



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Faktorer som bidrar till ökad oro och ångest hos kvinnor som återkallas till vidare utredning efter mammografiscreening

Författare: Delaram Khanjari

Handledare: Inga Persson

Kandidatuppsats

Våren 2013

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Faktorer som bidrar till ökad oro och ångest hos kvinnor som återkallas till vidare utredning efter mammografiscreening

Författare: Delaram Khanjari

Handledare: Inga Persson

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

Mammografiscreening är i dagsläget det främsta sättet att minska dödligheten i bröstcancer. Vid oklara förändringar i bilderna sker en vidare utredning för att säkerställa eller utesluta patologi. Återkallelse kan skapa oro och ångest hos kvinnor eftersom risken för att utredningen kan tyda på bröstcancer. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa bakomliggande faktorer som kan ge ökad oro och ångest hos kvinnor som återkallas till vidare utredning efter mammografiscreening och hur länge oron och ångesten kvarstår. Tretton artiklar analyserades. Resultatet visade fyra olika bakomliggande faktorer. Dessa var; familjehistorik och/eller nära anknytning till bröstcancer, kvinnor som tidigare återkallats till en vidare utredning, undersökningsmetod efter återkallandet samt sociala faktorer. Dessa kvinnor upplevde en förhöjd nivå av oro och ångest flera veckor och ibland upp till månader efter återkallandet. Detta tyder på att kvinnor som återkallas är i behov av ökat stöd.

Nyckelord

Bröstcancer, Mammografi, mammografiscreening, återkallande, vidare utredning, oro, ångest, familjehistorik, tidigare återkallade, biopsi, sociala faktorer.

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion.....	3
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Bröstcancer - förekomst, orsaker, symtom/tecken,	4
Mammografi och mammografiscreening	5
Återkallande för vidare utredning efter mammografiscreening.....	6
Psykologiska reaktioner hos kvinnor i samband med mammografi	7
Röntgensjuksköterskans roll i samband med mammografiscreening och vidare utredning...8	
Syfte	9
Metod	10
Urval av databaser	10
Genomförande av datainsamling	10
Genomförande av databearbetning.....	12
Etiska avvägningar	12
Resultat	13
Famijehistorik och/eller nära anknytning till bröstcancer	13
Kvinnor som tidigare varit återkallade	14
Undersökningsmetod efter återkallande för första gången.....	15
Sociala faktorer	16
Diskussion.....	17
Metoddiskussion.....	17
Diskussion av framtaget resultat.....	18
Konklusion.....	21
Bilaga 1 (2) Matris	27

Introduktion

Problembeskrivning

I Sverige är bröstcancer, näst efter prostatacancer, den vanligaste cancerformen (Ericson & Ericson, 2008). Tidig upptäckt av bröstcancer innebär ökad möjlighet till bot (SOS-rapport 1998:17). Mammografi är idag det vanligaste instrumentet vid diagnostisering av bröstcancer och regelbunden screening med hjälp av mammografi gör att bröstcancer kan upptäckas vid ett tidigt stadium (Van Goetem et al., 2003). Hos cirka 5 % av kvinnor som gör den första mammografiundersökningen finns förändringar (Region Skåne, 2009) och enligt en dansk studie kommer en av 2000 kvinnor som genomgår mammografi, med två års mellanrum under en tioårsperiod, att få sitt liv förlängt tack vare mammografin (Gøtzsche & Nielsen, 2009).

Mammografi är en snabb och billig metod men en nackdel med mammografi är att den inte är hundra procentig säker. Detta innebär att det finns en risk att tumörer inte upptäcks eller att osäkerhet finnas om det föreligger patologi eller inte. Då osäkerhet finns leder det till vidare utredning. Av de kvinnor som återkallas kommer en del att få ett falsk/positivt besked, dvs. frias från malignitet, varför de således har genomgått en vidare utredning i onödan (Styrgruppen för nationella bröstcancerregistret, 2008).

Tidigare studier har visat att återkallande och diagnostiska utredningar efter mammografiscreening leder till stor psykisk påfrestning (Socialstyrelsen, 2007). Enligt en studie kan oro upplevas både på kort och ibland även på lång sikt efter återkallandet (Austoker, Bankhead, Brett, Watson, & Henderson, 2005). Att röntgensjuksköterskan är medveten om faktorer som ökar patienters utsatthet för psykiska påfrestningar kan vara av stor betydelse varför det är av intresse att studera. Detta då dessa kvinnor kan vara i behov av ökat stöd och information.

Bakgrund

Bröstcancer – förekomst, orsaker, symtom/tecken

Enligt FNs cancerforskningsinstitut fick 1,15 miljoner kvinnor i världen diagnosen bröstcancer år 2002. Antalet kvinnor som insjuknar varierar kraftigt mellan olika länder. Incidensen för bröstcancer är hög i Nordamerika, västra Europa (inklusive Sverige), Israel, Argentina, Australien och Nya Zeeland. Detta innebär att mer än 100 kvinnor av 100 000 insjuknar i bröstcancer årligen (Socialstyrelsen, 2007). Incidensen är däremot mindre i Asien och Afrika (Bergh et al, 2007).

Statistik visar att cirka 7000 kvinnor årligen får diagnosen bröstcancer i Sverige (Region Skåne, 2009). Det innebär att var tionde kvinna riskerar att drabbas av bröstcancer innan hon fyllt 75 år (Socialstyrelsen, 2007). Idag lever över 60 000 svenska kvinnor med en bröstcancerdiagnos. Det är främst äldre och medelålderskvinnor som drabbas (Svärd, 2007). Vidare är bröstcancerincidensen störst i mellersta och i södra Sverige samt i storstadsområden (Socialstyrelsen, 2007).

Orsaken till bröstcancer är ännu inte känd. Det finns olika faktorer som anses kunna påverka risken att utveckla bröstcancer. Ärftliga faktorer är den vanligaste orsaken (Järhult, 2002). Ärftlighet bidrar till en ökning att drabbas av sjukdomen med cirka 20-30 %. Epidemiologiska studier har visat att nära släktingar löper en ökad risk att få bröstcancer och desto tidigare familjemedlemmarna insjuknat desto högre är risken. Familjer med tre eller fler nära släktingar som i minst två generationer drabbats av bröstcancer brukar i litteraturen kopplas samman med ärftlig bröstcancer. I familjer med mutation i någon av de kända bröstcancer generna (BRCA1 och BRCA 2) kan risken drabbas vara så hög som 80 % hos en mutationsbärare (Socialstyrelsen, 2007). Barn till en sjuk individ löper ca 50 % risk att ha ärvt anlaget för sjukdomen men risken att drabbas av sjukdomen är lägre än så då ingen bröstcancer gen har fullständigt genomslag (Antoniou et al., 2003). I familjer med få bröstcancerfall i släkten, eller där insjuknandet skett vid hög ålder, påverkas risken för nära släktingar inte eller väldigt lite (Claus, Risch & Thomson, 1994). Andra faktorer som misstänks orsaka bröstcancer är tidig menarche, barnlöshet, att aldrig ha ammat, menopaus samt långvarig östrogenbehandling (Ericsson & Ericson, 2008).

Ett vanligt symtom på bröstcancer är en kännbar knöl i bröstet eller i armhålan, men även förändringar i bröstets utseende. Tydligaste och tidigaste tecknet på bröstcancer kan vara blodig flytning på eller runt bröstvårtan eller eksemliknande förändringar (Almås, 2006). Det finns olika former av bröstcancer. Tillväxt-hastigheten för olika typer av bröstcancer varierar kraftigt och är vanligtvis hög hos yngre personer. Brösttumörernas fördubblingstid beräknas i genomsnitt vara omkring 90 dagar (Styrgruppen för nationella bröstcancerregistret, 2008). Under det kliniskt diagnostiserbara skedet då tumören är palpabel har den i regel uppnått en storlek över 15 mm och en betydande cellulär åtskillnad har ägt rum inuti tumören. Vid det laget uppvisar redan omkring 40 % av fallen en spridning av tumören med metastasering till de regionala lymfkörtlarna. Sjukdomen fortsätter utvecklas och växa i form av ökad genetisk instabilitet, tilltagande malign potential och slutligen en generell spridning. Vid det laget har tumören utvecklats till en systemsjukdom (Styrgruppen för nationella bröstcancerregistret, 2008). Spridning av bröstcancer går via lymfan och blodet. Lymfbanorna tömmer sig i de stora venerna. Det är på så sätt som spridningen kan ske till olika kroppsorgan (Järhult & Offenbartl, 2005).

