friberg, 2006). Denna litteraturöversikt baseras på fjorton kvantitativa och kvalitativa artiklar.

5.2 LITTERATURSÖKNING OCH URVAL

Material till litteraturstudien söktes inledningsvis i Cinahl, för att få ytterligare bredd på sökresultat och information genomfördes sökningar även i PubMed. Under litteratursökningen användes sökordet ”*mammography*” i kombination med ytterligare sökord i samtliga sökningar. I det tidiga skedet av litteratursökningen användes sökorden ”*information*”, ”*communication*”, ”*worry*” och ”*experience*”. Baserat på de resultat som presenterades vid dessa sökningar, kompletterades sökningarna med nya sökord i syfte att få större bredd på sökningen och sortera fram ytterligare relevanta resultat i databaserna. Följande sökord, tillsammans med ”*mammography*”, användes i olika kombinationer; ”*approach*”, ”*patient*”,

”screening”, ”participation”, ”adherence”, ”barriers”, ”perception”, ”beliefs”, ”attitudes”, ”radiation”, ”cost” och ”Sweden”.

Till synes intressanta artiklar undersöktes först genom att läsa igenom abstrakten. Artiklar vilka ansågs relevanta för syftet sparades för senare genomläsning. Dessa artiklar lästes igenom för att få en uppfattning om innehållet och innebörden i studierna. Några artiklar sorterades snabbt bort baserat på att de ej uppfattades som relevanta för litteraturstudiens syfte. Ett antal artiklar exkluderades på grund av att de var skrivna under tidigt 2000-tal och deras material baserades på studier gjorda under -80 och -90-talet. Detta analysmaterial uppfattades föråldrat och det var ej längre möjligt att säkerställa relevansen i studiernas resultat i förhållande till nutid. Valda artiklar granskades baserat på Fribergs (2006) modell för kvalitetsgranskning av kvalitativa respektive kvantitativa artiklar (Bilaga 4).

Inklusionskriterier:

- Abstrakt tillgängligt
- Full text tillgängligt
- Peer reviewed

Exklusionskriterier:

- Artiklar på annat språk än engelska
- Artiklar skrivna tidigare än år 2000
- Artiklar som behandlar annan undersökningsmetodik än konventionell röntgen

Under vår litteratursökning studerades även artiklarnas referenslistor, där tre relevanta artiklar hittades. Dessa tre artiklar söktes fram genom en manuell sökning i PubMed eller Cinahl; *Speedy & Hase, 2001*; *Silverman, 2001* och *Ahmed, Smith, Harber & Belcon, 2009*.

5.3 DATAANALYS

Artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att få en god uppfattning om innehållet och innebörden i studierna. Därefter plockades stycken som kändes relevanta för syftet ut ur artiklarna. Under denna del av analysen återkom ett antal olika typer av faktorer. Dessa delades slutligen in i fyra teman; ”*Information och kunskap*”, ”*Sociala aspekter*”, ”*Undersökningen*” och ”*Den egna hälsan i relation till bröstcancer och mammografiscreening*”.

5.4 ETISKA ASPEKTER

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003, §17) säger att forskning som bedrivs där människor deltar kräver ett samtycke. Samtycket skall vara frivilligt och denne ska fått god information om studien innan ställningstagande enligt paragraf 16. Detta förutsätter att deltagarna i studien har förstått den angivna informationen. Syftet med lagen är att skydda människan från skada och att bevara människans värde (SFS, 2003, §1). Flertalet av artiklarna uppgav inte huruvida de var etiskt granskade eller ej. Däremot var alla artiklarna publicerade i tidskrifter som kräver etiskt godkännande så som *Women Health Issues* och *European Journal of Oncology Nursing* (Elsevier, 2015).

6. RESULTAT

HUVUDTEMA	TEMA
INFORMATION OCH KUNSKAP	Det medvetna valet Sjukvårdens informationsansvar
SOCIALA OCH PRAKTISKA ASPEKTER	Familj och familjehistoria Vänner Utbildning Ekonomi Tillgänglighet och tid Kultur
UNDERSÖKNING	Bemötande Kompression Strålning
DEN EGNA HÄLSAN I RELATION TILL BRÖSTCANCER OCH MAMMOGRAFISCREENING	

6.1 INFORMATION OCH KUNSKAP

6.1.1 Det medvetna valet

Ett återkommande uttryck i flertalet av artiklarna är ”informed decision” (Speedy & Hase, 2000; Nekhlyudov, Li & Fletcher, 2008; Gummersbach, Piccoliori, Oriol Zerbe, Altiner, Othman, Rose & Abholz, 2009; Nekhlyudov & Braddock, 2009). Studierna uppger att innebörden i uttrycket är att kvinnorna ska ha en möjlighet att göra ett medvetet val gällande deltagande i mammografiscreeningen, baserat på adekvat information och kunskap. Enligt Nekhlyudov och Braddock (2009) är ”informed decision” kärnan i patientcentrerad vård.

6.1.2 Sjukvårdens informationsansvar

Fördelar med mammografiscreening diskuterades inom vården i större utsträckning jämfört med eventuella nackdelar. Nekhlyudov et al. (2009) utarbetade en modell för sjukvårdspersonal kring kommunikation och information gällande bröstcancer och mammografiscreening, där både fördelar och nackdelar diskuterades. Denna modell skulle även ge kvinnor möjlighet att ställa egna frågor inför screeningen.

Nekhlyudov et al. (2009) skriver att processen kring modellen är omfattande, tidsödande för sjukvårdspersonalen och möjligen överväldigande för kvinnorna. Processen är dock nödvändig för att kvinnor ska kunna göra ett medvetet och aktivt val gällande om de vill genomgå mammografiscreening eller inte. Man behöver dock ha i åtanke att alla kvinnor inte vill bli involverade i denna informationsprocess, istället önskade de att sjukvårdspersonalen tar beslutet åt dem (Nekhlyudov et al., 2009).

De kvinnor, som hade god kunskap gällande bröstcancer, exempelvis i vilken ålder risken för bröstcancer ökade och vilka riskfaktorer som ökade risken för att drabbas av bröstcancer, deltog i större utsträckning i mammografiscreeningen jämfört med de kvinnor vars kunskaper var bristfälliga (Gummersbach et al., 2009)

6.2 SOCIALA OCH PRAKTISKA ASPEKTER

6.2.1 Familj och familjehistoria

Familjens inflytande visade sig i flera studier ha en påverkan på kvinnors val av deltagande i mammografiscreeningen. Flera av de kvinnor vars närstående hade eller hade haft bröstcancer, kände en rädsla för att själva drabbas av cancer och de såg det som en självklarhet att delta i screeningen för att möjliggöra en tidig upptäckt av en eventuell bröstcancer. Dessa kvinnor hade redan i tidig ålder fått en positiv uppfattning om mammografiscreening, vilket innebar att den drabbade familjen fungerade som drivkraft (Kaltsa, Holloway & Cox, 2012). En kvinna vars syster hade avlidit på grund av livmoderhalscancer klargjorde att om hon inte hade blivit kallad till mammografiscreening per automatik, hade hon själv ringt för att få en tid, det var för henne en självklarhet (Willis, 2006).

Familjen visade sig även påverka kvinnor till att avstå mammografiscreening. Kvinnorna som valde att avstå, förklarade i flera fall att de från familjen aldrig fått vetskap om fördelarna med screening och aldrig blivit uppmuntrade att delta i screening. Äldre kvinnor inom familjen kände ibland rädsla för att själva undersökas och denna rädsla fördes under uppväxten över på de yngre kvinnorna, vilket också påverkade deras beslut om att avstå screening helt eller att delta i screeningen väldigt sporadiskt (Kaltsa et al., 2012).

6.2.2 Vänner

Kaltsa et al. (2013) kunde i sin studie påvisa att även vänner och deras inställning påverkade kvinnors beslut att delta i mammografiscreening. Diskussioner vänner emellan innehöll oftast en positiv uppfattning gällande screening och på så sätt uppmuntrade kvinnorna varandra att delta. Gemenskap och diskussioner kvinnorna emellan visade sig även hjälpa dem att komma över oron för bröstcancer och rädsla inför undersökningen, vilket kvinnorna såg som något positivt. Majoriteten av de kvinnor vars vänner drabbats av bröstcancer såg sina vänners sjukdom som något som motiverade dem att genomgå mammografiscreening regelbundet, eftersom sjukdomen då blev väldigt närvarande (Kaltsa et al., 2013).

