



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelser i samband med mammografiscreening

Författare: Floriana Vlashi och Jana Hernandez

Handledare: Bodil T Andersson

Kandidatuppsats

Hösten 2018

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Årligen diagnostiseras över 6900 personer i bröstcancer och utgör den vanligast förekommande dödsorsaken hos kvinnor. Möjligheten att upptäcka sjukdomen i ett tidigt skede har ökat i Sverige då kvinnor i åldrarna 40-74 erbjuds hälsokontroller med mammografiscreening.

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser av mammografiscreening.

Metod: En litteraturstudie genomfördes där 11 vetenskapliga artiklar inkluderades. Data analysen genomfördes med integrerad analys.

Resultat: Data analysen resulterade i tre kategorier och åtta subkategorier: Majoriteten av artiklarna visade att interaktion och kommunikation var en betydelsefull faktor för kvinnornas upplevelse, förutom oro för resultatet samt obehag vid kompression.

Slutsats och klinisk implikation: Interaktionen är en betydande faktor när det gäller upplevelser av mammografiscreening. Röntgensjuksköterskan har ansvar för och bidrar till att kvinnor får en positiv upplevelse av mammografi.

Nyckelord

mammografiscreening, kvinna, hälsokontroll, upplevelse, röntgensjuksköterska, etik

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common death cause among women, more than 6900 women are diagnosed every year. The opportunity to discover the disease in an early stage has increased due to all women in Sweden are offered health checks with mammography screening.

The aim of this study was to examine women's experiences of mammography screening.

Method: The study was conducted as a literature study with integrated data analysis. Eleven scientific articles were included and compiled into different categories and subcategories.

Result: The analysis resulted in three categories and eight subcategories. The majority of the articles show that the communication between the radiographer and the women was an important factor as well as fear of the result and discomfort during the compression.

Conclusion: The interaction is an important factor related to experiences of mammography screening. The radiographer holds a big responsibility to form a positive experience from an examination.

Keywords

mammography screening, woman, health control, radiographer, ethics, experience

Innehållsförteckning

Abstrakt	1
Abstract	2
Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Perspektiv och utgångspunkter	2
Kvinnan	4
Bröstcancer	5
Mammografi	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Data analys	10
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Interaktion mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan	12
Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan	12
Kvinnans bevarande av integritet	12
Kvinnans upplevelse av psykisk smärta	13
Omgivningens påverkan på kvinnan	14
Väntan på resultat	14
Rädsla för besked	15
Kvinnans upplevelse av fysisk smärta	15
Smärta och genomförande av mammografi	15
Fysisk smärta och återbesök	16
Fysisk smärta och information	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	20
Slutsats och kliniska implikationer	25
Författarnas arbetsfördelning	26
Referenser	27

Introduktion

Problemområde

Bröstcancer är den vanligast förekommande dödsorsaken bland kvinnor mellan åldrarna 20-59 världen över (WHO, 2013). Diagnostisering av bröstcancer utförs vanligtvis med mammografi och i Sverige erbjuds alla kvinnor i åldrarna 40-74 år hälsokontroll med mammografiscreening. Möjligheten att upptäcka sjukdomen har därmed ökat (Socialstyrelsen, 2013) vilket i förlängningen innebär att kvinnorna kan påbörja eventuell behandling i ett tidigt skede (Sterlingova & Lunden, 2017).

Studier har visat att kvinnor är oroliga inför undersökningen samt att de upplever smärta och obehag vid utförandet. På grund av att många oroar sig, avstår ett flertal kvinnor från att genomföra mammografiscreening av bröst (Drossaert, Boer, & Seydel, 2002). Utöver smärta kan kvinnor även uppleva psykisk stress (Hafslund, 2000). Med detta i åtanke är det av intresse att beskriva hur kvinnor upplever hälsokontroll med mammografiscreening. Ökad kunskap om kvinnors upplevelser i samband med mammografiscreening kan bidra till fördjupad förståelse för vad som orsakar problemen, vilket i sin tur kan ge möjlighet för röntgensjuksköterskan att lindra eller motverka sådana eventuella svårigheter.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

En röntgenavdelning präglas av hög teknologi och avancerad utrustning medan röntgensjuksköterskan har en humanistisk grundsyn med fokus på patienten. Professionen innefattar således både patientkontakt och handhavande av teknisk utrustning, vilka integreras med varandra (Vårdförbundet, 2008). I kompetensbeskrivningen för legitimerade röntgensjuksköterskor (Svensk förening för röntgensjuksköterskor [SFR], 2011) framgår vilka krav som ställs på kunskap och kompetens hos en röntgensjuksköterska för att kunna bemöta patienter i samband med undersökningar och behandlingar. Röntgensjuksköterskan har

således ansvar för patientens välbefinnande och ställs därmed inför olika etiska utmaningar i sitt arbete.

Vid undersökningar och behandlingar är det röntgensjuksköterskans ansvar att underlätta undersökningen för patienten. Genom att tillämpa de yrkesetiska koderna (2008) som en vägledning klarar röntgensjuksköterskor av vardagssituationer som de ställs inför dagligen (Vårdförbundet, 2008). Vid mammografiscreening gäller detta i synnerhet obehag och smärta som kan förekomma.

Kommunikation har visat sig vara betydelsefullt i ett möte mellan en person och röntgensjuksköterskan (Kirkevold, 2000). För att kunna hjälpa någon behövs förståelse för vilken påverkan den ömsesidiga interaktionen kan ha. Patienten, i detta sammanhang kvinnan, kan vanligtvis inte avgöra röntgenpersonalens skicklighet beträffande den tekniska delen av undersökningen, däremot är de observanta gällande röntgensjuksköterskans förhållningssätt, vilket är avgörande för upplevelsen av god vård (Rosenkrantz & Pysarenko, 2017). En vårdrelation kan upplevas antingen positiv eller negativ och är beroende av kompositionen av egenskaper hos vårdpersonalen (Björck & Sandman, 2007). En negativ upplevelse kan få konsekvenser som kan skada framtida vårdrelationer (Kirkevold, 2000) och innebära att patienten inte kommer tillbaka för fler röntgenundersökningar (Sterlingova & Lunden, 2017).

Omvårdnadsteoretikern Sigrídur Halldórsdóttir (2007) symboliserar vårdrelationens asymmetri som antingen en bro eller en vägg. Bron beskrivs som en metafor för den samhörighet som upplevs när människan bemöts med omtänksamhet och tillåts ha egenmakt. Bron framställs som en process i fem olika faser där den första handlar om professionell anknytning, den andra om ömsesidig bekräftelse och den tredje när patienten upplever anknytning, trygghet och bekräftelse, därmed skapande av bron. Den fjärde handlar om *professionell intimitet*, när patienten har fått förtroende för sjuksköterskan och känner sig fri att lämna detaljer om sig själv. Slutligen den femte och sista fasen är när *sammankomst av vård* uppnås, gemensamma mål sker i ett samspel mellan de två parterna.