Mammografi och mammografiscreening

Mammografi är en röntgenundersökning av bröstvävnaden som görs för att upptäcka tumörer i tid. Undersökningen kräver inga förberedelser. Före undersökningen får dock kvinnan svara på några frågor gällande intag av hormonpreparat och om besvär från bröstet förekommit (Region Skåne, 2009). Undersökningen går till så att kvinnan får lägga ett bröst i taget på bildplattan. Bröstet komprimeras med hjälp av plattor vilka kan trycka ihop bröstet med ansevärd kraft. Detta gör att mikrostrukturen i bröstvävnaden ses tydligare, samtidigt som stråldosen till patienten minskar (Bontrager & Lampignano, 2010). Patienten får hålla upp ena armen och låta den vila mot apparaten under tiden som röntgensjuksköterskan tar två till tre bilder från olika håll på varje bröst. Samma procedur upprepas sedan med det andra bröstet (Region Skåne, 2009). Smärta och visst obehag kan upplevas vid bröstkompressionen (Poulos & Llewellyn, 2005). Bildtagningen tar cirka 5-10 minuter (Region Skåne, 2009).

Mammografiscreening är sedan 1997 införd i samtliga av län (Styrgruppen för nationella bröstcancerregistret, 2008). Undersökningsintervaller rekommenderas vara 18 månader för kvinnor yngre än 55 år och 24 månader för kvinnor äldre än 55 år (SoS-rapport 1998:17).

Socialstyrelsen rekommenderar att alla kvinnor mellan 40 och 74 år går på regelbundna mammografiundersökningar (Holmberg, 2005). Tidsintervallet mellan mammografisk synlighet av en cancer och uppkomsten av tumören varierar i regel mellan 1,5-3 år. Därför måste screeningdiagnostiken upprepas med regelbundna mellanrum (Styrgruppen för nationella bröstcancerregistret, 2008). Mammografiscreening minskar dödligheten i bröstcancer med cirka 20 % för kvinnor i åldrarna 50-59 år (Yasunga, Ide, Imamura & Ohe, 2007).

Det är tyvärr inte bara fördelar med mammografiscreening. Tekniska begränsningar och tumörvariationer gör att mammografiundersökningens resultat inte alltid blir hundra procentigt säkert (SOSFS 1997:27), bl a pga av att tät bröstvävnad ger en svårgranskad röntgenbild. Detta kan i sin tur leda till att diagnosen inte ställs förrän i ett sent skede av sjukdomen (Titus-Ernstoff et al., 2006). Osäkerheten om patologi finns eller inte medför återkallande för vidare utredningar (SOSFS 1997:27). Andelen kvinnor som frias från malignitet i Sverige är runt 2-5 % av kvinnor som deltar i screeningprogrammet. Faktorer som kan bidra till befrias från malignitet kan vara en tidigare godartad bröstsjukdom, perimenopausalt status och högt BMI (AETMIS, 2006).

Återkallande för vidare utredning efter mammografiscreening

I de fall då mammografiscreening uppvisar misstänkt bröstcancer återkallas kvinnan för vidare diagnostisk utredning i form av så kallad trippeldiagnostik. Sensitiviteten för att upptäcka bröstcancer är med hjälp av trippeldiagnostik nästan 100 % (Jönsson, 2004). Det första steget vid återbesök är en klinisk undersökning där radiologen läser anamnes samt grundligt inspekterar och palperar hela bröstet med två händer och känner på lymfkörtlar i armhålan, dit cancer oftast sprids från bröstet, för att se om där finns någon förändring. Därefter utförs en förnyas mammografiundersökning av bröstet. Detta återbesök äger vanligtvis rum inom två veckors tid efter screeningstillfället. Skulle misstänkta förändringar vara synliga även efter denna undersökning utförs en ultraljudsundersökning. Denna undersökning äger rum antingen vid samma tillfälle eller vid ett separat återbesök. Denna undersökning är ofta en bra metod för att verifiera eller falsifiera misstänkta förändringar hos kvinnor som har ovanligt ”täta” bröst, vilket unga kvinnor och kvinnor med mycket bindväv i bröstet har. Det sista steget för att säkerställa en suspekt förändring är ett vävnadsprov i form

av en så kallad biopsi. Detta kan ske på tre olika sätt, antingen genom en finnålspunktion då en tunn nål sticks in och suger ut några celler för att titta på dem i mikroskop, en grovålspunktion då en liten cylinder av vävnad sug upp och möjliggör senare cellodling eller genom kirurgisk biopsi. Kirurgisk biopsi innebär att en stor massa eller del av bröstet tas bort under en kirurgisk operation, där normalt ett snitt på 3-5 cm utförs under sterila förhållanden (Bergh et al., 2007). Väntetid på biopsi kan variera kraftigt, beroende på vårdinrättningens belastning.

Psykologiska reaktioner hos kvinnor i samband med mammografi

Inför mammografiscreening får kvinnor i Sverige idag hemskickat ett inbjudningsbrev där det står att syftet med undersökningen är att upptäcka bröstcancer i tid och att undersökningen är frivillig. Vidare anges att resultatet av mammografiscreeningen kan leda till en kompletterad undersökning men att det inte behöver innebära att det finns patologi utan att denna görs för att åstadkomma en säker bedömning (Lidbrink, Elfving, Frisell & Jonsson, 1996). Redan i samband med denna inbjudan kan kvinnan känna viss oro för vad undersökningen kan komma att visa. En studie av Cullberg (2003) visade att risken för att insjukna i cancer alltid uppfattas som ett hot mot livet och att det utlöser oro och stress hos kvinnor inför screening och hos kvinnor som återkallas. Vidare framkom att miljön inom vården ofta intimiderar patienter och detta kan leda till osäkerhet om den kommande proceduren. Även en möjlig sjukdoms effekt på familjen kan orsaka varierande reaktioner (ibid).

Kvinnor som efter en mammografiscreening återkallas och som får genomgå en vidare utredning upplever en mängd nya känslor, såsom framförallt oro och osäkerhet inför framtiden (Doumit, El Saghir, Abu-Saad Huijer, Kelley & Nassar, 2010; Rydén, 1996; Yasunaga, Ide, Imamura, & Ohe, 2007). Oro kan ta sig uttryck allt ifrån ett överflöd av ord eller tystnad och tillbakadragenhet. Det förekommer även att patienter skruvar på sig eller på annat sätt uttrycker oro fysiskt (Daly, Ehrlich & McCloskey, 1999). Vanligtvis betraktas oro och ångest som ett uttryck för samma känsla. Ordet ångest används också som en övergripande beteckning för ett psykiskt obehag av varierande styrka. Ångest är i sig inte något sjukligt men när ångesten tar för mycket energi och dess uttryck eller verkningar är plågsamma och ohanterliga för individen eller omgivningen måste den ses som symptom på en mera djupgående problematik (Cullberg, 2003). Stark ångest kan leda till en traumatisk kris. Detta

äger rum då en yttre händelse påverkar individens psykiska situation så att denne upplever sin fysiska existens och sociala identitet eller andra livsmål allvarligt hotade. Detta är vanligt när man råkat in i en livssituation där ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionsmönster inte är tillräckliga för att bemästra den aktuella situationen (ibid).

Inom vården är det viktigt att kunna identifiera livssituationer som kan medföra stark ångest för att kunna få förståelse för och samtala om ångesten individen upplever. Risken är annars stor att ångesten bagatelliseras (Cullberg, 2003).

Röntgensjuksköterskans roll i samband med mammografiscreening och vidare utredning

I regel utförs själva mammografiundersökningen av röntgensjuksköterskor vid lokala screeningenheter för att sedan tolkas i efterhand av radiologer vid en centralenhet ansvarar för eventuell fortsatt utredning (Socialstyrelsen, 2007).