6.2.3 Utbildning

Scheck McAlearney, Reeves, Tatum & Paskett (2007) uppgav att det tidigare fanns ett samband mellan deltagande och utbildningsnivå och att dessa faktorer var kopplade till varandra. En högre utbildning innebar en större sannolikhet att delta i mammografiscreening. Ahmed, Smith, Haber & Belcon (2009) påvisade ingen signifikant skillnad mellan kvinnors deltagande grundat på grad av utbildning även om kvinnor med högre utbildning än högskola hade en något större benägenhet att delta. En annan studie visade dock på att kvinnor som saknade gymnasial utbildning deltog i mammografiscreeningen i mindre omfattning än kvinnor med högre utbildning (Russell, Perkins, Zollinger & Champion, 2006).

6.2.4 Ekonomi

Ett antal artiklar kommer från länder där det är aktuellt med sjukvårdsförsäkring i olika form. Sheck McAlearney et al. (2007) påvisade att kvinnor som var låginkomsttagare och saknade sjukvårdsförsäkring var mindre benägna att delta i mammografiscreeningen då kostnaden ansågs vara ett hinder. Kvinnor vilka var privat försäkrade visade sig delta i screeningen i större utsträckning än de kvinnor som hade en allmän försäkring (Ahmed et al., 2009). Rädsla att bli nekad försäkring om kvinnan diagnostiserades med bröstcancer nämndes också som ett hinder för att delta i mammografiscreeningen (Watson-Johnson et al., 2011).

Kvinnor som oroade sig för bröstcancer tenderade också att överskatta kostnaden för ett screeningbesök. Dessa kvinnor såg kostnaden som ett större hinder jämfört med kvinnor som oroade sig mindre och som hade en mer korrekt uppfattning gällande kostnaden. Studien påvisade att över hälften av kvinnorna som aldrig deltog eller inte deltagit i mammografiscreeningen under de senaste två åren uppgav att kostnaden var ett hinder (Sheck McAlearney et al., 2007). Yngre kvinnor tenderade att i större omfattning uppges kostnaden som ett hinder jämfört med äldre kvinnor (Yankaskas et al., 2010). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan lägre respektive högre inkomst i relation till deltagande i mammografiscreening. En liten skillnad kunde dock påvisas, där något fler kvinnor med högre inkomst tenderade delta i screeningen (Russell et al., 2006).

6.2.5 Tillgänglighet och tid

Tillgänglighet och lång eller besvärlig väg till själva mammografimottagningen nämndes i flertalet artiklar som en bidragande faktor till att kvinnor avstod från att delta i mammografiscreeningen (Watson-Johnson et al., 2011). Framför allt kvinnor med funktionshinder ansåg att tillgängligheten till mammografiscreeningen påverkade deras beslut att delta. Saknades parkering eller bra lokala kommunikationer avstod dessa kvinnor ofta från att delta i screeningen eller deltog en gång men valde sedan att inte återkomma då ovanstående faktorer tidigare gjort besöket besvärligt för dem (Yankaskas, 2010). En grekisk studie påvisade att kvinnor ansåg det vara obekvämt och tidsödande att besöka den allmänna sjukvården för en mammografiscreening då många kvinnor besökte screeningen samtidigt vilket gjorde att besöket tog lång tid i anspråk och att de då tvingades ta ledigt från jobbet (Kaltsa et al., 2012). En mindre grupp kvinnor uppgav också att de inte hade tid att delta i mammografiscreeningen (Speedy & Hase, 2000). Willis (2006) frågade de

deltagande kvinnorna i studien om de var villiga att resa för att delta i screeningen om det inte fanns en lokal mammografimottagning. Deras svar indikerade att det som påverkade deras inställning till att behöva åka en bit till mammografimottagningen var synen på den egna hälsan, framför att själva resan uppfattades som besvärlig. De som såg hälsan som viktig, hade som regel inget emot att resa till mottagningen.

6.2.6 Kultur

En del kvinnor kände att den egna kulturen hindrade dem från att delta i mammografiscreening. Majoriteten av dessa kvinnor uppgav att de aldrig hade pratat med sina mödrar om hälsoproblem och den egna kroppen då det i deras kultur inte sågs som något man pratade öppet om. Bröstcancer och mammografiscreening var därför något som aldrig hade diskuterats mellan mödrar och döttrar (Engelman, Cizik, Ellerbeck & Rempusheski, 2012). För många kvinnor var det tabubelagt att visa sig naken inför främlingar, detta hämmade många kvinnor så pass att de avstod från att delta i mammografiscreening. Dessa kvinnor uppgav dock att om det på mammografiavdelningen arbetat en kvinna de kände, då hade det varit annorlunda och de hade deltagit i screeningen (Watson-Johnson et al., 2011). Andra kvinnor kunde dock tänka sig att delta i mammografiscreeningen, men det var då ett krav att de fick bli undersökta av en kvinnlig röntgensjuksköterska, att bli undersökt av en man var något de inte kunde gå med på, speciellt då det handlade om mammografi, där de befann sig i en väldigt utsatt situation (Engelman et al., 2012).

Enligt Watson-Johansons studie från 2011 upplevde många ursprungsamerikaner att de blivit illa bemötta av kaukasisk personal vid screeningtillfället och att de inte visade dem den kulturella respekten de kände att de förtjänade.

Ursprungsamerikanerna menade att de kaukasiska kvinnorna ska behandla dem med stor respekt och inte som objekt (Watson-Johnson et al., 2011). Afro-amerikanska kvinnor förklarade att bröstcancer inom deras kultur uppfattades som något väldigt förödande. Dessa kvinnor uppgav att bröstcancer var så ångestladdat att de inte ens talade om det. Mammografiscreening försvinner då per automatik ur bilden då fördelarna aldrig hade diskuterats (Russell et al., 2011). Japanska kvinnor förklarade att de inte deltar eller funderade på att sluta delta i mammografiscreening på grund av deras genetiska arvs massa. De beskrev att deras etnicitet och ursprung gjorde dem mindre benägna att drabbas bröstcancer och därför behövde de inte delta i screeningen. Andra japanska kvinnor hävdade att de kunde tänka sig att möjligen delta i mammografiscreening vart tionde år (Watson-Johnson et al., 2011).

6.3 UNDERSÖKNINGEN

6.3.1 Bemötande

Bemötandet vid kontakt med mammografimottagningen inför undersökning och under själva mammografiscreeningen var ofta en avgörande faktor för om kvinnor valde att genomgå undersökningen överhuvudtaget eller valde att återkomma. Kvinnorna underströk att instruktion och kommunikation mellan personal och dem själv både före och under mammografiscreeningen var betydelsefullt. Hur själva undersökningen skulle gå till uppfattades som väldigt viktig för kvinnorna. En kvinna förklarade att hon inte upplevde undersökningen lika obehaglig ifall hon precis innan screeningen fått information om vad som skulle komma att ske (Engelman et al., 2012). Kvinnor som valt att avstå mammografiscreening menade att de inte känt sig

välkomna vid tidigare besök och att sjukvårdspersonalen på avdelningen varit otrevliga (Ferrat, Le Breton, Djassibel, Veerabudun, Bixi, Attali & Renard, 2013). Flertalet kvinnor uppgav även att läkare de konsulterat inför mammografin, hade haft ett nonchalant bemötande och att de kändes ointresserade och stressade. Några kvinnor uppgav att de, om de inte kände tilltro till läkaren och det utlåtande som gavs, valde att uppsöka en annan läkare/mottagning för ytterligare ett utlåtande. Studien påvisade att faktorerna ovan ledde till att flertalet kvinnor som redan hade besvär med bröstet, så som smärta och knutor, valde att avstå mammografiscreening helt (Kaltsa et al., 2012).

En majoritet av kvinnorna var dock nöjda med hur de blivit omhändertagna under mammografiscreeningen. Om kvinnorna var nöjda eller missnöjda med bemötandet hos personalen kunde inte relateras till deras ålder (Yankaskas et al., 2010).

6.3.2 Kompression

Alla kvinnor beskrev kompressionen av bröstet under mammografiundersökningen som otrevlig, dock varierade graden av upplevelse av smärta och obehag (Engelman et al., 2012). Kompressionen var en bidragande orsak till att mammografiscreening valdes bort. Kvinnorna upplevde att kompressionen vid undersökningen var för smärtsam (Watson-Johnson et al., 2011). Ungefär tre fjärdedelar av kvinnorna i en amerikansk studie uppgav att smärta var en orsak till att de avstod mammografiscreening. Främst yngre kvinnor valde att avstå screening på grund av denna orsak (Yankaskas et al., 2010). Själva känslan av kompressionen var inte alltid det som var avskräckande, istället fann några kvinnor synen av det komprimerade bröstet som obehagligare, framför hur det egentligen kändes (Ferrat et al., 2013).