Väggen illustreras när sjuksköterskan är ineffektiv eller likgiltig i omsorgsgivande och patienten får en känsla av frånvaro i kommunikation och anknytning. Halldórsdóttir (2007) beskriver att denna vägg har olika dimensioner och är beroende av sjuksköterskans grad av

negativt handlingssätt. Väggens variabler beskrivs i steg där det första är ointresse, det andra är okänslighet och kyla och det tredje omänsklighet.

Kvinnan

Svenska hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ger riktlinjer och synliggör skyldigheter för all hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige (SFS2017:30). Denna lag är en ramlag som föreskriver att sjukvård ska ”[...] ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” samt ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” (SFS2017:30). En annan lag är Patientlagen och den är utformad för att ”stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet” (SFS 2014:821). I kapitel 5 belyses delaktighet, där samråd och patientfokus ingår. Detta innebär att det måste finnas ett intresse från hälso- och sjukvården att bistå relevanta åtgärder utifrån patientens behov.

Undersökningen utförs med avklädd överkropp och för att möjliggöra en korrekt avbildning av bröstet, behöver röntgensjuksköterskan positionera kvinnan. Detta inbegriper även beröring av kvinnans överkropp och bröst, något som kan försätta kvinnan i en obekväm situation (Sterlingova & Lundén, 2017). För kvinnan kan det innebära att röntgensjuksköterskan överskrider gränsen för hennes livsrum. Sandman och Kjellström (2013) beskriver detta livsrum som ett livsrumsjag, ett territorium som tillhör den egna kroppen och i förlängningen individens integritet. Livsrummet är både individuellt och kulturbetingat och inskränks detta kan det medföra oönskade reaktioner hos kvinnan.

Mammografiscreening vänder sig främst till friska kvinnor och är inte att betraktas som patienter där autonomin hos kvinnan kan ses som absolut. Inom etik är autonomi ett mångfacetterat begrepp med humanistisk människosyn som grund. Människan, som har ett egenvärde, ses som fri och självbestämmande, vilket i vårdssammanhang innebär delaktighet och beslutsfattande i den egna vården. Detta förenas dock av i vilken grad patienten tillåts vara autonom och därför är autonomi bunden av andra människors handlingsmönster (Arlebrink, 2013).

Arlebrink (2013) beskriver människan som okränkbar, dess kropp och världssyn har ett egenvärde, vilken måste beaktas med respekt. Inom sjukvården finns det risk för att människans integritet kränks och likt autonomi, är den därför beroende av sjukvårdspersonalens handlande (Arlebrink, 2013). Bemötandet och den moral som förmedlas i mötet med den andre bygger således på den egna människosynen. Sjukvårdspersonal synliggör därför respekten för patientens autonomi genom bemötandet. Å andra sidan belyser Arlebrink (2013) att omständigheter i vården kan hindra personalens människosyn att träda fram. Stressfaktorer är en sådan och kan ge upphov till ett dåligt bemötande (Arlebrink, 2013).

Bröstcancer

Årligen diagnostiseras ca 9000 kvinnor för bröstcancer i Sverige och det är en vanligt förekommande cancerform hos kvinnor i medelåldern (Socialstyrelsen, 2013). Risken att drabbas ökar med stigande ålder, där kvinnor i medelåldern utgör en stor andel (Vitak & Svane, 2008). Det finns även en risk för män att drabbas, dock är det ytterst sällan att män insjuknar i bröstcancer (Socialstyrelsen, 2014). Vidare finns olika hälsofaktorer som har en inverkan på risken att drabbas av bröstcancer. Exempel på riskfaktorer inkluderar bland annat rökning och intag av p-piller. Ytterligare orsaker är bland annat övervikt, högt alkoholintag och hereditet (Ericson & Ericson, 2012).

Cancertumörer delas in i två kategorier; in situ samt invasiva. In situ tumör hittas innanför körtelgångarnas basalmembran. Denna form av cancer kan ej bilda metastaser. Invasiva cancertumörer har trängt sig igenom basalmembranen samt fett- och stödjevävnad. Denna cancerform kan metastasera till annan vävnad (Vitak & Svane, 2008).

Förutom mammografi, diagnostiseras bröstcancer med ultraljud och punktion. Förändringarna som hittas utreds med så kallad trippeldiagnostik. Läkaren undersöker och palperar bröstet först. Andra steget omfattar undersökningen av bröstet med mammografi och vid sista steget tas vävnadsprov, biopsi (Bergh et al., 2007). Vid diagnostiserad bröstcancer används främst kirurgi som behandling. Strålbehandling och läkemedelsbehandling kan också vara aktuell beroende på tumörväxt samt storlek (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt Brennan och Houssami (2016) ger de mammografiska undersökningarna upphov till att fler kvinnor överlever cancer då cancertumörerna upptäcks i ett tidigare utvecklingskede. Detta har därmed bevisats vara en faktor i frågan om att allt fler botas från bröstcancer. Vidare skriver författarna att en tidig upptäckt av cancer leder till en förbättrad livskvalitet på grund av den mindre aggressiva behandlingen. I många fall behövs inte hela bröstet avlägsnas utan bara de cancerdrabbade delarna, vilket även gör behandlingen samt återhämtning efter operationen måttligare.

Mammografi

Mammografi är en radiologisk undersökning med ett centralt värde vid diagnostik av både maligna och benigna tillstånd i bröstvävnad (Vitak & Svane, 2008). En mammografiundersökning kräver vanligtvis tre projektioner av vardera bröst, med möjlighet till ytterligare projektioner. Bildtagning sker med en modalitet som är specifikt anpassad för att olika strukturer i bröstet ska kunna avbildas. Undersökningen utförs genom att bröstet positioneras, fixeras och komprimeras. Komprimeringen bidrar till minskad spridd strålning samt rörelseoskärpa och ger en mer detaljerad bild som gör det lättare att identifiera avvikelser. Vidare erhålls hög kontrast i bilden vilket är betydelsefullt för diagnostiken (Vitak & Svane, 2008).