Utöver bildtagning i samband med mammografiscreening, och vid en eventuell senare mammografiundersökning efter återkallande, har röntgensjuksköterskan som ansvar att ge god omvårdnad till patienten med minsta möjliga stråldos (Styrgruppen för nationella bröstcancerregistret, 2008). Respektfullt bemötande är grundläggande för god omvårdnad (Fossum, 2007). Detta innebär att hon/han ska kunna ge vård med respekt för patientens autonomi och integritet samtidigt som vård av god kvalitet ges. Respektfullt bemötande är även viktigt för kvinnor som genomgår en mammografiundersökning så att de återkommer till förnyade undersökningar i framtiden (Fossum, 2007). Enligt Poulos och Llewellyn (2005) är det också viktigt att röntgensjuksköterskan visar empati för kvinnor som återkallas och att de har förståelse för deras känslor och oro. Empati, och sensitivitet för andras behov, ger sköterskan möjlighet till att ge konstruktiv hjälp istället för enbart ha sympati för patientens påfrestning (Daly, Ehrlich & McCloskey, 1999). Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det också av vikt att patienten ska kunna känna sig trygg (SFS 1982:763).

Röntgensjuksköterskan har därför även ansvar för att ge en förståelig individuellt anpassad information till kvinnor som genomgår en mammografiundersökning. Genom att ställa följdfrågor och att lyssna utan att avbryta visar röntgen sjuksköterskan bekräftelse på att vilja stödja (Poulos & Llewellyn, 2005). Enligt Travelbee (2001) är relationen mellan patient och

sjuusköterska det mest betydelsefulla i omvårdnaden och i denna hjälper kommunikation sjuusköterskan lära känna patientens behov och då lättare kunna tillgodose nivåer av patientens behov (ibid).

Stressen som kliniskt arbete innebär överskuggar ofta de humanitära delarna. Patientens behov kan hamna i skymundan om inte övning sker att hantera både den tekniska och vårdande delen samtidigt. Att effektivt hantera kliniska situationer kräver flera förmågor (Daly, Ehrlich & McCloskey, 1999). Detta innebär bland annat att röntgensjuusköterskan bör kunna identifiera patienter med oro ångest och för att kunna kommunicera och informera dem utifrån deras behov.

Syfte

Syftet var att belysa bakomliggande faktorer som kan ge ökad oro och ångest hos kvinnor som återkallas till vidare utredning efter mammografiscreening. Vidare var syftet att undersöka hur länge den ökade oron kvarstår hos kvinnor.

Metod

Metoden som valts var en litteraturstudie. Detta med anledning av att en litteraturstudie ger en tydlig överblick över aktuellt område (Polit & Beck, 2006; Stukan, 2005). Sammanlagt kom 13 vetenskapliga artiklar att ingå i studien.

Urval av databaser

Vetenskapliga artiklar till studien söktes i databaserna PubMed och Cinahl. Pubmed valdes då det är världens största databas för medicinska artiklar (Backman, 2008) och Cinahl då den innehåller artiklar inom områdena omvårdnad och vårdvetenskap (Polit & Beck, 2006).

Genomförande av datainsamling

Sökorden var samma i båda databaserna. Dessa var; ”*mammography*”, ”*breast cancer screening*”, ”*anxiety*”, ”*psychological distress*”, ”*psychosocial*”, ”*family history*” och ”*False positive*”. Exklusionskriterier för sökningarna var artiklar publicerade före år 1995.

Varje sökord resulterade i ett stort antal artiklar varför olika sökordskombinationer gjordes för att reducera antalet. Vidare innehöll varje kombination sökordet ”false positive” (tabell 1 och 2) då denna grupp av kvinnor var av speciellt värde att ha med i studien. Därefter lästes samtliga abstrakt och artiklar med adekvat abstrakt lästes i fulltext (22 st) för att se om dess innehåll var relevant för denna studie. Vidare gjordes en manuell sökning i Pubmed efter en artikel (Armelius et al., 1999) som påträffades i referenslistorna i några av de lästa artiklarna.

De 23 artiklarna kvalitetsgranskades därefter enligt en modifierad bedömningsmall av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Detta innebar en bedömning från kvalitetsgrad I-III, där grad I motsvarade hög kvalitet, grad II medelhög kvalitet och grad III låg vetenskapliga kvalitet (ibid). Därefter valdes de artiklar ut (13st) som var av störst intresse. Alla dessa 13 artiklar var av grad II (tabell 1 och 2). I referenslistan markeras de analyserade artiklarna med en asterix (*).

Tabell 1. Resultat av sökning i PubMed.

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Slutligt urval
#1	Mammography	24379	0	0	0
#2	Breast cancer screening	118048	0	0	0
#3	Anxiety	116995	0	0	0
#4	Psychological distress	5843	0	0	0
#5	Psychosocial	48920	0	0	0
#6	Family history	63261	0	0	0
#7	False positive	49792	0	0	0
	#1 and #3 and #7	64	64	5	3
	#2 and #3 and #7	68	68	3	2
	#1 and #4 and #7	16	16	0	0
	#2 and #4 and #7	19	19	0	0
	#1 and #5 and #7	9	9	0	0
	#2 and #5 and #7	8	8	0	0
	#1 and #6 and #7	30	30	2	1
	#2 and #6 and #7	44	44	2	1

Tabell 2. Resultat av sökning i Cinahl.

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Slutligt urval
#1	Mammography	5091	0	0	0
#2	Breast cancer screening	4035	0	0	0
#3	Anxiety	23171	0	0	0
#4	Psychological distress	165373	0	0	0
#5	Psychosocial	5783	0	0	0
#6	Family history	7942	0	0	0
#7	False positive	3294	0	0	0
	#1 and #3 and #7	23	23	4	2
	#2 and #3 and #7	21	21	3	2
	#1 and #4 and #7	6	6	2	1
	#2 and #4 and #7	6	6	0	0
	#1 and #5 and #7	35	35	0	0
	#2 and #5 and #7	27	27	0	0
	#1 and #6 and #7	30	30	0	0
	#2 and #6 and #7	44	44	0	0

Genomförande av databearbetning

Utvalda artiklar analyserades med stöd av Fribergs (2006) modell för hur kvantitativa studier kan analyseras. I stället för att sammanställa artiklarna i ett arbetsblad, vilket rekommenderas av Friberg, sammanställdes de i en matris (Bilaga 1) enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Denna översikt gjordes för att få en översikt av samtliga artiklar (Bilaga 1). Artiklarna lästes ett antal gånger för att få en helhetsbild av varje artikels innehåll. I artiklarna söktes sedan efter gemensamma teman (Friberg, 2006), dvs. faktorer som relaterade till ökad oro och ångest hos kvinnor som återkallats till vidare utredning efter mammografiscreening. Valda artiklarna analyserades också utifrån likheter och olikheter vilket är i linje med vald analysmodell (ibid).

Etiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen (2008) har utarbetat etiska riktlinjer som bör följas vid all medicinsk forskning och som berör människor. Enligt Helsingforsdeklarationen ska individen bland annat vara informerad om vad studien innebär och kunna känna sig trygg med hur uppgifterna som lämnas hanteras. En planerad studie ska dessutom ha blivit godkänd av en etisk kommitté före det att den påbörjas (ibid). Därför granskades artiklarna ur detta etiska perspektiv. Granskningen visade att samtliga utvalda artiklar blivit godkända av en etisk kommitté.

Resultat

Av de totalt 13 artiklarna, är 12 kvantitativa och en av både kvalitativ och kvantitativ karaktär (August et al., 2003) (bilaga 1). Av artiklarna visade sig två komma från Sverige (Armelius et al., 1999; Bergh et al., 2000), två från Finland (Absetz et al., 2003; Aro et al., 2000), två från Storbritannien (Afleck et al., 1998; Austoker et al., 2001), fem från USA (Afleck et al., 2004; Bishop et al., 2004; Esserman et al., 2001; Jatoi et al., 2006; Lindfors et al., 2001), en från Schweizland (Dubois-Arber et al., 2001) och en från Canada (August et al., 2003).