En del kvinnor uppgav att de inte upplevde kompressionen direkt smärtsam, snarare obehaglig och detta utgjorde inget hinder för deltagande i mammografiscreening (Engelman et al., 2012). En grupp kvinnor uppgav även att lättnaden över att bli ”friskförklarade” var prioriterat framför att avstå screening på grund av att kompressionen upplevdes smärtsam (Silverman et al., 2001).

6.3.3 Strålning

Risken med att utsättas för strålning vid mammografiscreening oroade fåtalet kvinnor (Speedy & Hase, 2000). De kvinnor som kände rädsla menade att om de årligen utsattes för strålning skulle denna lagras i kroppen och senare orsaka bröstcancer. En kvinna förklarade att det kändes riskfyllt att utsättas för strålning eftersom det är något som inte finns naturligt i kroppen (Watson-Johnson et al., 2011). Ytterligare en studie visade att strålningen var en bidragande faktor till att inte delta i mammografiscreeningen. Samma studie visade dock att de kvinnor som valde att delta i screeningen inte kände någon oro eller rädsla inför den strålning de utsattes för (Ferrat et al., 2013).

6.4 DEN EGNA HÄLSAN I RELATION TILL BRÖSTCANCER OCH MAMMOGRAFISCREENING

Kvinnor som valde att undersöka sina bröst regelbundet på egen hand upplevde i många fall att mammografiscreeningen inte var särskilt viktig för dem, då de ansåg

att de själva kände sina egna kroppar bäst (Speedy & Hase, 2000). Kvinnor i en fransk studie som genomförde självundersökningar uppgav också att de ansåg mammografiscreening onödig, fick de bröstcancer var det oundvikligt oavsett screeningen eller inte (Ferrat et al., 2013).

En amerikans studie visade att en majoritet av de kvinnor som valde att avstå mammografiscreeningen uppgav att de tidigare varit friska och inte hade några problem med sina bröst och därmed sågs screeningen som onödig (Yankaskas, 2010). I en svensk studie visade det sig att en annan vanlig anledning till att avstå mammografiscreening var att kvinnorna ansåg att de levde ett hälsosamt liv och att risken för att drabbas av bröstcancer då borde vara väldigt liten (Willis, 2006). Kvinnorna ansåg att genom att äta rätt, tänka positivt och ha god kännedom om sin egen kropp kunde de själva förebygga risken för bröstcancer. Fåtalet kvinnor uppgav att de avstod från att delta i screeningen på grund av att de inte satte sin egen hälsa i fokus. Andra kvinnor uppgav att de såg mammografiscreeningen som en chans till hälsokontroll, men andra sysslor var viktigare (Watson-Johnson, 2011).

Kvinnor som valde att delta i screeningen beskrev att undersökningen fick dem att känna sig trygga och att det avlägsnade ångest och oro. Mammografiscreeningen sågs som ett sätt att ta kontroll över den egna hälsan och att kallelsen var ett ypperligt tillfälle alla kvinnor borde utnyttja. Samma studie visade att en majoritet av de kvinnor som valde att delta i mammografiscreeningen väljer att gå för att de får en kallelse. De betonade dock vikten av att få denna kallelse regelbundet, i annat fall hade de med stor sannolikhet inte genomgått någon mammografiundersökning överhuvudtaget (Willis, 2006). Flera kvinnor uppgav att de ansåg det att de kvinnor som inte deltog var likgiltiga inför huruvida de dog eller inte, erbjuds tillfället så var det självklart att man skulle delta (Silverman, 2011).

7. DISKUSSION

7.1 METODDISKUSSION

Denna litteraturöversikt avsåg att besvara vilka faktorer som påverkar kvinnors beslut gällande att delta i mammografiscreening eller ej. Litteraturöversikt valdes som modell därför att det gav tillgång till ett brett urval av forskningsbaserat material för att besvara frågeställningen. Sökningarna skedde inledningsvis i Cinahl, då denna databas ansågs innehålla flest relevanta artiklar för ämnesområdet. Cinahl betyder *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* och är en databas inriktad mot medicin och hälsa (Göteborgs Universitetsbibliotek, 2013). För att få en större bredd och komplettera artiklarna funna i Cinahl skedde sökningar även i databasen PubMed. Då utbudet av artiklar var relativt stort både i Cinahl och PubMed ansåg vi inte att det var nödvändigt att nyttja en tredje databas.

Till en början var sökningarna väldigt snäva vilket innebar ett tunt resultat. Detta gjorde att senare sökningar inte begränsades lika hårt för att få ett större urval som kunde besvara frågeställningen. Efter ett antal sökningar och genomlästa abstrakt klarnade också bilden kring vilka sökord som var värdefulla för att genomföra sökningar som gav en större bredd och variation till resultatet. Slutligen valdes 14

relevanta artiklar som kunde besvara frågeställningen. Bland dessa fanns både kvantitativa och kvalitativa artiklar.

Av de valda artiklarna är två publicerade under tidigt 2000-tal, men dessa ansågs ha hög kvalitet och vara relevanta för att besvara frågeställningen. Vidare behandlar denna litteraturstudie möjliga faktorer som kan påverka kvinnornas beslut kring val av deltagande i mammografiscreeningen och faktorerna ansågs inte förändrats avsevärt sedan dess. Två av artiklarna behandlar inte direkt vilka faktorer som påverkar kvinnornas beslut kring deltagande i mammografiscreening. Nekhlyudov och Braddock (2009) behandlar istället utformningen av en kommunikationsmodell som sjukvårdspersonal ska kunna använda för att informera kvinnor inför mammografiscreeningen. Gummersbach et al. (2009) behandlar informationen given till kvinnor genom broschyrer om mammografiscreening och huruvida denna information är korrekt och tillräcklig. Innehållet ansågs relevant då information från sjukvårdens sida är största vikt för att kvinnorna ska ha möjlighet att ta ett medvetet beslut kring huruvida de vill delta i screeningen och därmed påverkar deras val.

Artiklarna har varierande ursprungsland, detta då det är i stort sett omöjligt att finna tillräcklig information gällande frågeställningen enbart ifrån Sverige. Det ansågs även vara viktigt att få kunskap och information kring kvinnors inställning till mammografiscreeningen i olika delar av världen. Samtidigt kan detta även vara till nackdel då sjukvårdens upplägg skiljer sig något från land till land och det kan vara svårt att få en god och samlad uppfattning om de olika faktorernas påverkan utan att det blir alltför spretigt.

Vid artikelanalysen användes Fribergs kvalitetsgranskningsmodell (2006) för att ha en möjlighet att exkludera artiklarna som inte höll tillräckligt hög nivå. Fribergs modell går ut på att besvara åtta frågor (Bilaga 4). Modellen gjorde det mer hanterbart att analysera och få en god uppfattning om innehållet i artiklarna och icke relevanta artiklar med låg kvalitet kunde snabbt exkluderas. Majoriteten av de valda artiklarna höll en hög kvalitet, medan några fåtalet är av medel-kvalitet. Fribergs kvalitetsgranskningsmodell tar även upp huruvida artiklarna är etiskt granskade. Flertalet av artiklarna saknade uppgifter om etiskt godkännande. Samtliga artiklar var dock publicerade i tidskrifter som kräver etiskt godkännande för att publicering ska vara möjlig, exempelvis *Women's Health Issues* och *European Journal of Oncology Nursing* (Elsevier, 2015).

Till en början var tanken en smalare problemområde, med fokus enbart på anledningar till varför kvinnor avstår mammografiscreening. Det fanns dock en tanke kring att detta ämne skulle vara alltför snävt och därför vidgades problemområdet till att innefatta faktorer som påverkar huruvida kvinnorna väljer att delta i mammografiscreeningen eller ej. Med facit i hand kan konstateras att den frågeställning som valdes snarare var näst intill för bred och att frågeställningen utan problem hade kunnat vara snävare.