Mammografiscreening är en rutinmässig hälsokontroll av bröst med syfte att kvinnor som befinner sig inom riskgruppen för bröstcancer upptäcks i ett tidigt skede (Vitak & Svane, 2008). Enligt Socialstyrelsen (2013) bör kvinnor i åldern 40 till 74 erbjudas regelbunden mammografiscreening var 18 till 24:e månad. Vidare menar Socialstyrelsen (2013) att underlag till denna rekommendation är att regelbundna undersökningar sänker dödligheten i bröstcancer med 16 till 25 %.

I en studie av Doyle och Stanton (2002) ansåg 90% av kvinnorna att upplevelsen av första besöket var avgörande för huruvida de kunde tänka sig att göra ett återbesök. Således kan det ses ett behov att undersöka hur kvinnor upplever sin hälsokontroll av bröst.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser i samband med mammografiscreening.

Metod

Denna studie genomfördes som en litteraturstudie med fokus på kvinnor och deras upplevelser av mammografiscreening. En litteraturstudie innebär en sammanställning av tidigare forskning inom ett specifikt ämne (Friberg, 2012; Kristensson, 2014). Studien utfördes genom att samla in kunskap från olika vetenskapliga artiklar för att ge en större förståelse inom ett specifikt område utifrån olika perspektiv (Whittemore & Knafl, 2005).

Urval

För att avgränsa litteratursökningen användes inklusionskriterier. Detta innebär att författarna valt ut kriterier som överensstämmer med studiens syfte. Den begränsning som har gjorts i studien är att endast kvinnor inkluderades samt deras upplevelser i samband med mammografiscreening. I inklusionskriterierna ingick artiklar skrivna på engelska eller svenska och begränsades till artiklar publicerade mellan åren 2000 – 2018 eftersom författarna önskade ett brett urval av artiklar inom ämnet. Vetenskapliga artiklar valdes både utifrån kvalitativ och kvantitativ ansats. I exklusionskriterierna ingick kliniska mammografiundersökningar eftersom dessa inte ingår i screening samt reviewartiklar.

Datainsamling

Databaser som användes för datainsamling var PubMed och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Enligt Kristensson (2014) täcker databasen CINAHL främst hälso- och vårdvetenskap medan PubMed är en medicinsk referensdatabas (Kristensson, 2014). För att söka artiklar relevanta till studiens syfte och inklusions- samt

exklusionskriterier användes följande sökord: “mammography”, “screening”, “ experience”, “satisfaction”, “mammography screening”, “patients experience” och “patients perspective”. Dessa sökord är Medical Subject Headings (MeSH). Kristensson (2014) beskriver MeSH-termer som specifika beteckningar som underlättar sökningar. För att ytterligare begränsa sökningen användes booleska sökoperatörer, där sökorden kombinerades med AND för att få de mest relevanta vetenskapliga artiklarna (Tabell 1, Tabell 2).

Förutom artikelsökning i PubMed och CINAHL genomfördes så kallad *snowballing*. Snowballing innebär en manuell sökning av litteratur utifrån artiklars referenslistor (Kristensson, 2014; SBU 2010). Snowballing resulterade i att tre relevanta artiklar inkluderades i studien.

I det första steget av urvalet av vetenskapliga artiklar gjordes en första gallring av artiklar utifrån titlarnas (460) relevans till syftet. I steg två lästes artiklarnas abstrakt (94) igenom för att gallra bort artiklar som inte ansågs svara mot inklusionskriterier och exklusionskriterier. I steg tre lästes de utvalda artiklarna i fulltext och bedömdes igen utifrån syftet, exklusionskriterier och inklusionskriterier. De studier som valts ut att inkluderas i denna litteraturstudie har kvalitetsgranskats med fokus på vetenskaplighet enligt Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) utifrån mall för kvalitetsgranskning för kvalitativa och kvantitativa studier (SBU, 2017). Artiklar med hög eller medel evidensnivå har valts att ingå i litteraturstudien resultat.

Mallen för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier består utav fem olika områden med frågor och besvaras med fyra valmöjligheter ja, nej, oklart samt ej tillämpligt. Mallen för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier innehåller fem olika områden och bestod av olika frågor. Båda mallar har graderingen låg, medelhög och hög evidensnivå. Utifrån en sammanställning av svaren bedömdes de vetenskapliga artiklarnas kvalitet genom graderingen. I urval ett ingick totalt 12 artiklar varav sex artiklar hittades i CINAHL, tre artiklar hittades i PubMed och tre artiklar genom snowballing. I urval två valdes en artikel bort då den inte besvarade studiens syfte. Denna artikel hittades i PubMed med de kombinerade sökorden “mammography” AND “screening”. Studiens resultat omfattas av totalt 11 artiklar, *sex kvalitativa och fem kvantitativa vetenskapliga artiklar*.

För att få en tydlig överblick sammanställdes artiklarna i en matris utifrån författare, tidskrift, syfte, metod och resultat. De artiklar som ingick i arbetets resultat är markerade med asterisk (*) i referenslistan.

Tabell 1. Sökschema, CINAHL

	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade/Urval 1	Inkluderade i arbetet/Urval 2
#1	''mammography''	7702					
#2	''screening''	57092					
#3	''experience''	103839					
#4	''mammography screening''	4349					
#5	''patients experience''	48884					
#6	''patients perspective''	1934					
#7	#1 AND #2 AND #3	278	126	27	9	3	3
#8	#4 AND #5	140	95	18	4	1	1
#9	#4 AND #6	49	28	10	4	2	2

Tabell 2. Sökschema, PubMed

	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade/Urval 1	Inkluderade i arbetet/Urval 2
#1	''mammography''	18283					
#2	'screening''	1394647					
#3	''satisfaction''	87162					
#4	''mammography screening''	16371					
#5	''patients experience''	116833					
#6	''patients perspective''	14804					
#7	#1 AND #2	16371	82	8	2	1	
#8	#3 AND #4	178	40	14	4	2	2
#9	#4 AND #5	357	74	12			
#10	#4 AND #6	34	15	5	2		

Data analys

Som hjälp vid analysen, användes en matris för de utvalda artiklarna. Analys av de valda artiklarnas resultat genomfördes med integrerad analys, enligt Kristensson (2014). Integrerad analys innebär att utvalda artiklar lästes upprepade gånger för att verifiera deras innehåll och sammanhang. Vidare jämfördes artiklarna mot varandra. Likheter och skillnader i resultatet avseende kvinnors upplevelser identifierades. Artiklarna lästes upprepade gånger och deras resultat analyserade genom att skriva ner nyckelord på etiketter och lägga dessa på ett bord för att analysera de olika nyckelorden och därefter gruppera dem. Nyckelorden bildade mönster och kunde grupperas i olika kategorier och subkategorier. Därefter sammanställdes resultatet som svarade upp mot syftet (Kristensson, 2014). Analysen resulterade i totalt tre kategorier och sammanlagt åtta subkategorier.