I artiklarna framkom att fyra bakomliggande orsaker kan generera ökad oro. Dessa faktorer är; Familjehistorik och/eller nära anknytning till bröstcancer, Kvinnor som tidigare varit återkallade, Utredningsmetod efter återkallande för första gången och Sociala faktorer.

Resultatet belyser kvinnor som inte fått besked om vad den vidare utredningen kom att visa eller som senare kom att frias från malignitet.

Familjehistorik och/eller nära anknytning till bröstcancer

I fem artiklar framkom att kvinnor med familjehistorik till någon med bröstcancer uppvisade signifikant mer oro och ångest efter det att de fått besked om återkallande för vidare utredning jämfört med övriga kvinnor som hade återkallats (Afleck et al., 1998, Absetz, Aro & Sutton, 2003; Bishop, Fisher, Merbaum, Monsees & Ristvedt, 2004; Jatoi, Lawrence, Shah & Zhu, 2006; Lindfors, O'Connor & Parker, 2001). I ytterligare en artikel (Dubois-Arber, Jeannin, Meystre-Agustoni & Paccaud, 2001) framkom att kvinnor som tidigare själva upplevt någon form av bröstsjukdom också skattade risken för bröstcancer som högre än kvinnor utan någon sådan tidigare erfarenhet.

I en av de ovan nämnda studier (Absetz et al., 2003) där 1942 kvinnor med familjehistorik eller med nära anknytning till någon med bröstcancer ingick, visade att dessa kvinnor var mycket oroliga redan innan screeningtillfället. Vidare framkom att kvinnorna också hade hälso- och bröstrelaterade bekymmer före screeningen eftersom de kände sig mer utsatta för risken för att ha bröstcancer (ibid). Enligt Absetz et al. (2003) hade kvinnor med

familjehistorik och/eller hade någon med bröstcancer i sin närhet, även en ökad grad av oro och ångest efter det att utredningen påbörjat och enligt Aro et al. (2000) upplevde kvinnor med familjehistorik påträngande tankar och högre nivå av oro och ångest strax efter det att de hade genomgått vidare utredning jämfört med andra kvinnor som återkallats. Lindfors et al. (2001) fann däremot att det endast var kvinnor yngre än 50 år med bröstcancer inom familjen som skattade oro och ångest som betydligt högre direkt efter screeningen. Bishop et al. (2004) fann däremot inte några skillnader i oro och ångest mellan kvinnor med familjehistorik varken före eller efter screeningen.

I studien av Afleck et al. (1998) framkom att kvinnor med familjehistorik fortfarande fem veckor efter beskedet om återkallandet hade signifikant ökad oro till skillnad från övriga kvinnor vars oro vid det laget återgått till normala nivåer. Det visade sig också att det existerade en viss ökad oro och ångest hos kvinnor utan familjehistorik fortfarande fyra månader efter screeningtillfället trots att de tidigare friats från malignitetsmisstanke, (Afleck et al., 1998). Åtta månader efter screeningtillfället och utredningen fann Esserman et al. (2001) att kvinnor med familjeanknytning var mindre oroliga än de utan familjeanknytning men vid det laget var nivåerna hos samtliga kvinnor mycket låga och tillbaka på normala nivåer.

Kvinnor som tidigare varit återkallade

I två studier (Austoker & Brett, 2001; Jatou et al., 2006) framkom att kvinnor som vid det föregående screeningtillfället genomgått en vidare utredning, redan en månad innan kommande screeningtillfälle, upplevde signifikant ökad oro och ångest jämfört med kvinnor som inte återkallades vid föregående screeningtillfälle. I Austoker och Bretts studie (2001) framkom att det var sju procent fler av de kvinnor som genomgått en vidare utredning i form av extra bildtagning som upplevde signifikant ökad oro och ångest medan denna ökning var 27 procent bland kvinnor som genomgått kirurgisk biopsi vid det föregående screeningtillfället. I studien av Jatou et al. (2006) framkom inte några sådana skillnader mellan extra bildtagning och biopsi. Däremot fann Jatou et al. att kvinnor som vid det föregående screeningtillfället genomgått vidare utredning nu inför det kommande screeningtillfälle

skattade sig som mer ledsna, rastlösa, orkeslösa och värdelösa. Signifikant fler av dessa kvinnor hade uppsökt professionell psykologisk hjälp de senaste tolv månaderna.

I en tredje studie (August et al., 2003), som innefattande 25 kvinnor, framkom att omedelbart före kommande screeningtillfälle så skattade kvinnor med tidigare erfarenhet av biopsi risken för att återigen bli återkallade till ny utredning som betydligt högre än kvinnor som vid föregående screeningtillfälle inte genomgått en biopsi. I studien visade det sig att dessa kvinnor blev återkallade även vid nästa tillfälle (ibid).

Både August et al. (2003) och Esserman et al. (2001) fann att kvinnor som återigen fick genomgå en vidare utredning upplevde mycket oro och ångest. Kvinnorna i förstnämnda studien (August et al, 2003) upplevde även risken att ha bröstcancer som betydligt högre än vad vårdpersonalen informerat dem om. Kvinnorna informerades av vårdpersonalen att om du återkallas behöver det inte betyda att man misstänker bröstcancer utan man kan upptäcka både ofarliga och elakartat förändringar i samband med mammografi. Enligt Esserman et al. (2001) upplevde dessa kvinnor fortfarande signifikant ökad oro och ångest två månader efter det andra screeningtillfället ägt rum. Vid denna tidpunkt hade oro och ångest bland kvinnor som inte genomgick två på varandra följande vidare utredningar återgått till det normala. Sex månader efter screeningtillfället hade oron och ångesten dock återgått till det normala bland kvinnor som genomgick två på varandra följande vidare utredningar med undantag för kvinnor som vid den tidigare utredningen genomgått en biopsi, vilka fortfarande sex månader efter screeningtillfället upplevde förhöjda nivåer av oro.

Undersökningsmetod efter återkallandet för första gången

I fyra studier (Austoker & Brett, 2001; Allen et al, 2004; Bergh, Lampic, Sjödén & Thurfjell, 2000; Esserman et al, 2001) framkom att vilken undersökning kvinnorna fick genomgå efter det att de blivit återkallade för första gången i hög grad påverkade den oro och ångest som kvinnorna utsattes för. I dessa studier var det kvinnor som genomgick biopsi som rapporterade de högsta nivåerna av oro och ångest, både vad gäller styrka och hur lång tid den varade.

Bergh, Lampic, Sjödén & Thurfjell (2000) kom fram till att kvinnor som genomgick en biopsi omedelbart efter besked om vidare utredning uppvisade högre nivåer av oro och ångest jämfört med deltagare vars utredning inte inkluderade en biopsi. I multicenterstudien av Allen et al. (2004) upplevde kvinnor som genomgick biopsi sin oro som nästan fyra gånger större tre veckor efter screeningtillfället än kvinnor som endast genomgick en förnyad mammografi med extra bildtagning. Enligt Austoker och Brett (2001) upplevde också kvinnor som genomgick biopsi mer oro och ångest en månad efter screeningtillfället än de som endast genomgick förnyad mammografi. En femtedel fler av kvinnorna som genomgick biopsi uppgav skadliga nivåer av oro och ångest jämfört med de som endast genomgick en förnyad mammografi en månad efter (Allen et al., 2004).

Tre månader efter screeningtillfället upplevde kvinnor som genomgick biopsi fortfarande, sin oro som fyra gånger större än kvinnorna som endast genomgick en förnyad mammografi med extra bildtagning (Allen et al., 2004). Vid denna tidpunkt hade dock nivåer för oro och ångest hos kvinnor som genomgick biopsi minskat till en tredjedel av värdet uppmätt tre veckor efter screeningtillfället. Men en minskning av samma proportion hade även ägt rum hos kvinnor som genomgick extra bildtagning (ibid). I studien av Bergh et al. (2000) hade nivåer av oro och ångest återgått till det normala tre månader efter screeningtillfället hos samtliga kvinnor i studien och de som genomgick en biopsi utmärkte sig inte längre gentemot andra kvinnor. I studien konstaterades dock att det var den ökade väntetiden på svar som en biopsi gav upphov till som orsakade ökad oro och inte typen av undersökning som sådan.