7.2 RESULTATDISKUSSION

7.2.1 Information och kunskap

Syftet med denna litteraturöversikt var att besvara vilka faktorer som påverkar om kvinnor väljer att delta i mammografiscreeningen eller ej. Information och kunskap

var något som nämndes i väldigt många artiklar och uttryck som återkom var ”informed decision” (Speedy & Hase, 2000; Nekhlyudov et al., 2008; Nekhlyudov & Braddock, 2009; Gummersbach et al., 2009). Informed decision innebär att kvinnor som ska genomgå mammografiscreening ska ha möjlighet att ta ställning till om de vill delta baserat på korrekt information.

Det är röntgensjuksköterskans ansvar att vid undersökningen förklara vad som skall ske. Vid ett vårdmöte är det vårdgivaren som är expert och ska se till att informationen ges på ett individanpassat sätt och att den uppfattats korrekt. Ett aktivt lyssnade är ofta en avgörande faktor för att patienten ska känna sig trygg och sedd (Eide & Eide, 2006). Under VFU:n skapades uppfattningen att kvinnor hade väldigt olika kunskap gällande mammografiscreening. En del frågade väldigt mycket, medan andra frågade mindre, det är dock svårt att veta exakta anledningen till kvinnornas tysthet. Det var dock rätt uppenbart att de kvinnor som frågade mycket, inte fått korrekt eller tillräcklig information, vilket visar hur viktigt det är med information och kunskap gällande mammografiscreening. Gummersbach et al. (2009) tydliggjorde också att kvinnor som hade en god kunskap om bröstcancer i större omfattning deltog i mammografiscreeningen.

Vänner och familj visade sig ha ett stort inflytande på kvinnors uppfattning om mammografiscreening. I familjer där bröstcancer och mammografiscreening diskuterats som något bra, blev de yngre kvinnorna uppmuntrade att delta i screeningen medan kvinnor som kände rädsla inför bröstcancer och mammografiscreening ofta projicerade över denna känsla på de yngre kvinnorna (Kaltsa et al., 2012). Författarna upplever personligen inte att inflytande av familj och vänner i Sverige har särskilt stor påverkan när det gäller beslut kring deltagande i exempelvis mammografiscreening, förutom om någon i själva familjen tidigare drabbats av bröstcancer. Resultatet kan tyda på att familjens och vänners inverkan är större i kulturer där man är närmare varandra på ett annat sätt än här i Sverige. I det fall där familj, vänner och kultur hade en negativ påverkan på kvinnornas inställning till screening, hade det möjligen varit av extra stort värde att information som presenterar både fördelar och nackdelar med mammografiscreening fanns att tillgå. Denna form av information har konstaterats saknad i studierna.

7.2.2 Sociala och praktiska aspekter

Kostnad för mammografiscreeningen togs upp i ett antal artiklar, framför allt som ett hinder till att delta i mammografiscreeningen. Framför allt kvinnor med låg inkomst och avsaknad av sjukvårdsförsäkring visade sig avstå från screeningen på grund av kostnaden. Dessa kvinnor överskattade också ofta kostnaden för själva mammografiscreeningen, vilket utgjorde ytterligare ett hinder (Sheck McAlearney et al., 2007). En annan artikel uppgav dock att det inte kunde ses en signifikant skillnad gällande inkomst och deltagande i mammografiscreening men att resultatet pekade i en förväntad riktning (Russel et al., 2006). Artiklarna gällande kostnad är från andra länder än Sverige och i många länder är kostnaden för en screening högre än i Sverige. Kostnaden för en undersökningen varierar dock även inom Sverige. För några år sedan togs avgiften för mammografiscreening bort i Stockholms län och detta har visat öka antalet kvinnor som deltar i screeningen. Kostnaden har under tid varierat i Stockholms län och det går att se ett samband mellan antal deltagande kvinnor och varierande kostnad för screeningen (Läkartidningen, 2014). Detta

styrker studiernas resultat kring att kostnad kan vara ett hinder för att delta i mammografiscreeningen.

Kultur i relation till mammografiscreening uppgavs ofta vara en faktor som hindrade kvinnorna från att delta i screeningen, alternativt att de enbart kunde tänka sig att delta i screeningen om det kunde garanteras att röntgenpersonalen var en kvinna, gärna någon de även kände. För dessa kvinnor var ofta nakenheten vid mammografiscreeningen något som hämmade dem (Watson-Johnson et al., 2011). Det är viktigt att tänka på att hur fysisk beröring uppfattas är något som varierar stort beroende på den kultur man är uppvuxen i. Människans personliga zon är något som alltid ska respektera och visas hänsyn till (Hanssen, 2007). Detta blir extra viktigt inom en verksamhet som mammografiscreening där kvinnan är i en utsatt position med tanke på den nakenhet som krävs. Människor anpassar sina åsikter och uppfattning av vad som är okej baserat på den kultur de är uppväxta i. Alla inom samma kultur tänker dock inte på samma sätt, (Chipola, 2005). Faktorer som påverkar kvinnans beteende vid mammografiscreeningen påverkas även av utbildning, ålder och erfarenhet (Queensland Council of Social Service, 2013).

Detta gör att man i yrkesrollen inte kan generalisera baserat på vårdtagarens etnicitet och kulturella bakgrund och förvänta sig ett specifikt beteende. Exempelvis är inte alla arabiska kvinnor reserverade inför beröring av människor utanför familjen och alla latinamerikanska kvinnor gillar inte per automatik att bli rörda vid. I egenskap av röntgensjuksköterska möter man ständigt nya människor från olika kulturer. Alla har rätt att bli bemötta med respekt och röntgensjuksköterskan ska ta hänsyn till att vårdtagarna har olika bakgrund och preferenser. Detta kan vara en utmaning för röntgensjuksköterskan i det korta mötet på mammografimottagningen. Det är betydelsefullt att som röntgensjuksköterska tänka på att det som uppfattas som viktigt för en själv, inte nödvändigt behöver uppfattas som lika viktigt för någon annan. I grunden måste alltid en respekt för kulturella skillnader finnas, både ur ett etniskt och individuellt perspektiv.

7.2.3 Undersökningen

Faktorer som påverkade kvinnan vid själva mammografiscreeningen var framför allt bemötandet, kompressionen av bröstet och för en liten del även strålningen som används vid undersökningen. Att bemötande och kommunikation inför och vid undersökningstillfället var av stor vikt bekräftades av flera av varandra oberoende studier (Engelman et al., 2012; Ferrat et al., 2013), Kaltsa et al., 2012; Yankaskas et al., 2010). Många kvinnor betonade hur viktigt bemötandet på själva mammografiavdelningen var. Ett respektfullt och trevligt bemötande kunde avgöra huruvida de valde att återkomma vid nästan screeningkallelse (Engelman et al., 2012). Röntgensjuksköterskan har ett stort ansvar och ska på väldigt kort tid få kvinnan att känna tillit till och få henne att känna sig trygg vid undersökningen (Westunger, 2014). Ett bra möte kan vara avgörande för en framtida relation mellan vårdgivare och vårdtagare (Andersson & Örnberg, 2011). Individer som blivit illa bemötta inom vården tenderar att uppsöka vården mer sällan än andra människor (Vårdhandboken, 2013). Ett antal kvinnor i en grekisk studie uppgav att ett dåligt bemötande vid ett tidigare besök kunde påverka dem så pass mycket att de även avstod ytterligare besök eller mammografiscreening även om de hade besvär med bröstet, så som knutor eller smärta (Kaltsa et al., 2012).

Röntgensjuksköterskan ska i sin yrkesroll bedriva en patientcentrerad vård (Vårdhandboken, 2013). Att ha förmågan att kommunicera med och läsa av patienten är av stor vikt för att kunna skapa en god relation till patienten under undersökningen. Kommunikationen ska vara professionell och inte begränsas av ålder, kultur eller kön (Eide & Eide, 2006). Det är väldigt viktigt att även tänka på att alla människor även för en icke-verbal kommunikation som innefattar ögonkontakt, kroppskontakt och tonläge i rösten (Hanssen, 2007). Under vår VFU har vi iakttagit hur olika röntgensjuksköterskors bemötande av kvinnor vid mammografiscreeningen med största sannolikhet påverkade kvinnornas eget beteende och även upplevelsen av undersökningen. Att som röntgensjuksköterska ta sig tid till patienten är otroligt värdefullt och viktigt för att besöket ska bli bra för kvinnan. Det kändes alltid extra tråkigt att på VFU:n konstatera att detta ibland glömdes bort eller ansågs mindre viktigt av en röntgensjuksköterskor.