Forskningsetiska avvägningar

Artiklarna som inkluderades i arbetet valdes utifrån att de hade forskningsetiska avvägningar enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). Helsingforsdeklarationen är en samling etiska principer som gäller vid humanforskning där senaste uppdateringen av deklarationen skedde i Brasilien, 2013. I denna nämns att det alltid är viktigt att deltagarnas rättigheter beaktas och ska därmed ges företräde. Detta har tagit hänsyn till valet av artiklar som inkluderades i arbetet (WMA, 2013). Författarna i denna uppsats har även tagit hänsyn till de regler och riktlinjer som avses vid forskning av människor utifrån CODEX (2018). I samtliga 11 artiklar har de medverkande kvinnorna informerats om studien samt själva valt att ingå i denna genom ett informerat samtycke. Forskarna i de utvalda artiklarna har tagit hänsyn till kvinnornas integritet i samband med datainsamlingen. Vidare har författarna i samtliga artiklar redogjort för att ekonomiska vinstintressen saknas. Forskningskravet nämner även att designen och utförandet av varje studie ska vara tydligt beskrivet, vilket författarna av litteraturstudien även tagit hänsyn till vid valet av artiklar (WMA, 2013)

Resultat

Resultatet grundar sig på 11 vetenskapliga artiklar, sex kvalitativa och fem kvantitativa. Analysen resulterade i tre kategorier och åtta subkategorier, *se tabell 3*.

Kategorierna benämns *Interaktion mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan*, *Kvinnans upplevelse av psykisk smärta* och *Kvinnans upplevelse av fysisk smärta*.

Tabell 3. Beskrivning av kategorier och subkategorier utifrån data analysen.

Kategori	Subkategori
Interaktion mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan	<i>Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan</i> <i>Kvinnans bevarande av integritet</i>
Kvinnans upplevelse av psykisk smärta	<i>Omgivningens påverkan på kvinnan</i> <i>Väntan på resultat</i> <i>Rädsla för besked</i>
Kvinnans upplevelse av fysisk smärta	<i>Genomförande av mammografi</i> <i>Fysisk smärta och återbesök</i> <i>Fysisk smärta och information</i>

Interaktion mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan

Fyra av 11 studier beskriver kvinnans upplevelser av interaktionen mellan kvinna och röntgensjuksköterskan under mammografiscreening undersökningen (Engelman, Cizik & Ellerbeck, 2005; Evans & Ozakinci 2016; Hamilton et al., 2003; Poulos & Llewellyn, 2005; Whelehan, Evans & Ozakinci 2016).

Kategorin *Interaktion mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan* indelades i två subkategorier, *Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan* och *Kvinnans bevarande av integritet*.

Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan

Intervjustudien av Poulos och Llewellyn (2005) visar att kvinnor upplever tvivel kring röntgensjuksköterskans kompetens. Studier av Whelehan et al. (2016) samt Hamilton et al. (2003) belyser att röntgensjuksköterskans förhållningssätt låg till grund för kvinnornas upplevelse av själva undersökningen. I en annan studie beskrivs att det var önskvärt att röntgensjuksköterskan besitter vänliga egenskaper eftersom det kan medföra att kvinnan känner sig trygg inför undersökningen (Engelman et al., 2005). Poulos och Llewellyn (2005) nyanserar egenskaperna ytterligare, där kvinnorna *önskade* att röntgensjuksköterskan uppvisar mogenhet och empati. Vidare ansåg kvinnorna att förmågan att lyssna in är den viktigaste egenskapen.

Kvinnans bevarande av integritet

I studien av Poulos och Llewellyn (2005) framgår meningsskiljaktigheter kring hur kvinnorna upplevde att deras integritet bevarades och värnades om i samband med beröringen av bröstet under proceduren. En kvinna beskrev proceduren likt vid hantering av ett stycke kött, något som upplevdes avpersonifierande. Avpersonifiering kunde också upplevas som något positivt eftersom det tog bort blyghetskänslan (Poulos & Llewellyn, 2005). I en intervjustudie av Whelehan et al. (2016) beskrivs kvinnornas avsaknad av kontroll över situationen när undersökningen utförs. En av kvinnorna berättar hur hon försöker hjälpa till vid

undersökningen men ombeds att låta bli, något som får henne att känna sig förlöjligad. Poulus och Llewellyn (2005) beskriver att mammografiundersökningen sker i ett passivt samarbete, där kvinnan följer proceduren. Enligt en deltagare skulle möjligheten till att själv kunna placera bröstet, innebära en bättre upplevelse vid undersökningstillfället.

Poulus och Llewellyn (2005) visar i sin intervjustudie att det uppkommer skillnader i hur deltagarna påverkas av avklädande som måste ske i samband med undersökningen. Trots att studien visar att avklädnad relateras till genans hos de flesta som deltog i studien, ansåg några kvinnor att de inte upplevde någon obekvämlighet (Poulus & Llewellyn, 2005). En av deltagarna i Whelehan et al. (2016) studie uttrycker upplevelsen av sårbarhet då hon undersöks med bar överkropp. Trots att undersökningen utförs av en kvinnlig röntgensjuksköterska, upplever kvinnorna sårbarhet i situationen. Vidare visar intervjuerna i studien av Whelehan et al. (2016) hur viktigt det är för kvinnorna att röntgensjuksköterskan ger dem plats åt egenkontroll under undersökningen.

Kvinnans upplevelse av psykisk smärta

Sju av 11 studier beskrev patienternas upplevelser av psykisk smärta i samband med mammografiscreening (Engelman et al., 2005; Hassoun et al., 2015; Poulus & Llewellyn, 2005; Shrestha & Poulus 2001; Solbjør, Skolbekken, Østerlie & Forsmo, 2015; Watson-Johnson et al., 2011)

Kategorin *Kvinnans upplevelse av psykisk smärta* indelades i tre subkategorier; *Omgivningens påverkan på kvinnan*, *Väntan på resultat* och *Rädsla för besked*.

Omgivningens påverkan på kvinnan

Tre studier visar att kvinnor som inte har en tidigare erfarenhet av mammografiundersökning, påverkas av omgivningen (Poulus & Llewellyn, 2005; Shrestha & Poulus 2001; Engelman et al., 2005).