I studien av Absetz et al. (2003) framkom däremot inga skillnader mellan kvinnor som genomgick biopsi och kvinnor som endast genomgick en förnyad mammografi.

Sociala faktorer

Armelius et al. (1999), Dubois-Arber et al. (2001) och August et al. (2003) fann alla ett samband mellan sociala faktorer och ökade nivåer av psykisk påfrestning i samband med återkallande för vidare utredning. August et al. (2003) fann att yrkesverksamma kvinnor kort tid efter återkallandebeskedet ofta upplevde episoder av påträngande tankar om bröstcancer som de försökte tränga undan. I samma studie framkom även att ett ökat antal studieår medförde att de i högre grad aktivt sökte svar på eller sätt att hantera sådant som oroade dem

efter besked om vidare utredning och att detta resulterade i lägre nivåer av psykisk påfrestning (ibid). Både Armerlius et al. (1999) och Dubois-Arbers et al. (2001) fann att lågutbildade kvinnor utsattes för större psykisk påfrestning i samband med återkallande. Enligt Dubois-Arber et al. uppgav kvinnor med färre än nio års utbildning, fortfarande åtta veckor efter screeningtillfället och efter det att de friats från malignitetsmisstanke, signifikant högre nivåer än deltagare med högre utbildning. I studien av Armelius et al. (1999) visade det sig att lågutbildade kvinnor som fått friande svar från utredningen fortfarande sex månader efter screeningtillfället hade förhöjda nivåer av oro och ångest. Dessutom upplevde kvinnor inom befolkningstäta områden förhöjda värden av psykisk påfrestning. Kvinnor med två eller fler barn upplevde däremot lägre nivåer av oro och ångest jämfört med de som hade ett eller inga barn.

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie valdes som metod då mycket forskning redan fanns inom området och då syftet med en litteraturstudie är, enligt Polit och Beck (2006), att föra fram den kunskap som finns inom valt ämnesområde. Artikelsökningen genomfördes i PubMed och Cinahl eftersom dessa är stora databaser inom områdena medicin och omvårdnad. Då enbart sökordet mammography användes påträffades ett stort antal artiklar. När detta sökord kombinerade med andra sökord reducerades antalet kraftigt. Dessutom visade det sig att flera av artikarna återfanns under mer än en sökkombination. Ett sätt att avgränsa artiklarna ytterligare hade varit att exkludera artiklar före år 2000 men eftersom två artiklar, en från 1998 och en från 1999 (Afleck et al., 1998; Armelius et al., 1999) visade sig vara av stort värde uteslöts detta alternativ. Då det fanns ett stort antal artiklar inom dessa båda databaser söktes inte i ytterligare databasen. Eftersom valda artiklar bedömdes vara av bra vetenskaplig kvalitet ansågs de vara väl lämpade för denna litteraturstudie (Friberg, 2006).

Diskussion av framtaget resultat

Huvudsyftet med denna litteraturstudie var att belysa bakomliggande faktorer som kan ge upphov till ökad oro och ångest hos kvinnor som återkallas till vidare utredning efter mammografiscreening. Vidare var syftet att undersöka hur länge den ökade oron kvarstår hos kvinnor.

Det framkom tydligt att familjehistorik av bröstcancer ofta är en källa till ökad psykisk påfrestning då fem artiklar visade detta (Afleck et al., 1998, Absetz et al., 2003; Bishop et al., 2004; Jato et al., 2006; Lindfors et al, 2001). Dubois-Arber et al. (2001) fann däremot att det endast var kvinnor under femtio år och med familjehistorik som upplevde kraftigt förhöjda nivåer av oro och ångest. En anledning till att åldern kan ha en inverkan på nivåer av psykisk påfrestning kan vara att kvinnor under 50 år ofta befinner sig i en helt annan fas i livet än äldre kvinnor (ibid). Däremot framkom motstridiga uppgifter om huruvida kvinnor med familjehistorik av bröstcancer är mer oroliga än andra kvinnor redan före screeningtillfället (Afleck et al., 1998; Bishop et al., 2004). I studien av Afleck et al. (1998) framkom att kvinnor med familjehistorik redan innan screeningtillfället hade förhöjda nivåer av oro och ångest då de ansåg sig mer utsatta för risken att ha bröstcancer. Något som även visade sig i en studie av Gilbert et al. (1998). I denna studie visade det sig även att kvinnor med en familjehistorik oftare själva identifierade en bröstförändring varför de upplevde en högre nivå av oro och ångest (ibid). I studien av Bishop et al. (2004) kände kvinnor med en familjehistorik sig däremot inte mer utsatta för risken att få bröstcancer än andra inför screeningtillfället.

Det förefaller naturligt att kvinnor som har en ärftlighet av bröstcancer oftare tänker på sjukdomen och risken att själva drabbas (Dubois-Arber et al., 2001). Att dessa kvinnor oroar sig mycket, och att de i hög grad överskattar risken att själva drabbas av bröstcancer, har även framkommit i en annan litteraturstudie (Lobchuk & Martin, 2003). Enligt den studien har de kvinnor som diagnostiseras med bröstcancer 10-20 % ärftliga faktorer. I studien framkom även att informationssamtal om att riskerna att få bröstcancer är låga inte hade förväntad effekt utan endast i låg grad påverkade riskuppfattningen hos kvinnorna (ibid). Det verkar finnas ett behov av vidare forskning när det gäller hur information om riskerna för att drabbas av cancer ska utformas och tilldelas dessa kvinnor så att riskerna inte överskattas. Detta borde även gälla kvinnor som tidigare haft någon form av bröstsjukdom eftersom dessa kvinnor i

Dubois-Arber et al.'s studie (2001) ansåg sig ha högre risk att få bröstcancer än andra kvinnor som återkallades till vidare utredning.

Om kvinnor ska genomgå en biopsi är detta ytterligare en faktor som kan resultera i kraftig ökning av oro och ångest (Austoker & Brett., 2001; Allen et al; 2004; Esserman et al., 2001). Det förefaller naturligt då denna utredningsmetod till skillnad från andra består av ett fysiskt ingrepp som sannolikt upplevs som mer dramatiskt än de andra. Dessa kvinnor upplevde fortfarande två månader efter screeningtillfället förhöjda nivåer av oro och ångest (ibid). I studien av Allen et al. (2004) framkom att även ultraljud resulterade i höga nivåer av oro och ångest en kort tid efter screeningtillfället.

Enligt två studier (Armeliuss et al., 1999; Dubois-Arber et al., 2001) finns det även en tydlig koppling mellan ett minskat antal studieår i skolan och långvarigt förhöjda nivåer av oro och ångest. Däremot visade det sig i en studie (Aro et al, 2000) att oro och ångest var lägre hos kvinnor med högre utbildning och som bor i storstäder än kvinnor som har lägre utbildning och bor på landet. Varför kvinnor med ett lågt antal år i skolan kan ha signifikant högre nivåer av oro och ångest så länge som ett halvår efter screeningtillfället, jämfört med kvinnor med mer än 9 års skolgång, är svårt att säkert säga vad detta beror på. Kanske orsakar individuella förutsättningar som leder till minskad skolgång även en bristande förmåga att hantera stressfyllda situationer. Men det kan även vara så att den ökade skolgången i sig bättre förbereder kvinnor att hantera oro och ångest under en mammografisk utredning. Kanske existerar det brister i informationen till kvinnor med endast grundskoleutbildning. För dessa kvinnor kanske det är viktigt att röntgensjuksköterskan i samband med screeningtillfället berättar att ett eventuellt återkallande oftast görs för att läkarna inte kunnat bedöma bilderna med säkerhet och att cirka 95 % frias från tumörmisstanke. Ett återkallande behöver således inte innebära att de har bröstcancer. Det är också viktigt att röntgensjuksköterskan försäkrar sig om att kvinnorna uppfattar detta.