Under själva undersökningen komprimeras bröstet under en kort stund (European Commission, 2010). Denna komprimering kan uppfattas obehaglig eller smärtsam för kvinnorna (Engelman et al., 2012). Över tre fjärdedelar av kvinnorna i en studie uppgav att de ansåg kompressionen så smärtsam att det kunde få dem att avstå mammografiscreening (Yankaskas et al., 2010). En annan studie visade dock på att smärtan vid kompressionen inte var tillräcklig för att avskräcka från att delta i screeningen (Engelman et al., 2012) och känslan av att bli friskförklarad övervägde också smärtan (Silverman et al., 2001). Något oväntat uppgav även några kvinnor att synen av det komprimerade bröstet var mycket obehaglig och att detta gjorde att de avstod mammografiscreeningen (Ferrat et al., 2013). Under vår VFU kunde vi konstatera att ett relativt stort antal kvinnor nämnde detta med kompressionen, sannolikt på grund av nervositet. Vissa uttalade en direkt oro inför den smärta de uppfattade i samband med kompressionen. Med ett förstående och respektfullt bemötande kunde röntgensjuksköterskan oftast ha en lugnande inverkan på kvinnorna. Vetskapen om att kompressionen upphörde automatiskt i samma sekund bilden var tagen hade ofta också en lugnande effekt.

Strålning vid screeningstillfället var något som oroade relativt få kvinnor så pass att de avstod undersökningen helt (Speedy & Hase, 2000). De kvinnor som valde att delta i mammografiscreeningen uppgav i en fransk studie att de inte kände någon eller mycket lite oro kring strålningen (Ferrat et al., 2013). Vi har under vår VFU på mammografiavdelningar aldrig upplevt att strålningen skulle uppfattas som något skrämmande hos kvinnorna eller något som skulle få dem att avstå från ytterligare screeningstillfällen.

7.2.4 Hälsa i relation till bröstcancer och mammografiscreening

I flertalet artiklar tas synen på den egna hälsan upp. Anledningen till att kvinnor valde att avstå mammografiscreening var ofta grundat i att de ansåg sig ha en förhållandevis god hälsa och med rätt kost och livsstil var risken att de skulle drabbas av bröstcancer minimal (Watson-Johnson et al., 2011). Några kvinnor ansåg också att mammografiscreening var onödigt då de tidigare vart friska och inte hade några problem med bröstet (Yankaskas et al., 2010). De ansåg även att självundersökning av bröstet var tillräcklig för att upptäcka en eventuell bröstcancer (Speedy & Hase, 2000). Enligt Socialstyrelsen (2014) är förutsättningarna att upptäcka en tidig bröstcancer större om kvinnorna deltar i mammografiscreeningen, jämfört med om de enbart utför självundersökning av bröstet. Utifrån detta så anser vi att en

självundersökning av bröstet inte är tillräcklig och att risken för att en eventuell bröstcancer upptäcks i senare stadium ökar vid bortvald mammografiscreening.

Vi var lite förvånade att kroppsliga komplex aldrig nämndes som en faktor som påverkade kvinnans i hennes beslut till att delta i mammografiscreeningen. Att visa sig naken kan uppfattas pinsamt eller jobbigt, inte enbart ur ett kulturellt perspektiv, utan även för den kvinna som inte trivs med den egna kroppen. Möjligen kan det vara så att en majoritet av de kvinnor som kallas till screeningen är i en ålder då kroppskomplex inte är en avgörande faktor för att avstå från undersökningen.

Noteras kan även, att det är svårt att använda verklighetsbaserade jämförelser kring de kvinnor som i artiklarna uppgav att de avstod från att delta. Detta då VFU:n inte gav oss möjlighet att möta just dessa kvinnor, utan enbart de som valde att delta i mammografiscreeningen.

8. SLUTSATS

Vår slutsats är att olika faktorer har väldigt olika påverkan på kvinnans inställning till mammografiscreening. En och samma faktor, som exempelvis familj, kan ha en både positiv och negativ inverkan beroende på vem man frågar, vilket gör att det inte alltid är helt enkelt att få ett enhälligt svar med den frågeställning vi valt. Det vore intressant att se ytterligare studier kring hur kostnaden för mammografiscreening faktiskt påverkar deltagarnivån i Sverige, med tanke på att kostnaden för ett screeningbesök redan är relativt låg. Familj, vänner och kultur har en relativt stor inverkan på kvinnors uppfattning om mammografiscreening. Kultur kan även påverka hur kvinnan uppfattar besöket på mammografimottagningen och det är viktigt att röntgensjuksköterskan ständigt tar hänsyn till och respekterar att människor har olika bakgrund och preferenser.

Information och kommunikation nämns som relativt viktiga faktorer i sammanhanget och är något som ständigt ska värnas om. Saklig information där både fördelar och nackdelar med mammografiscreening presenteras saknas i dagsläget. Detta bör utvecklas för att kvinnorna ska få korrekt information och kan ta ett medvetet beslut angående mammografiscreening. Information är förstås en avvägning och för mycket information kan ha en avskräckande effekt istället för att enbart ge en samlad bild av vad screeningen innebär. Ett stort ansvar vilar också på röntgensjuksköterskans axlar då information och bemötande vid själva undersökningen är oerhört viktigt för att skapa en positiv upplevelse för kvinnan. Rent generellt verkar en majoritet av kvinnorna se mammografiscreening som något positivt och en möjlighet att i någon mån påverka sin egen hälsa, genom att möjliggöra att en eventuell bröstcancer upptäcks och kan behandlas i ett tidigt skede.

REFERENSER

Ahmadi, F., (2008). *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Ahmed, N. U., Smith, G. L., Harber, G. & Belcon, M. C. (2009). Are women with functional limitations at high risk of underutilization of mammography screening? *Women Health Issues, 19*(1), 79-87. doi: 10.1016/j.whi.2008.09.001

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman B-I. (2014). Familj och sociala relationer. I F., Friberg (Red.) & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt* (s 69-85). Lund: Studentlitteratur.

Cancercentrum. (2012). *Deltagande i mammografiscreening år 2012*. Hämtad 2015-05-13, från http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/Debattartiklar%20o%20medieinslag/deltagande_mammografi_2012_tabellheltal_9okt13.pdf

Cancerfonden. (2013). *Lär känna dina bröst*. Hämtad 2015-04-22, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/lar-kanna-dina-brost>

Cancerfonden. (2014). *Bröstcancer*. Hämtad 2015-04-22, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/brostcancer>

Cederquist, E. (Red.), Bergh, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Fürst, C. J. & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet

Chipola. (2005). *Culture and Ethnicity*. Hämtad 2015-06-03, från <http://www.chipola.edu/instruct/Health-Sciences/PowerPointPresentations/Culture%20and%20Ethnicity%20chpt%203.ppt>

Engelman, K. K., Cizik A. M., Ellerbeck E. F. & Rempusheski V. F. (2012). Perception of the Screening Mammography Experience by Hispanic and non-Hispanic White Women. *Women's Health Issues, 22*(4), 395-401. doi: 10.1016/j.whi.2012.04.006

Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken - relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Helsingborg: Gyllene snittet AB.

Elsevier. (2015). *Ethics*. Hämtad 2015-05-07 från <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics>

European Commission. (2006). *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, s 172-174*. Hämtad 2015-04-22, från <http://www.euref.org/european-guidelines>

Ferrat, E., Le Breton, J., Djassibel, M., Veerabudun, K., Brix, Z., Attali, C. & Renard, V. (2013). Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. *Fam Pract, 30*(4), 445-451. doi: 10.1093/fampra/cmt004.

- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gold, R. H., Bassett, L. N. & Widoff, B. E. (1990). Highlights from the history of mammography. *RadioGraphics*, 10(6) 1111-1131. doi: <http://dx.doi.org/10.1148/radiographics.10.6.2259767>
- Gummersbach, E., Piccoliori, G., Zerbe, C. O., Altiner, A., Othman, C., Rose, C. & Abholz, H. (2009). Are women getting relevant information about mammography screening for an informed consent: a critical appraisal of information brochures used for screening invitation in Germany, Italy, Spain and France. *European Journal of Public Health*, 20(4), 409-414. doi: 10.1093/eurpub/ckp174
- Göteborgs Universitetsbibliotek. (2013). *CINAHL*. Hämtad 2015-05-10, från <http://www.ub.gu.se/sok/db/show.xml?id=10040934>
- Hanssen, I. (2007). *Kommunikation, samspel och användningen av tolk: Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (s.43-52). Pozkal: Studentlitteratur.
- Kaltsa, A., Halloway, A. & Cox, K. (2012). Factors that influence mammography screening behavior: A qualitative study of Greek women's experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 292-301. doi: 10.1016/j.ejon.2012.08.001
- Läkartidningen. (2014). Avgiftsfri mammografi får fler att komma till undersökning. Hämtad, 2015-04-22, från: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2014/02/Avgiftsfri-mammografi-far-fler-att-komma-till-undersokning/>
- Nationalencyklopedin* (2014). Genus. Hämtad 2015-06-03, från www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/genus
- Nekhlyudov, L. & Braddock, C. H. (2009). An approach to enhance communication about screening mammography in primary care. *Journal of Women's health*, 18(9), 1403-12. doi: 10.1089/jwh.2008.1184
- Nekhlyudov, L., Li, R. & Fletcher, S. W. (2008). Informed decision making before initiating screening mammography: does it occur and does it make a difference?. *Health Expectations*, 11(4), 366-375. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00514.x
- Queensland Council of Social Service. (2013). Factors in development of culture. Hämtad 2015-06-03, från <http://etraining.communitydoor.org.au/mod/page/view.php?id=282>Region Skåne.
- Skåne. (2010). *Screeningverksamheten för mammografi 2010. Redovisning av en enkätundersökning*. Hämtad 2015-05-13, från <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/RCC/Dokument/screeningverksamheten%20f%C3%B6r%20mammografi%202010%20Slutrapport.pdf>
- Russell, K. M., Perkins, S. M., Zollinger, T. W. & Champion, V. L. (2006). Sociocultural Context of Mammography Screening Use. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 105-112.

SBU. (2011). Mammografi - Osäkert om datorprogram kan ersätta den ena av experterna. Hämtad 2015-05-12, från <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Mammografi---Osakert-om-datorprogram-kan-ersatta-den-ena-av-experterna/>

Scheck McAlearney, A., Reeves, K. W., Tatum, C. & Paskett, E. D. (2007). Cost as a barrier to screening mammography among underserved women. *Ethnicity and Health*, 12(2), 189-203. doi: 10.1080/13557850601002387

Silverman, E., Woloshon, S., Schwartz, L. M., Byram, S. J., Welch, H. G. & Fischhoff, B. (2001). Women's Views on Breast Cancer Risk and Screening Mammography: A Qualitative Interview Study. *Medical Decision Making*, 21(3), 231-240. doi: 10.1177/0272989X0102100308

Socialstyrelsen. (2014). *Screening för bröstcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag*. Hämtad, 2015-05-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/screening-brostcancer-rekommendation.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Cancer i siffror 2013 - Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Hämtad 2015-05-13, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 2015-05-22, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Speedy, S. & Hase, S. (2000). Health beliefs and perceptions of women presenting or not presenting for mammographic screening in a rural health setting. *Australian Journal of Rural Health*, 8(4):208-13. doi: 10.1046/j.1440-1584.2000.00273.x

SSMFS 2008:51. *Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om grundläggande bestämmelser för skydd av arbetstagare och allmänhet vid verksamhet med joniserade strålning*. Stockholm: Strålsäkerhetsmyndigheten.

Strålsäkerhetsmyndigheten. (2011a). *Frågor och svar om strålning*. Hämtad 2015-04-22, från <http://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/Om-myndigheten/Aktuellt---Bilagor/Fragor-och-svar-om-stralning/>

Strålsäkerhetsmyndigheten. (2011b). *Strålsäker vård - en del av patientsäkerheten*. Hämtad 2015-04-22, från <http://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/Om-myndigheten/Tema-stralsakerhet/Stralsakert/Artiklar/Stralsaker-var-d-en-del-av-patientsakerheten/>

Swedrad. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad röntgensjuksköterska*. Hämtad 2015-05-05, från <http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fswedrad.webbsajt.nu%2F%3Ffid%3D3212&ei=AJvQVICrC6LOyQPK8oKIDg&usg=AFQjCNHVGQV6A5p80kcG1YDLboLUqfblxw&bvm=bv.85076809,d.bGQ>

USPSTF. 2015. Breast Cancer: Screening. Hämtad 2015-05-22, från <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/breast-cancer-screening>

Vårdhandboken. (2013). Personcentrerad vård. Hämtad 2015-05-04, från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

Vårdguiden. (2015). *Mammografiscreening i Stockholms län*. Hämtad 2015-05-09, från <http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Undersokningar/Mammografiscreening/>

Vårdguiden. (2014). *Patientavgifter i Västra Götaland*. Hämtad 2015-05-08 från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter-i-Vastra-Gotaland/>

Vårdförbundet. (2008). *Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor*. Hämtad 2015-05-05, från https://www.varldforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyter/Yrkesetisk%20kod%20for%20rontgensjukskoterskor_0809.pdf

Watson-Johnson, L. C., DeGroff, A., Steele, C. B., Revels, M., Smith, J. L., Justen, E., ... Richardson, L. C. (2011). Mammography Adherence: A Qualitative Study. *Journal of Women's health*, 20(12), 1887-1894. doi: 10.1089/jwh.2010.2724

Westunger, T. (2014). *Vad gör en röntgensjuksköterska?* Hämtad 2015-05-05 från <http://ki.se/utbildning/vad-gor-en-rontgensjukskoterska>

Willis, K. (2006). I Come Because I Am Called: Recruitment and Participation in Mammography Screening in Uppsala, Sweden. *Health Care for Women International*, 29(2), 135-150. doi: 10.1080/07399330701738143

Yankaskas, B. C., Dickens, P., Bowling, M., Jaman, M. P., Luken, K., Salisbury, K. ... Lorenz, C. E. (2010). Barriers to Adherence to Screening Mammography Among women With Disabilities. *American Journal of Public Health*, 100(5), 947-953. doi: 10.2105/AJPH.2008.15031

BILAGA 1 - SÖKTABELL CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
150324	Mammography AND approach AND communication	Full text References available Abstract available	2	1	1	Nekhlyudov & Braddock, 2009
150324	Mammography AND screening AND Sweden	Abstract available 2005-2014	29	4	4	Willis, 2008
140324	Mammography AND information	Abstract available Peer reviewed Research article 2000-2015	339	6	4	Nekhlyudov, Li & Fletcher, 2008 Gummersbach , Piccoliori, Zerbe, Altiner, Othman, Rose &Abholz, 2009
150324	Mammography AND experience	Full text References available Abstract available 2000-2015	9	3	3	Engelman, Cizik, Ellerbeck & Rempusheski, 2012
150405	Mammography AND screening AND beliefs	Abstract available Peer reviewed 2005-2015 English language	134	4	3	Russell, Perkins, Zollinger & Champion, 2006

BILAGA 2 - SÖKTABELL PUBMED

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
150325	Mammography AND adherence AND barriers	Full text Abstract available 2005-2015	5	1	1	Watson- Johnson, DeGroff, Steele, Revels, Smith, Justen, ... Richardson, 2011 Yankaskas, Dickens, Bowling, Jaman, Luken, Salisbury, ... Lorenz, 2010
150408	Mammography AND attitudes AND barriers	Abstract available Full text 10 years	185	9	6	Ferrat, Le Breton, Djassibel, Veerabudun, Bixi, Attali & Renard, 2013
150408	Mammography AND experiences	Abstract available Full text 5 years	65	7	7	Kaltsa, Halloway & Cox, 2012
150408	Mammography AND Cost AND Barriers	Abstract available Full text <10 år	15	4	3	Scheck McAlearney, Reeves, Tatum & Paskett, 2007

BILAGA 3 - ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

- Titel:** Are women with functional limitations at high risk of underutilization of mammography screening?
- Tidskrift:** Women's Health Issues
- Författare:** Ahmed, N. U., Smith, G. L., Harber, G. & Belcon, M. C.
- Årtal:** 2009
- Land:** USA
- Syfte:** Studera sambandet mellan fysiska, sociala och psykologiska funktionshinder och deltagande vid mammografiscreening.
- Metod:** Kvantitativ studie som skedde genom frågor i direkt kontakt med kvinnorna.
- Urval:** Urvalet gjordes ur databasen NHIS, där information om hälsa och demografi samlades in. 9505 kvinnor äldre än 40 år valdes ut för att besvara enkäten. Exklusionskriterier var kvinnor som inte svarade, kvinnor som var osäkra på om det genomgått screening, kvinnor som genomgått klinisk mammografi, återbesök, de som inte visste när de senast deltog i screeningen och de som haft bröstcancer de senaste fem åren.
- Resultat:** Ett fysiskt, socialt eller psykosocialt funktionshinder var identifierat hos 34,6%, 16/1% och 8,1 % respektive. Kvinnor med ett socialt handikapp visade sig mindre benägna jämfört med kvinnor utan problem att delta i mammografiscreeningen. Kvinnor med fysiska handikapp visade sig dock delta i screeningen i större utsträckning jämfört med kvinnor utan fysiskt handikapp.
- Etik:** Ja, etiskt granskad.
- Referenser:** 81
- Databas:** PubMed
- Kvalitet:** Medel
-