Mer än hälften (67 %) av kvinnorna i studien av Shrestha och Poulus (2001) angav att den förväntade känslan av obehag grundades i berättelser från anhöriga och närstående och i rykten av tidigare upplevelser av mammografi. Engelman et al. (2005) beskriver i sin studie att negativa berättelser har en förmåga att framkalla rädsla inför en undersökning, tillika hade berättelserna medfört att kvinnor undviker boka sin första undersökning. Media har visat sig ha stor påverkan på kvinnors upplevelser av mammografiscreening. En intervjustudie av Poulus och Llewellyn (2005) belyser hur påverkan från media, exempelvis insändare och tecknade serier ger en avskräckande bild av mammografiutrustningen (Poulus & Llewellyn, 2005).

Väntan på resultat

Tiden efter undersökningen innebär att kvinnan behöver vänta på sitt resultat. Detta är en bidragande faktor till varför många kvinnor följaktligen utesluter att närvara i mammografiscreening (Hassoun et al., 2015; Engelman et al., 2005; Watson-Johnson et al., 2011).

I Engelman et al. (2005) studie beskriver deltagarna att undersökningen upplevs som en börda, där väntan på resultatet bidrar till en ökning av oro. Studien av Solbjør et al. (2015) visar att känslan av oro ökar när resultatet från mammografiscreening väl kommer med posten, brevet som ska öppnas och läsas. Studien beskriver att mottagande av resultat via post inte är optimalt. Ett muntligt besked på resultatet i anslutning till utförd undersökning skulle istället vara att föredra. En annan studie beskriver att så länge resultatet av undersökningen inte visade något avvikande så fanns det inga större krav på när mottagandet av resultatet skulle ske (Hamilton et al., 2003).

Rädsla för besked

Studier visar att kvinnor upplever rädsla inför besöket av mammografiscreening, där kvinnornas rädsla grundas i det kommande beskedet av resultat (Whelehan et al., 2016; Hassoun et al., 2015; Watson-Johnson et al., 2011). Studierna av Hassoun et al. (2015) och Watson-Johnson et al. (2011) beskriver att kvinnor upplever rädslan för bröstcancer, en faktor till att de inte genomgår undersökningen. En av deltagarna i Watson-Johnson et al. (2011) intervjustudie uppgav att det skulle vara onödigt att genomgå undersökning om hon upprätthöll en hälsosam livsstil. I Whelehan et al. (2016), Hassoun et al. (2015) och Watson-Johnson et al. (2011) studier framgår det kvinnor som beskriver rädslan för bröstcancer och valet att inte genomgå undersökningen grundar de på att familj eller vänner har fått diagnosen. Dock visar studien från Whelehan et al. (2016) att kvinnor föredrog att gå på sin mammografiscreening med motiveringen att tidigare upptäckt av cancer kan öka livsstandarden och är lättare att bota.

Kvinnans upplevelse av fysisk smärta

Nio av 11 studier beskrev patienternas upplevelser av fysisk smärta under mammografiscreening (Engelman et al., 2005; Hamilton et al., 2003; Poulus & Llewellyth 2005; Robinson, Hogg & Newton-Hughes 2013; Sharp et al., 2003; Solbjør et al., 2015; Van Goethem et al., 2003; Watson-Johnson et al., 2011; Whelehan et al., 2016)

Kategorin *Kvinnors upplevelser av fysisk smärta* indelades i tre subkategorier, *Genomförande av mammografi*, *Fysisk smärta och återbesök* och *Fysisk smärta och information*.

Smärta och genomförande av mammografi

Den fysiska smärtan som uppstod vid mammografi kopplades till kompression (Whelehan et al., 2016) och graden av smärta är ytterst individuell (Robinson et al., 2013). Engelman et al. (2005) studie visar att de flesta kvinnor upplever en obehagskänsla i samband med undersökningen. De kvinnor som uttryckte smärta har visat sig bero på fibrocystiska förändringar i bröstvävnaden. Tidpunkt för undersökningstillfället visade ha betydelse då kvinnorna hade vid somliga tillfällen en ökad känslighet i bröstet. Studien beskriver att den

egentliga smärtan uppstår oftast då huden sträcks och kläms åt, därmed inte av själva sammanpressningen av bröstet (Engelman et al., 2005; Sharp et al., 2003). Smärtan som kvinnor upplever korrelerades till röntgensjuksköterskans handlande samt den information som erhålls, i synnerhet om kvinnan inte hade genomgått en sådan undersökning tidigare. Intervjuerna i studien visade att samspelet mellan röntgensjuksköterska och den kvinna som genomgick undersökningen hade inverkan på ökad eller minskad upplevelse av smärta (Robinson et al., 2013).

I studien av Poulus och Llewellyth (2005) beskrivs röntgenapparaten som en orsak till kvinnornas känsla av obehag och smärta. Enligt deltagarna i studien upplevs apparaten vara 'steril', 'kall', 'hotfull' samt 'opersonlig'. Deltagarna uttryckte även att röntgenutrustningen knep, klämde och tryckte bröstet. Kanterna på maskinen beskrevs som ihållande och hårda.

Fysisk smärta och återbesök

Det uppvisas ett samband mellan upplevd smärta och återbesök. Negativa erfarenheter som inbegriper smärtupplevelse vid undersökningen och röntgensjuksköterskans handhavande medför att kvinnor känner motstånd inför mammografiscreening (Watson-Johnson et al., 2011).

I Engelman et al. (2005) studie skildrar en kvinna sin första mammografiscreening som smärtsam vilket leder till att hon avstår att boka en ny tid för återbesök. Dock visar Solbjør et al. (2015) att smärtupplevelsen kan förbises till hänsyn av undersökningens fördelar. Kvinnor står ut med den kortvariga smärtan som undersökningen tillför, således anser de sina egna känslor som något sekundärt. Istället lägger de vikt i de vinster som undersökningen medför.

Fysisk smärta och information

Ett gemensamt hinder som uppkommer för kvinnorna vid en mammografiundersökning är att upprätthålla samma position av kroppen under en längre tid (Hamilton et al., 2003; Engelman et al., 2005). En av de deltagande kvinnorna beskriver att stå i samma position upplevs som en evighet och genererar ett lidande (Engelman et al., 2005). Hamilton et al. (2003) beskriver hur kvinnor med större bröst upplevde mer obehag då det gav en känsla av att bli klämd. Kvinnor med mindre bröst upplevde svårigheter att bli placerade i den position som krävdes för bildtagningen.

Kvinnor som genomgår sin första mammografiscreening uttrycker ett behov av information kring undersökningen (Solbjør et al., 2015; Robinson et al., 2013.) Engelman et al. (2005) resultat visar att information i samband med undersökningens förfarande medförde att kvinnorna kände att röntgensjuksköterskan tog sig tid, något som också resulterade till att kvinnor kände sig mer avslappnade vid undersökningen.