Hur länge oron är förhöjd för kvinnor med familjehistorik är något osäker. Detta då det framkom i studien av Afleck et al. (1998) att dessa kvinnor hade förhöjda nivåer av oro fyra månader efter screeningtillfället medan Absetz et al. (2003) fann att oron och ångesten hos kvinnorna med familjehistorik återgick till det normala i samma takt som för andra redan två månader efter screeningen. I en tredje studie (Esserman et al., 2001) uppgav dessa kvinnor till

och med något lägre nivåer av oro än andra som återkallats åtta månader efter screeningtillfället. Detta kan vara ett resultat av större lättnad efter beskedet att de fått beskedet att de inte hade bröstcancer och eftersom de troligen känner till att de har en lite högre risk för att få bröstcancer. Inget belägg finns dock för detta eller om det var ett undantag.

Enligt Allen et al. (2004) kan en bra kommunikation, dvs. kommunikation som ger en känsla av välbefinnande och förtroende, minska oro och ångest före och under en mammografiundersökning (ibid). Andersson et al. (2008) betonar också vikten av ett gott och respektfullt bemötande där röntgensjuksköterskan ser varje kvinna som en person med individuella behov under undersökningen. Det är även viktigt att röntgensjuksköterskan visar att hon bryr sig och att hon/han har en vilja att hjälpa kvinnor för att skapa ett gott bemötande och en god relation. Enligt Travelbee (2001) utvecklas relationen mellan sjuksköterska och patient genom att sjuksköterskan känner empati och visar känslomässig närhet, tillgänglighet och sympati med patienten.

Trots att röntgensjuksköterskor har en kort tid på sig att skapa ett bra bemötande är det viktigt att kunna vägleda kvinnan genom undersökningen med hjälp av information utifrån den individuella kvinnans behov. Alla kvinnor måste känna sig väl informerade vilket är i linje med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som anger att vården ska anpassas efter individens förutsättningar. Viktigt att komma ihåg då det gäller skriftlig information är, enligt en amerikansk studie (Keenan & Safeer, 2005), att patienter med bristande förmåga att ta till sig skriftlig information ofta känner skam och känner sig mindervärdiga när information upplevs som svåruppfattad. De upplever det även som pinsamt att försöka få informationen förtydligad. Studien visade att information ofta utformas på en gymnasial skolnivå och därför uppfattas av många som för komplicerad. Information kan ofta utformas på en nivå liknande språket i sjätte klass, gärna med bilder och ändå vara fullständig. Detta föredrogs av alla i studien och inte bara av patienter med bristande förmåga att ta till sig avancerad text (ibid). Av vikt kan därför vara att den information som kvinnorna tillhandahåller i samband med mammografiscreening ses över med kritiska ögon både vad gäller innehåll och tydlighet så att alla kvinnor kan ta till sig den och eventuellt därmed inte behöva överskatta sin oro över att drabbas av bröstcancer. Enligt Cullberg (2003) ska den information som ges vara anpassad till individens resurser och måste utgå från hennes förkunskaper och förmåga att tillgodogöra sig

given information. Detta bör innebära höga krav på röntgensjuksköterskans förmåga till lyhördhet.

Konklusion

Sammanfattningsvis har denna studie visat att kvinnor med familjehistorik, som tidigare blivit återkallade, som har eller ska genomgå en biopsi och som endast har grundskoleutbildning kan ha hög oro och ångest. Röntgensjuksköterskan bör därför vara medveten om dessa faktorer och utifrån journaler och samtal uppmärksamma att dessa kvinnor kan vara i stort behov av stöd. Ett respektfullt bemötande i samband med mammografiscreening och mammografi i den vidare utredningen är också av vikt för att minska oron och ångesten hos dessa kvinnor då många egentligen endast genomgår en vidare utredning för att utesluta malignitet.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetet utfördes tillsammans med någon annan i början. Både författarna har deltagit under hela processen. Därefter hoppade av en av författarna från utbildningen. All text är gemensamt framtagen förutom kompletteringar av resultat och diskussion och små justeringar i andra delar av arbetet.

Referenser

AETMIS. (2006). Screening Mammography: A Reassessment. Report prepared by Wilber Deck with the contribution of Ritsuko Kakuma, (AETMIS 05-03), 12-77 p.
<http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/home.phtml>

*Absetz, P., Aro, A., & Sutton, S. R. (2003). Experience with Breast Cancer, Pre-Screening Perceived Susceptibility And The Psychological Impact Of Screening. *Psycho-Oncology*, 12, 305–318.

*Afleck, I. R., Cordiner, C. M., Gilbert, F. J., Hood, D.B., Mathieson, D., & Walker, L. G. (1998). Breast Screening: the Psychological Sequelae of False-Positive Recall in Women with and without a Family History of Breast Cancer. *European Journal of Cancer*, 34:13, 2010-2014.

*Allen, J. D., Barton, M. B., Emmons, K. M., Fletcher, S. W., Kleinman, K. P., Moore, S., & Morley, D. S. (2004). Decreasing Women's Anxieties After Abnormal Mammograms: A Controlled Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 7.

Almås, H. (2006). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

Andersson, B.T., Fridlund, B., Elgán, C., Axelsson, Å.B. (2008). Encounters between female patients and radiographers in the course of recurrent radiographic examinations – A qualitative study. *Scand J Caring Sciences*, 22, 1-10.

Antoniou, A., Eyfjord, J.E., Hopper, J-L., Narod, S., Pharoah, P-D., & Risch, H-A. (2003). Average Risks of Breast and Ovarian Cancer Associated with BRCA1 or BRCA2 Mutations Detected in Case Series Unselected for Family History: A Combined Analysis of 22 Studies. *American Journal of Human Genetics*, 72(5) 11;17-1130.

*Armeliu, K., Lenner, P., Nordahl, G., Olsson, P., & Westman, G. (1999). Women with false positive screening mammograms: how do they cope? *Journal of Medical Screening*, 6, 89–93.

*Aro, A. R., Pilvikki Absetz, S., Van der Kamp, L. J., Van der Ploeg, E., & van Elderen, T. M. (2000). False-positive findings in mammography screening induces short-Term distress breastcancer-specific concern prevails longer. *European Journal of Cancer*, 36, 1089-1097.

*August, L., Cornaz, C., Ingrama, J., Jakubovits, G., Lebel, S., Lisbona, A., Loiselle, C., Rosberger, S., & Seguina, C. (2003). Waiting for a breast biopsy Psychosocial consequences and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 437–443.

Austoker, J., Bankhead, C. Brett, J., Watson, E., & Henderson, B. (2005). The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 14, 917–938

*Austoker, J., & Brett, J. (2001). Women who are recalled for further investigation for breast screening: psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. *Journal of public Health Medicine*, 23;4, 292-300.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

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

*Bergh, J., Lampic, C., Sjödén, P-O., & Thurfjell, E. (2000). Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breastcancer screening. *European Journal of Cancer*, 37, 463-469.

*Bishop, C., Fisher, E. B., Merbaum, M., Monsees, B., & Ristvedt, S. (2004). Coping and Anxiety in Women Recalled for Additional Diagnostic Procedures Following an Abnormal Screening Mammogram. *Health Psychology*, 23; 1, 42–48.

Bontrager K.L. & Lampignano J.P. (2010). *Radiographic positioning and related anatomy*. (7th ed.). St. Luis: Mosby.

Castells, X., Comas, M., Macia, F., Molins, E., Murta-Nascimento, C., Rodriguez-Blanco, T., Roma, R., & Sala, M. (2009). Effect of participation on the cumulative risk of false-positive recall in a breast cancer screening programme. *Public Health* 123, 635–637.

Claus, E-B., Risch, N., & Thompson, W-D. (1994) Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer. implications for risk prediction. *Cancer*, 73(3) ;643-651.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.

Daley, J., Ehrlich, R., & McCloskey, E. (1999). *Patient care in radiography with an introduction to medical imaging*. St. Louis: Mosby.

Doumit, M.A.A., El Saghir, N., Abu-Saad Huijjer, H., Kelley, J.H., & Nassar, N. (2010) Living with breast cancer: a lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 42-48.

*Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., & Paccaud, F. (2001). Anxiety in a cohort of Swiss women participating in a mammographic screening programme. *Journal of Medical Screening*, 8, 213–219.

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Ericsson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

*Esserman, L. J., Haas, J., Kaplan, C., & McMillian, A. (2001). Does Timely Assessment Affect the Anxiety Associated with an Abnormal Mammogram Result? *Journal of Womens' health & gender-based medicine*, 10, 6-10.

Friberg, F. (2006b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 71-82). Lund: Studentlitteratur AB.

Fossum, B. (2007) *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Studentlitteratur: Lund.

Gilbert, F J., Cordiner, C.M., Affleck, I.R., Hood, D.B., Mathieson, D.& Walker, L.G. (1998). Breast screening: the psychological sequelae of false-positive recall in women with or without family history of breast cancer. *European Journal of cancer* 34; 2010-2014.

Gøtzsche, P.C., & Nielsen, M. (2009). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 23-70.

Helsingforsdeklarationen (2008). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tillgänglig: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [2011-02-26].

Holmberg, L. (2005). Bröstsjukdomar. In B. Jeppson, P. Naredi, H-I. Peterson & B. Risberg. (Eds), *Kirurgi* (pp.193-209). Lund: Studentlitteratur.

*Jatoi, I., Lawrence, W., Shah, M., & Zhu, K. (2006). Psychological distress in U.S.Women who have experienced false-positive mammograms. *Breast Cancer Research & Treatment*, 100, 191–200.

Järhult, J (2002) *Kirurgiboken*. Stockholm: Liber

Järhult, J., & Offenbartl, K, (2005) *Kirurgiboken*. Tredje upplagan Stockholm: Liber AB.

Jönsson, P-E (2004) *Bröstcancer*. Södertälje: AstraZenca AB.

Keenan, J., & Safeer, R. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, 72, 463-468.

*Lidbrink, E., Elfving, J., Frisell, J., & Jonsson, E. (1996). Neglected aspects of false positive findings of mammography in breast cancer screening: analysis of false positive cases from Stockholm trial. *British Medical Journal*, 312; 273-312

*Lindfors, K., O'Connor, J., & Parker, R, A. (2001). False-Positive Screening Mammograms: Effect of Immediate versus Later Work-up on Patient Stress. *Radiology*, 218, 247–253.

Lobchuk, M., & Martin, W. (2003). Breast Cancer Risk Perception and Surveillance: An Integrative Review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10: 2-10.

Lynge, E. (1998). *Mammography screening for breast cancer in Copenhagen April 1991-March 1997. Mammography Screening Evaluation Group*. *APMIS-Suppl* 83:1-44.

Poulos, A., & Llewellyn, G. (2005). Mammography discomfort: A holistic perspective derived from women's experiences. *Radiography*, 11(1), 17-25.

Polit, DF. & Beck, CT. (Eds). (2006) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Region Skåne. (2009). *1177: Råd och vård dygnet runt/Cancer Bröstcancer*. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.1177.se/Skane/Tema/Cancer/Cancerformer-och-fakta/Cancerformer/Brostcancer/> [2011-06-21]

Rydén, S (red). (1996). *Bröstcancer*. Laholm: AB Ruter Press.

SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för bröstcancersjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOSFS 1997:27. *Socialstyrelsens allmänna råd om hälsoundersökningar med mammografi*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS-rapport 1998:17. *Hälsoundersökningar med mammografi*. Stockholm: Socialstyrelsen-

Stukan, S. (2005). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

Styrgruppen för nationella bröstcancerregistret. (2008). *Bröstcancer Nationell rapport diagnosår 2008*. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.roc.se/brostca/rapport/nat_rapport_brost_08.pdf [2011-06-21]

Svärd, D. (2007). *Populärversion av Nationella riktlinjer för bröstcancer [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen

Titus-Ernstoff L, Troisi R, Hatch EE *et al.* (2006). Mortality in women given diethylstilbestrol during pregnancy. *Br J Cancer*, 95:107–111. [doi:10.1038/sj.bjc.6603221](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603221) PMID:16786044

Travelbee, J. (2001). *Mellommennskelige forhold i sykepleie* (2:a uppl.). Oslo: Gyldendal.

Van Goetem, M., Mortelmans, D., Bruyninckx, E., Verslegers, I., Biltjes, I., Van Hove, E., & De Schepper, A. (2002). Influence of the radiographer on the pain felt during mammography. *European Radiology*, 13, 2384-2389.

Willman, A., & Stoltz P & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Zackrisson, S. (2006) *Breast cancer screening in an urban Swedish population. Aspects of non-attendance, interval cancers and over-diagnosis*. Lund: Faculty of Medicine, Lund University.

Yasunaga, H., Ide, H., Imamura, T. & Ohe, K. (2007). Women's anxieties caused by false positives in mammography screening: a contingent valuation survey. *Breast Cancer Research and Treatment*, 101, 59-64.

Matris

Bilaga 1 (2)

	Författare, År Land, Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Bedömning Kvalitet (M=medel)
1	Absetz et al.. Experience with Breast Cancer, Pre-Screening Perceived Susceptibility And The Psychological Impact Of Screening. <i>Psycho-Oncology</i> , 12, 305–318. (2003, Finland).	Att undersöka huruvida kvinnors erfarenhet samt självskattade utsatthet påverkar mammografi screenings psykologiska konsekvenser	Prospektiv studie Post enkäter 1 månad innan screening 2 samt 12 månader efter screening. Psykologiska konsekvenser mättes som anxiety (STAI-S), depression (BDI), hälsorelaterade bekymmer (IAS), bröstcancer specifika tankar och bekymmer.	(N = 1050 (60) (211)	Kvinnor med tidigare erfarenhet av bröstcancer upplevde sig som mer utsatta före och efter screening oavsett resultat. Kvinnor vars svar krävde vidare mammografisk utrednings reagerade starkast med ökat risktänkande, självundersökningar samt. ARBETA MERA.	M
2	Afleck et al. Breast Screening: the Psychological Sequelae of False-Positive Recall in Women with and without a Family History of Breast Cancer. (1998, Storbritannien).	Att undersöka hur återkallande till vidare utredning efter mammografiscreening påverkar kvinnors upplevelse av oro och ångest samt om familjeerfarenhet av bröstcancer inverkar på denna.	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) användes och ifylldes Frågeformulär innan screeningen, vid återbesök samt 5 veckor och 4 månader efter detta tillsammans med Health Questionnaire (HQ) controlled trial.	N=122 kvinnor 35 kvinnor med familiär historik och 87 kvinnor utan familiär historik.	Kvinnor med familjehistorik av bröst cancer hade lägre mätvärden för depression och angav färre påfrestningsrelaterade beteende förändringar veckan innan screeningtillfället. När kvinnorna återkallades för vidare utredning var oro signifikant eller på gränsen hos alla deltagarna. Men oron var relativt snabbt övergående och 5 veckor efter screening hade nivåerna återgått till det normala, kvinnor med familjehistorik var 4 månader efter screening oroligare än kvinnor utan sådan men även deras värden hade återgått till normala förhållanden.	M