- Titel:** Perception of the Screening Mammography Experience by Hispanic and non-Hispanic White Women
- Tidskrift:** Women's Health Issues
- Författare:** Engelman, K. K., Cizik A. M., Ellerbeck E. F. & Rempusheski V. F.
- Årtal:** 2012
- Land:** USA
- Syfte:** Syftet var att undersöka vilka faktorer som gör att latinamerikanska och icke-latinamerikanska vita kvinnor avstår från att delta i mammografiscreening.
- Metod:** Kvalitativ studie, 88 deltagare i 9 fokusgrupper där diskussionerna dokumenteras genom inspelning, videoupptagning och i skrift.
- Urval:** Fem grupper från landsbygden med tre kaukasiska grupper och två latinamerikanska. Fyra grupper från stan med två av varje etnicitet. Alla var över 40 år och skulle behärska att skriva, läsa och tala flytande engelska.
- Resultat:** Latinamerikanska kvinnor upplevde att undersökningen var väldigt genant och tog upp rädslan för att få ett cancerbesked efter undersökningen. Icke-latinamerikanska vita kvinnor var mer fokuserade på informationen inför och under mammografiscreeningen.
- Etik:** Ja, etiskt granska.
- Referenser:** 39
- Databas:** Cinahl
- Kvalitet:** Hög

Titel: Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge

Tidskrift: Family Practice

Författare: Ferrat, E., Le Breton, J., Djassibel, M., Veerabudun, K., Brix, Z., Attali, C. & Renard, V.

Årtal: 2013

Land: Frankrike

Syfte: Jämföra skillnader i attityder och kunskap mellan kvinnor som självmant bokar tid för mammografiundersökning jämfört med de kvinnor som inte deltar i någon form av mammografiscreening överhuvudtaget och vilka faktorer som hindrar de sistnämnda kvinnorna från att delta.

Metod: Kvalitativ studie med sex fokusgrupper med sammanlagt 34 kvinnor från 50 år och äldre.

Urval: Enkät skickades ut till 7000 kvinnor, varav 468 svarade, av dessa accepterade 34 kvinnor att delta i studien genom fokusgrupper.

Resultat: Kvinnor som inte deltog i någon screening kände mindre oro gällande den egna hälsan jämfört med de kvinnor som aktivt uppsökte och genomgick mammografiundersökning. De kvinnor som ej deltog kände också att risken att drabbas av bröstcancer var liten, medan de kvinnor som aktivt och regelbundet undersöktes kände att risken att de kunde drabbas var större.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 31

Databas: PubMed

Kvalitet: Hög

Titel: Are women getting relevant information about mammography screening for an informed consent: a critical appraisal of information brochures used for screening invitation in Germany, Italy, Spain and France

Tidskrift: European Journal of Public Health

Författare: Gammersbach, E., Piccoliori, G., Zerbe, C. O., Altiner, A., Othman, C., Rose, C. & Abholz, H.

Årtal: 2009

Land: Tyskland

Syfte: Undersöka huruvida kvinnor får tillräcklig och korrekt information i de broschyrer som skickas ut för att ta ett medvetet beslut kring mammografiscreening.

Metod: Broschyrer från Italien, Frankrike och Tyskland och Spanien analyserades.

Urval: Frankrike och Tyskland har nationella informationsbroschyrer, medan broschyrernas innehåll varierar i Italien och Spanien varför man valde tre olika broschyrer från dessa två länder.

Resultat: Broschyerna konstaterades bristfälliga och framhävde framför allt fördelarna med mammografiscreening men nämnde sällan något om de möjliga negativa effekterna.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 27

Databas: Cinahl

Kvalitet: Hög

Titel: Factors that influence mammography screening behavior: A qualitative study of Greek women's experiences

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing

Författare: Kaltsa A., Halloway, A. & Cox, K.

Årtal: 2012

Land: Grekland

Syfte: Studera faktorer som påverkar kvinnors beslut kring mammografiscreening.

Metod: Kvalitativ studie, initialt enkät, avslutande intervjuer med 33 kvinnor.

Urval: Kvinnor från sex olika kliniker i Aten valdes ut för att få en variation i deltagarnas ålder och ursprung. Kliniker som hade inriktning på hälsoproblem och bröstcancer valdes bort för att exkludera kvinnor som möjligen hade en mer utbredd kunskap inom ämnet än normalt.

Resultat: Den nära familjen och vänner påverkade i stor utsträckning vilken inställning kvinnorna hade till mammografiscreening. Information genom media tenderade att göra kvinnorna förvirrade och faktorer som fick dem att avstå kunde vara otrevlig personal och att undersökningen tog för mycket tid i anspråk.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 77

Databas: PubMed

Kvalitet: Hög

Titel: An approach to enhance communication about screening mammography in primary care

Tidskrift: Journal of Women's health

Författare: Nekhlyudov, L. & Braddock, C. H.

Årtal: 2009

Land: USA

Syfte: Skapa en modell för kommunikation kring för- och nackdelar med mammografiscreening som sjukvårdspersonal kan använda vid mötet med kvinnor inför en screening.

Metod: Kvalitativ dialogmodell som utarbetades inom ramen för tidigare beskrivet arbete kring det medvetna valet. Workshops och fokusgrupper. Fokusgrupperna spelades in och skrevs ned.

Urval: Modellen pilottestades vid olika två olika tillfällen av deltagarna vid nationella vetenskapliga möten. Därefter valdes en grupp kvinnor inom primärvården som blev indelade i tre olika fokusgrupper.

Resultat: Information om mammografiscreening för de kvinnor som önskar sådan är tidsödande för sjukvårdspersonal och ibland omvälvande för kvinnorna som tar emot informationen, men den är process är nödvändig för att kvinnorna ska kunna ta ett medvetet beslut angående mammografiscreening.

Etisk: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 56

Databas: Cinahl

Kvalitet: Medel

Titel: Informed decision making before initiating screening mammography: does it occur and does it make a difference?

Tidskrift: Health Expectations

Författare: Nekhlyudov, L., Li, R. & Fletcher, S. W.

Årtal: 2008

Land: USA

Syfte: Undersöka huruvida kvinnor har en möjlighet att ta ett medvetet beslut kring huruvida de ska genomgå mammografiscreeningen eller ej baserat på den information som tillhandahålls.

Metod: Kvantitativ studie, 96 kvinnor besvarade en enkät som mailades.

Urval: Kvinnor mellan 40-44 år som nyligen genomgått sin första mammografiscreening på en specifik klinik i Boston. Kvinnor som genomgått tidigare mammografiscreening, tidigare lidit av bröstcancer, genomgått bröstoperation och som inte besökt kliniken på ett år exkluderades.

Resultat: Framför allt fick kvinnorna information om fördelar med mammografiscreening medan de saknade information om möjlig osäkerhet kring resultaten och eventuella nackdelar med screening. Majoriteten av kvinnorna var dock nöjda med den information de fått inför screeningen och deras möjligheten att ta ett medvetet ett beslut kring mammografiscreeningen.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 35

Databas: Cinahl

Kvalitet: Hög

Titel: Sociocultural Context of Mammography Screening Use

Tidskrift: Oncology Nursing Forum

Författare: Russell, K.M., Perkins, S.M., Zollinger, T.W., Champion, V.L.

Årtal: 2006

Land: USA

Syfte: Undersöka hur kulturella skillnader påverkar afroamerikanska och kaukasiska kvinnors syn på och beslut gällande mammografiscreening.

Metod: Beskrivande, retrospektiv tvärsnittsstudie. Insamligen av information skedde genom telefonintervju med kvinnorna, några av kvinnorna intervjuades öga mot öga då alla kvinnor inte hade tillgång till en telefon.

Urval: Kvinnorna skulle vara afroamerikaner eller kaukasier, 40 år eller äldre. Exklusionskriterier var kvinnor som tidigare haft bröstcancer och latinamerikanska kvinnor.