I Shrestha och Poulus (2001) kvantitativa studie belyses att det finns ett samband mellan information och grad av förväntad och upplevd smärta. Information som gavs testgruppen före undersökningen medförde mindre smärta än vad kvinnorna hade förväntat. Kvinnorna i kontrollgruppen fick ingen information inför undersökningen. Vid jämförelsen mellan testgruppen och kontrollgruppen visades att kvinnorna i kontrollgruppen upplevde samma smärta som de förväntade. I Hamilton et al. (2003) kvalitativa studie visas att kvinnorna hade en önskan om att bli informerade inför undersökningen, förslagsvis i form av en broschyr. De menade att en förklaring av undersökningens tillvägagångssätt var väsentlig för förberedelsen men också varför undersökningen är viktig att genomföra. I Van Goethem et al. (2003) kvantitativa studie visas ett signifikant samband mellan konversation under mötet och minskad känsla av smärta och obehag. Författarna i studien belyser att verbal kommunikation mellan röntgensjuksköterskan och kvinnan medförde minskad upplevelse av smärta och obehag. 80 % av kvinnorna som inte hade någon dialog med röntgensjuksköterskan upplevde någon form av obehag i samband med undersökningen, i jämförelse med kvinnorna som hade en dialog, där 64 % upplevde obehag.

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att besvara studiens syfte valde författarna att genomföra en litteraturstudie. Denna form av studie förmedlar ett bredare kunskapsområde samt ger en större förståelse inom ett specifikt område utifrån olika perspektiv (Whittemore & Knafl, 2005). Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelse i samband med mammografiundersökning.

Litteraturstudien utfördes genom en sammanställning av kvalitativa och kvantitativa studier. Litteraturstudien omfattade övervägande kvalitativa studier och med tanke på att syftet handlade om upplevelser gav sökningen relevanta träffar. Kvalitativa studier medför att författarna kan erhålla en mångfald av data som berör narrativa upplevelser och i förlängningen en möjlighet att få en djupare inblick i kvinnors upplevelser i samband med mammografiscreening (Kristensson, 2014). Av författarna vore det önskvärt att utföra denna studie som en systematisk litteraturstudie som enligt Kristensson (2014) innebär en sammanställning av all relevant litteratur inom ämnet, något som höjer arbetets tillförlitlighet. Dock var detta inte möjligt att genomföra på grund av arbetets begränsade tidsram.

Författarna anser att det finns begränsningar med en litteraturstudie. Då detta arbete ämnade att samla in kvinnors upplevelser skulle det vara lämpligt att utföra en empirisk studie med intervjuer. En sådan form av data ger en värdefull åtkomst av verklighetsbilden (Backman, 2016; Kristensson, 2014). Genom att möta kvinnor i den reella situationen skulle det generera en djupare inblick i deras verklighet (Kristensson, 2014). En intervjustudie skulle även innebära ett etiskt ansvar gentemot kvinnorna. Det finns krav på en intervjustudie och forskarens bemötande av en kvinna i en utsatt situation. Intervjuer kräver bland annat förberedelser samt efterarbete. Under en begränsad tidsperiod är således en litteraturstudie att föredra.

Kvantitativa studier som ingick i litteraturstudien innehöll jämförelser mellan olika patientgrupper. Dessa valdes för att ytterligare styrka arbetets resultat. Då kvantitativa studier berör en större grupp deltagare ansåg författarna att de kompletterade de kvalitativa studier som valts. Resultatet i de kvantitativa studierna genererade en bredare bild av upplevelser.

Det finns studier som belyser specifika upplevelser i samband med mammografi, såsom smärta, rädsla och oro. Författarna valde att inte smalna av studiens syfte eftersom helheten betraktas som värdefull. Utan exklusionskriterier gav de valda sökorden en mängd oväsentliga träffar. De valda sökorden berör de bärande begreppen som formar studiens syfte.

Kristensson (2014) skriver att det är viktigt att syftet är tydligt och avgränsat, något som författarna haft i åtanke. För att begränsa sökningen exkluderades därför mammografiundersökningar som inte inbegrep screening då mammografiundersökningar ofta innefattar ultraljud samt punktioner. Artiklar publicerade innan år 2000 exkluderades från arbetet. Kristensson (2014) skriver att så aktuella studier som möjligt bör väljas. Författarna tog hänsyn till att begränsa tidsperioden och samtidigt inte förlora artiklar med hög kvalitet. De valda studierna inkluderade kvinnor med en tidigare eller ingen erfarenhet av screening samt ingen tidigare bröstcancerhistorik.

Analysen utfördes med integrerad analys vilket enligt Kristensson (2014) innebär att utvalda artiklar lästes upprepade gånger för att verifiera deras innehåll och sammanhang. Analysen av de utvalda artiklarna utfördes initialt enskilt. Därefter analyserades artiklarna gemensamt, detta för att minska risken för feltolkning. Trots noggrann granskning vilken översattes och sammanställdes med strävan att inte värdera subjektivt, vill författarna förbehålla sig för eventuella feltolkningar.

Sökningen resulterade i ett stort antal artiklar inom mammografiscreening, men urvalet fokuserade på, utifrån studiens syfte, på ett större spektra av kvinnors upplevelser. Totalt 12 vetenskapliga artiklar valdes till denna studie, varav 11 av dessa inkluderades i studiens resultat. Den artikel som valdes bort efter granskning ansågs inte ge tillräckligt med underlag till denna studiens resultat. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) hittas de flesta studier genom sökning i olika databaser. Det var inte tillräckligt att basera sökningen på endast en databas och av denna anledning kombinerades vetenskapliga studier från båda databaserna vilket bidrog till en större utbredning av vetenskapliga studier kring ämnet (Kristensson, 2014). Av denna anledning valde författarna att söka i databaserna CINAHL samt PubMed. Genom användning av sökord i databaserna PubMed och CINAHL hittades nio artiklar. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) bör sökningen kompletteras med bland annat olika artiklars referenslistor, så kallad snowballing. Författarna i detta arbete fann relevant information i olika artiklar men inte tillräckligt för att ingå i arbetet. Utifrån dess

referenslistor användes tre artiklar. Vidare valdes en artikel bort eftersom den saknade relevans för studiens syfte efter granskningen. Vid urval ett såg författarna upprepade teman därmed skulle fler artiklar i resultatet inte bidra till mervärde, endast en större mängd källor.