3	Allen et al. Decreasing Women's Anxieties After Abnormal Mammograms: A Controlled Trial. (2004, U.S.A).	Att studera om interventioner kan minska kvinnors oro efter återkallande till vidare utredning efter mammografiscreening-utredning.	Jämföra effekten av omedelbar tolkning av mammogram (radiologisk intervention) och/eller insats för att utbilda kvinnor om coping tekniker samt en grupp med normal resultat. (Intervjustudie)	(n = 8543) 6801 (80%) hade normal mammografi . 1742 (20%) hade normal mammografi senare klassificerade som falsk positive.	Kvinnor återkallade till vidare utredning efter mammografi-screening hade högre mätvärden för oro än kvinnor med vanliga mammogram. The follow-up included additional mammographic views (64%), 6-month follow-up mammograms (14%), ultrasound (13%), and aspiration or biopsy (9%).	M
4	Armelius et al. Women with false positive screening mammograms: how do they cope? (1999, Sweden).	Att undersöka hur återkallande till vidare utredning efter mammografiscreening påverkar kvinnorna under en längre tidsperiod samt försöka finna faktorer som visar på behov av tidig support.	Prospektiv studie 252 återkallade kvinnor frågeformulär inom en vecka efter utredningsresultat samt vid uppföljning sex månader senare. Psychological Consequences Questionnaire (PCQ), basic sociodemographic data. Främsta mätvärde PCQ efter sex månader.	(n= 1104) 89,4 % (987)	Femton procent av kvinnor som återkallades till vidare utredning efter mammografiscreening hade fortfarande förhöjda värden av oro sex månader efter screeningtillfället, lågutbildade kvinnor boende i befolkningstäta områden löpte ökad risk.	M
5	Aro et al. False-positive findings in mammography screening induces short-Term distress breastcancer-specific concern prevails longer. (2000, Finland).	Att undersöka psykologisk påfrestning vid en förstagångs mammografisk screening utredning och konsekvenser utifrån kvinnornas bakgrund, personlighet och psykisk påfrestning innan screening tillfället.	Kvinnor som genomgick sin första mammografiska screening och då även återkallades för vidare utredning. Psykisk påfrestning uppmättes såsom sjukdomsoro, oro, depression, åsikter om cancer samt beteende vid tidig upptäckt. Mätvärden insamlades en månad innan screening samt 2 och 12 månader efter screening.	normal (n=1407) false-positive (n=492) 98,7 % av de falsk-positiva kvinnorna återkom till en andra screening omgång.	Två månader efter screeningtillfället existerade moderat psykisk påfrestning, påträngande tankar samt oro för bröstcancer hos kvinnor som återkallades till vidare utredning efter mammografiscreening. 12 månader senare existerade fortfarande påträngande tankar samt en känsla av utsatthet för bröstcancer.	M

6	Austoker et al. Women who are recalled for further investigation for breast screening: psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. (2001, UK).	Studien undersöker hur ett tidigare återkallande till vidare utredning efter mammografiscreening påverkar kvinnors psykiska status 35 månader senare strax innan nästa screeningtillfälle samt söker finna faktorer som påverkar status och deltagarbortfall.	Postenkät 35 månader efter screening	(n=387)	För kvinnor som genomgått kirurgisk biopsi (FNA) är de negativa psykologiska konsekvenserna större under den första månaden innan deras nästa screeningmammografi, än kvinnor som fått ett tydligt resultat efter första mammografi på sin sista bröstscreening.	M
7	Bishop et al. Coping and Anxiety in Women Recalled for Additional Diagnostic Procedures Following an Abnormal Screening. (2004, U.S.A).	Att utreda nivåer av oro och ångest hos kvinnor som återkallas till vidare utredning efter mammografiscreening. Nivåer mäts under utredning och tiden efter utredningen ägt rum.	Oro uppmättes dagen efter screeningtillfället, efter besked om återkallande till vidare utredning efter mammografiscreening samt vid besked om resultat på denna. (Enkät)	(n=98)	Kvinnorna rapporterade signifikant högre nivåer av oro efter besked om vidare utredning, användandet av kognitiv undvikande coping verkar vara kopplat till minskade nivåer av oro under utredningens gång.	M
8	Dubois-Arber et al. Anxiety in a cohort of Swiss women participating in a mammographic screening programme. (2001, Switzerland).	Utreda oro bland kvinnor som genomgår mammografisk screening.	Oro relaterad till mammografi screening uppmättes med psychological consequences questionnaire (PCQ) samt breast cancer anxiety indicator (BCA). Enkäterna ifylldes vid screening tillfället, innan utredningsresultat delgavs samt 2 och 8 veckor efter resultatet.	(n=924)	Låga nivåer av oro hos kvinnor som ej genomgick vidare utredning. Oron vid screeningtillfället visade sig vara en god indikator även för fortsatta nivåer vid undersökningens mätillfällen. Kvinnorna som återkallades till vidare utredning efter mammografiscreening hade förhöjda nivåer av oro.	M

9	Esserman et al. Does Timely Assessment Affect the Anxiety Associated with an Abnormal Mammogram Result? (2001, U.S.A).	Att utreda hur väntetiden mellan screeningtillfället och den första diagnostiska undersökningen påverkar upplevelsen av oro hos kvinnor som genomgår vidare mammografisk utredning.	Telefonintervju undersökning av 449 kvinnor vid tidpunkterna 2 samt 8 månader efter en vidare mammografisk utredning.	(n=449)	26% av kvinnorna var mycket oroliga 2 månader efter utredningen och 22% hade kvarvarande oro 8 månader efter utredning.	M
10	Jatoi et al. Psychological distress in U.S. Women who have experienced false-positive mammograms. (2006, U.S.A).	Att utreda hur återkallande till vidare utredning efter mammografiscreening påverkar deltagande kvinnor psykiskt	Data analyserades ur 2000 U.S. National Health Interview Survey (NHIS), en nationell enkätundersökning som inkluderade cancerfrågor. Psykisk påfrestning uppmättes med validerad K6 enkät .	(n=9755)	Kvinnor som tidigare återkallats till vidare utredning efter mammografiscreening uppvisade tecken på ökad psykisk påfrestning med teckens på oro eller depressiva symtom och antalet som hade uppsökt psykisk vård det senaste året var fler.	M
11	Bergh, J., Lampic, C., Sjödén, P.-O., & Thurfjell, E. Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breastcancer screening. (2000, Sverige).	Att utreda hur återkallande till vidare utredning efter mammografiscreenings påverkade kvinnorna psykiskt.	En grupp kvinnor återkallades till vidare utredning efter mammografiscreening jämfördes med en kontrollgrupp bestående av kvinnor som endast genomgick screening. Oro och ångest uppmättes med HADS.	normal (n=509) false-positive (n=285)	46% av de kvinnor som återkallades till vidare utredning efter mammografiscreening angav signifikant klinisk oro eller nära på i samband med återbesöket. Några dagar efter återbesöket hade mätvärden för oro och depression signifikant minskat hos deltagare som återkallades till vidare utredning efter mammografiscreening, kvinnor som genomgick kirurgisk biopsi låg dock fortfarande kvar på relativt höga mätvärden.	M

12	Lindfors, K., O'Connor, J., & Parker, R, A False-Positive Screening Mammograms: Effect of Immediate versus Later Work-up on Patient Stress. (2001, U.S.A).	Att utreda oro och ångest hos kvinnor som återkallades till vidare utredning efter mammografiscreening.	Retrospektiv studie Enkäter skickades ut till kvinnor som återkallats till vidare utredning efter mammografiscreening. Två grupper skapades, kvinnor som återkallats samt kvinnor som genomgått på platsen utredning. Enkäten innehöll frågor som relaterade till oro och ångest under screening och utredning samt kontakt med vården och brösthälsa.	(n=100)	Gruppen kvinnor som återkallades för sin utredning rapporterade signifikant mer stress, sett till alla deltagande utmärkte sig kvinnor under 50 års ålder med en familjehistorik som särskilt utsatta för psykisk påfrestning.	M
13	August et al. Waiting for a breast biopsy Psychosocial consequences and coping strategies. (2003, Canada).	Finns det grupper av kvinnor särskilt utsatta för psykisk påfrestning i väntan på en utredande biopsi efter att en mammografisk screening visat på suspekt förändring.	Kvinnorna intervjuades vid två tidpunkter. När de medelats om att en biopsi är nödvändig och de placerats på väntelista, samt just innan biopsitillfället ungefär sex veckor senare. Studien är både kvalitativ och kvantitativ.	(n =25)	Undersökningen visade på höga nivåer av psykisk påfrestning bland deltagarna. Användandet av kognitiv undvikande coping, yrkesverksamhet, att ha genomgått tidigare biopsier samt familje historik av bröstcancer var kopplade till ökade nivåer av påfrestning. Mer än hälften av deltagarna överskattade cancerrisken bland deltagare i biopsi utredning och detta sammanföll med den ökade psykiska påfrestningen.	M