Resultat: Afroamerikanska kvinnor hade en väldigt dramatisk syn på bröstcancer jämfört med kaukasier och såg färre fördelar med mammografiscreening. Både kultur och synen på den egna hälsan påverkade hur kvinnorna kände inför screeningen. Nivå på utbildning och inkomst påverkade även kvinnornas beslut angående mammografiscreening.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 36

Databas: Manuell sökning

Kvalitet: Hög

Titel: Cost as a barrier to screening mammography among underserved women
Tidskrift: Ethnicity and Health
Författare: Scheck McAlearney, A., Reeves, K. W., Tatum, C. & Paskett, E. D.
Årtal: 2007
Land: USA
Syfte: Många kvinnor lever med små tillgångar därav var syftet att studera hur och om kostnaden för mammografiscreeningen påverkar kvinnors beslut att delta i mammografiscreeningen.
Metod: Kvalitativ och kvantitativ studie, 897 kvinnor intervjuades.
Urval: Kvinnor som bodde på landsbygden, kvinnor som tillhörde en minoritet och kvinnor som ansågs fattiga valdes ut att delta i studien. Kvinnorna skulle vara 40 år och äldre.
Resultat: Över hälften av de intervjuade kvinnorna i studien uppgav att de såg kostnaden för en mammografiscreening som ett hinder att delta. Dock överskattade ofta dessa kvinnor den faktiska kostnaden för en undersökning.
Etik: Ja, etiskt granskad.
Referenser: 35
Databas: PubMed
Kvalitet: Hög

Titel: Women's Views on Breast Cancer Risk and Screening Mammography: A Qualitative Interview Study
Tidskrift: Medical Decision Making
Författare: Silverman, E., Woloshon, S., Schwartz, L. M., Byram, S. J., Welch, H. G. & Fischhoff, B.
Årtal: 2001
Land: USA
Syfte: Att bättre förstå vilken form av kunskap om bröstcancer och screening kvinnor faktiskt har, som ett första steg till att hjälpa sjukvårdspersonalen att bemöta och upplysa kvinnor på ett bättre sätt.
Metod: Kvalitativ studie, djupintervju med 41 kvinnor.
Urval: Slumpmässigt urval genom databasen NDS. De utvalda kvinnorna kontaktades genom telefon. Kvinnor som hade haft eller hade bröstcancer exkluderades. Kvoturval, med indelning efter inkomst, ålder, etnicitet användes för att få en sociodemokratisk bredd.
Resultat: Majoriteten av kvinnorna var medveten att faktorer som de ej själva kan påverka, så som ålder, familjehistoria var kopplat till risken att drabbas av bröstcancer. Kvinnorna hade dock sämre kunskap och medvetenhet om faktorer de själva kan påverka, så som exempelvis rökning och kost.
Etik: Ja, etiskt granskad
Referenser: 17
Databas: Manuell sökning
Kvalitet: Hög

Titel: Health beliefs and perceptions of women presenting or not presenting for mammographic screening in a rural health setting

Tidskrift: Australian Journal of Rural Health

Författare: Speedy, S. & Hase, S.

Årtal: 2000

Land: Australien

Syfte: Studera fem olika områden som rör hälsa i relation till mammografiscreening. Jämföra skillnad i hälsouppfattning mellan kvinnor som väljer att delta i screeningen och kvinnor som väljer att avstå.

Metod: Kvantitativ studie, enkäter.

Urval: Vid en specifik mottagning tillfrågades screenade kvinnor mellan 40-70 år om de ville besvara en enkät. Även slumpmässigt utvalda kvinnor på stan, som var i rätt ålder, tillfrågades om de ville besvara enkäten.

Resultat: Kvinnor som hade valt att delta i mammografiscreeningen hade ett större behov av att bibehålla en god hälsa och visade dessutom en större medvetenhet om hälsa jämfört med de kvinnor som avstod. De kvinnor som avstod uppgav också att de mer sällan genomförde en självundersökning av bröstet jämfört med de kvinnor som regelbundet screenades.

Etik: Ja, etiskt granskad

Referenser: 25

Databas: Manuell sökning

Kvalitet: Hög

Titel: Mammography Adherence: A Qualitative Study

Tidskrift: Journal of Women's health

Författare: Watson-Johnson, L. C., DeGroff, A., Steele, C. B., Revels, M., Smith, J. L., Justen, E., ... Richardson, L. C.

Årtal: 2011

Land: USA

Syfte: Redogöra för vilka faktorer som präglar kvinnans val att avstå mammografiscreening.

Metod: Kvalitativ studie, 128 kvinnor uppdelade i 20 fokusgrupper, dessa samtal leddes av experter inom området.

Urval: Kvinnor mellan 43-57 år som hade blivit kallade minst två gånger men avstått att delta i mammografiscreening de senaste 18 månaderna. Kvinnorna som deltog var av en rad olika ursprung, hade olika utbildning, ålder och försäkring. Kvinnorna delades upp i grupper baserat på dessa faktorer.

Resultat: Studien påvisade fem olika hinder för deltagande i mammografiscreening; Oro kring mammografins noggrannhet, oro inför undersökningens utförande, tillgänglighet, psykosociala problem och kulturella faktorer.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 44

Databas: PubMed

Kvalitet: Hög

Titel: I Come Because I Am Called: Recruitment and Participation in Mammography Screening in Uppsala, Sweden

Tidskrift: Health Care for Women International

Författare: Willis, K.

Årtal: 2006

Land: Sverige

Syfte: Studera de faktorer som präglar kvinnans deltagande vid mammografiscreening.

Metod: Kvalitativ studie som skedde genom semistrukturerade intervjuer.

Urval: Trettio två kvinnor mellan 40-49 år som screenades på två utvalda enheter i Uppsala kommun.

Resultat: Sammanfattningsvis tyckte de flesta kvinnor att hälsan var viktig för dem. Därav deltog de givetvis vid mammografiscreening när de blev kallade. Anledningen till att de var så måna om sin hälsa grundade sig i att de ville prestera bra på arbetet eller att de var viktiga för familjen, därav kunde de inte riskera att bli sjuka. Mammografiscreeningen såg de som en möjlighet att få bekräftat att de var friska.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 31

Databas: PubMed

Kvalitet: Hög

Titel: Barriers to Adherence to Screening Mammography Among women With Disabilities

Tidskrift: American Journal of Public Health

Författare: Yankaskas, B. C., Dickens, P., Bowling, M., Jaman, M. P., Luken, K., Salisbury, K. ... Lorenz, C. E.

Årtal: 2010

Land: USA

Syfte: Studera skillnaden mellan kvinnor med och utan fysiska eller psykiska funktionshinder och orsaker till att de valt bort att delta i mammografiscreening.

Metod: Kvantitativ studie, utfördes genom att kvinnorna svara på enkäter. Totalt 2970 kvinnor deltog genom att fylla i två olika enkäter. Frågorna berörde hur kvinnorna hade upplevt sin senaste screening.

Urval: De deltagande kvinnorna skulle ha genomgått sin senaste mammografiscreening mellan 2001-2003, därefter hade alla deltagare valt bort screening. Deltagarna var mellan 40-79 år.

Resultat: Anledningen till att kvinnor med eller utan funktionshinder inte deltog vid mammografiscreening var att de inte upplevt några problem med sina bröst. Dessutom hävdade kvinnorna att deras läkare inte informerat dem om möjligheten till mammografiscreening och därav inte deltagit. Kvinnor med funktionshinder var dessutom mer sällan troliga att bli rekommenderade mammografi.

Etik: Ja, etiskt granskad.

Referenser: 33

Databas: Manuell sökning

Kvalitet: Hög

BILAGA 4 - FRIBERGS (2006) KVALITETSGRANSKNINGSMODELL

För en artikelanalys ställs 8 frågor som kan besvaras med **Ja/Nej/Otydligt/Övrigt**

- 1) Finns ett tydligt problem formulerat?
- 2) Finns det ett tydligt syfte formulerat?
- 3) Är metoden beskriven (Hur?)
- 4) Finns urvalet beskrivet (Hur?)
- 5) Har data analyserats?
- 6) Förs det några etiska resonemang?
- 7) Svarar resultatet på syftet?
- 8) Finns metoddiskussion?

Hög kvalitet: Minst sju frågor kan besvaras med ja

Medel kvalitet: Minst sex frågor kan besvaras med ja.

Låg kvalitet: Mindre än fem frågor kan besvaras med ja