Backman (2016) menar att arbetets kvalitet inte bedöms utifrån referenslistans längd utan artiklarnas kvalitet. Alla artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s (2017) granskningsmallar för kvalitativ samt kvantitativ ansats. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) bör minst två personer kvalitetsbedöma resultaten för att minska subjektiviteten. Vidare skriver Patel och Davidson (2011) att en kvalitetsbedömning ökar artiklarnas validitet. Med detta i åtanke gjordes bedömningen av båda författarna. Trots att granskningsmallarna följdes, upplevdes svårigheter med bedömningarna av de olika områdena. Även om avsikten med detta arbete var att få en helhetsbild av kvinnors upplevelser, insåg författarna efter resultatsammanställningen att de utvalda artiklar belyste, till största del, negativa upplevelser. Med detta sagt vill författarna betona att det inte fanns avsikt att vinkla arbetets resultat. Författarna är medvetna om att det finns stor mängd vetenskapliga artiklar inom ämnet, vilket i förlängningen innebär att resultatet i detta arbete inte är generaliserbart.

Diskussion av framtaget resultat

Denna litteraturstudie har fokuserat på kvinnornas upplevelser i samband med mammografiscreening. Resultatet visar att relationen mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan samt den smärta som uppstår i samband med undersökningen är dominerande faktorer till hur kvinnor upplever sin mammografiscreening.

Enligt Clark och Reeves (2014) blir kvinna en patient då hon har fått en diagnos. Dock är författarnas ståndpunkt att kvinnan som individ är att betrakta som patient då hon ingår i ett vårdssammanhang. Författarna i denna uppsats menar att en kvinna, då hon genomgår mammografiscreening, inte är samma person som hon var före det givna sammanhanget aktualiserades. Författarna anser att det är troligt att kvinnan är medveten om risken att få en diagnos. I en sådan situation kan kvinnan ses som sårbar och är därmed ur ett etiskt perspektiv att beakta på samma sätt som i ett givet vårdssammanhang där en patient står i fokus. En vårdrelation i sin helhet kan betraktas som en konstruktiv växelverkan mellan vårdtagare och

vårdgivare vilket i sin tur bringar gott för vårdtagaren. Å andra sidan menar Halldórsdóttir (1996) i sin teori att vårdrelationer inte alltid är vårdande och kan medföra lidande för patienten. Det är denna medvetenhet som författarna utgår ifrån i diskussionen av arbetets resultat och således använder som utgångspunkt i ett etiskt perspektiv, som fokuserar dynamiken mellan interaktion och smärta.

Under arbetets gång har tankegångarna kretsat kring två aspekter som varit centrala gällande påverkan för hur kvinnor upplever mammografiscreening, nämligen det interna och det externa. Det interna berör kvinnans jag, hennes livsrum och upplevelser. Det externa inbegriper det som omger kvinnans jag vid undersökningen, där röntgensjuksköterskans förhållningssätt och prestation också inkluderas. Faktorena i sig är inbördes beroende av varandra och vid ett möte kan det uppstå obalans i dess växelverkan. I kvinnans autonoma värld, det vill säga när kvinnan inte är patient, är hon okränkbar. Den egenmakt hon besitter medför att hon kan sätta gränser för vad hon tillåter. I ett patientsammanhang kan detta förändras eftersom kvinnan styrs indirekt utifrån undersökningens tillvägagångssätt men också utifrån det bemötande hon får (Arlebrink, 2013). Detta visar sig i delar av resultatdelen *Kvinnors bevarande av integritet*, där kvinnan inte har något inflytande vid undersökningen. Poulus och Llewellyn (2005) menar att en optimal undersökning uppnås genom ett fungerande samarbete mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan. Detta trots att undersökningen kan medföra känslan av att autonomi förloras.

Röntgensjuksköterskans arbete vid mammografiscreening inbegriper både tekniskt handhavande och omvårdnad vilka ska integreras i ett kort möte med kvinnan i fokus (SFR, 2011). Men i en vårdrelation där den tekniska färdigheten tar överhanden och kärnan i bemötandet försummas kan det skapa distans och i förlängningen otrygghet i vårdrelationen. Det kan således medföra att kvinnan hamnar i skymundan och hennes känsla av att vara en autonom och okränkbar individ raseras. Det finns en medvetenhet hos röntgensjuksköterskan att tillåta patienten känna egenkontroll. Dock finns det stunder då röntgensjuksköterskan förbiser kvinnans behov av delaktighet för att kunna utföra sitt arbete, vilket resulterar i att röntgensjuksköterskan tar över vid undersökning (Whelehan et al., 2016). Sådant fenomen kan även nyanseras i Poulus och Llewellyn (2005) studie i underkategorin *Kvinnans bevarande av integritet*. Vidare kan det jämföras med Halldórsdóttir (1996) beskrivning av skapandet av en vägg som en metafor för den distans som uppstår i en negativ vårdrelation:

[...]the resulting wall, consisting of lack of trust in the health professional, perceived mutual avoidance and disconnection between the nurse and the patient: and finally the perceived effects of the uncaring encounter, which is perceived decrease in well-being [...]

Halldórsdóttirs tankegångar är av vikt då den visar på att röntgensjuksköterskan innehar det huvudsakliga ansvaret vad gäller konsekvenserna av den interaktion som sker under mötet med kvinnan. En engagerad röntgensjuksköterska med stor ansvarskänsla är benägen att skapa större möjligheter till att kvinnan upplever vården som god.

Sjukvården, som är präglad av en humanistisk människosyn, kan betraktas som homogen. Utifrån svenska Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska alla människor behandlas på ett likvärdigt sätt där en likvärdig vård följer. Med andra ord är detta något som är djupt förankrat i alla människors lika värde (Sandman & Kjellström, 2013). Å andra sidan menar författarna i detta arbete att det inte går att betrakta människan som homogen eftersom den omfattar individualitet. För varje människa tar den form av olika slag och olika nyanser vilket också kan innebära att alla inte har samma behov. I studiens resultat under subkategorin *Bevarande av integritet* visas ett brett reaktionsspektrum gällande kvinnors upplevelse av beröring och avklädning i samband med undersökning där exempelvis avpersonifiering kunde upplevas både positivt och negativt. Med detta i åtanke, menar författarna att det föreligger ett behov hos röntgensjuksköterskor att vara mångfacetterade i sin kompetens för att möta behovet hos alla individer. Det är inte enbart det goda bemötandet i sig som är viktigt utan även förmågan att bedöma vilken form av bemötande som ska appliceras i varje given situation. För detta behövs en fingertoppskänsla, som troligtvis erhålls genom verbal och ickeverbal kommunikation mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan. Sterlingova och Lundén (2017) nämner att så lite som en varm röst hade kunnat underlätta obehaget som kvinnorna upplever i samband med undersökningen.

I uppsatsens resultat under subkategorin *Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan* nämner kvinnorna empati och mogenhet som önskvärda egenskaper hos röntgensjuksköterskan (Poulus & Llewellyn, 2005). Utifrån resultatet tolkar undertecknade författare i denna uppsats att det är de subtila handlingarna som kvinnorna värderar högst och således kan ha är de av överordnad betydelse. Detta visas i subkategorierna *Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan* samt *Smärta och genomförande av mammografi*. Hur

röntgensjuksköterskan väljer att applicera sin kompetens i interaktionen med kvinnan spelar därmed stor roll för kvinnans upplevelse av god vård.

I subkategorin *Smärta och genomförande av mammografi* visas att den fysiska smärtan var individuell och relaterad till fler faktorer än enbart sammanpressning av bröstet, däribland förändringar i bröstvävnad relaterad till menstruationscykeln, något som Engelman et al. (2005) uttrycker som fibrocystiska förändringar. Enligt Drossaert, Boer och Seydel (2002) skiljer sig graden av upplevd smärta hos kvinnorna där några inte upplevde någon smärta alls. Det är tänkbart att den eventuellt förhöjda smärtupplevelsen skulle kunna undvikas genom att kvinnan ombokade sin undersökning. Detta förutsätter dock att kvinnan, redan i kallelsen, behöver informeras om den hormonella påverkan. Därmed kan hon själv avgöra att komma till den planerade undersökningen eller skjuta fram besöket, beroende på egna erfarenheter av känsliga bröst. Kompression medförde även töjning av huden, vilket upplevdes smärtsamt. Undersökningens tillvägagångssätt innebär att kvinnan måste projiceras i obekväma positioner och samtidigt stå stilla vid bildtagningen. Detta visades sig vara svårt för många kvinnor och det är tänkbart att kvinnor med inskränkt rörlighet kan uppleva positioneringen som ansträngande. I det fall där kvinnor upplever någon form av obehag eller smärta spelar ett professionellt och omhändertagande bemötande stor roll. Ett bemötande där kvinnan känner sig väl omhändertagen skulle kunna vara skillnaden mellan att faktiskt komma tillbaka till nästa mammografiscreening eller uteblir.

Kommunikationens behov och dess betydelse kan nyanseras under subkategorierna *Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan*, *Kvinnans bevarande av integritet* samt *Fysisk smärta och information*. Kommunikation är att betrakta som ett verktyg för att skapa en tydlig uppfattning av kvinnans behov. Mötet mellan kvinna och röntgensjuksköterska är kort vilket innebär att när etiska dilemman uppstår i vårdssituationer måste röntgensjuksköterskan agera utan att ha en längre betänketid. En sådan situation kan beskrivas som spontant agerande och det finns risk för att dess utgång inte är synonym med intentionen. Enligt Delmar (2012) skapas distans mellan patient och vårdtagare då patienten inte ges utrymme till kommunikation. Istället framstår vårdgivaren som mekanisk där endast det nödvändiga görs. Att som vårdgivare endast göra det nödvändiga kan skapa en känsla hos patienten av att vara en börda (Delmar, 2012). Även om röntgensjuksköterskans intention är god, leder god intention inte alltid till ett gott resultat. Vårdgivaren kan inte vara säker på att handlandet, grundat på inlevelseförmåga och den kommunikation som uppstår, tangerar kvinnans

upplevelse (Arlebrink, 2013). Genom kommunikationen kan röntgensjuksköterskan motta explicita och subtila budskap som ger en större möjlighet att handla korrekt, inte bara i en etisk situation utan i de flesta situationer.

På andra enheter inom hälso- och sjukvården, där vårdssituationen kan beskrivas som långvarig i förhållande till det möte som sker i samband med mammografiscreening, finns det större utrymme för acklimatisering, det vill säga tidsutrymme för att bygga upp en kvalitativ vårdrelation. Här får patienter större möjlighet att känna sig trygga i en situation som för röntgensjuksköterskan innebär att befinna sig i ett etiskt dilemma. Även om röntgensjuksköterskan inte skulle agera på bästa möjliga sätt finns det en upparbetad känsla av trygghet hos patienten som gör att den inte skulle reagera på samma negativa sätt som i en situation där tiden är begränsad. Ur ett kommunikationssammanhang belyser Halldórsdóttir (1996) vikten av närvaro som ett fundament för professionell omvårdnad. Närvaron består både av emotionellt och fysiskt deltagande i nuet men inbegriper även dialog, inlyssnande och respons. Detta är något som också står i samklang med vad uppsatsens resultat visar i subkategorin *Kvinnans tilltro för röntgensjuksköterskan* där kvinnorna uttrycker liknande egenskaper.

Holopainen et al. (2015) förklarar att patienter kan uppleva korta möten som om att tiden står still, något som även uttrycks av en kvinna i studien av Engelman et al. (2005). Det är troligt att någon form av förening av faktorerna nakenhet och att känna sig fastklämd, uppleva smärta eller obehag, avsaknad av gott bemötande samt känslan av oändlighet kan generera ett lidande för kvinnan. Som följd kan lidandet medföra att kvinnor undviker att åter försättas i en sådan situation och därmed inte genomgå fler undersökningar, något som genomsyras i subkategorin *Fysisk smärta och återbesök*. Röntgensjuksköterskan har ingen möjlighet att påverka eller motivera då kvinnan har mottagit kallelsen till hälsoundersökningen (Sterlingova & Lundén, 2017). Däremot har röntgensjuksköterskan goda möjligheter att påverka kvinnans upplevelser av sin undersökning och bidra till en antingen positiv eller negativ upplevelse. I ett större perspektiv kan röntgensjuksköterskans inflytande inverka på kvinnans bevarande av den egna hälsan.

Slutsats och kliniska implikationer

Många kvinnor upplevde obehag under kompressionen som skedde i samband med deras undersökning. Det förelåg även oro och ångest inför avklädnad. Studiens resultat visar att det finns ett behov av att röntgensjuksköterskan blir mer medveten om faktorer som påverkar kvinnornas upplevelse i samband med mammografiscreening. En viktig faktor som visade sig göra skillnad är kommunikationen mellan röntgensjuksköterskan och kvinnan. En positiv upplevelse hos kvinnan grundas i känslan av att vara delaktig under vårdmötet. Förtroende för röntgensjuksköterskan vilar alltså på ett gott bemötande, något som ligger inom ramen för den yrkesetiska koden (SFR, 2008).

Denna litteraturstudie åskådliggör att det finns ett behov av att medvetandegöra röntgensjuksköterskor om bemötandets betydelse och dess konsekvenser. Det är viktigt att kvinnors upplevelser av mammografiscreening inte ignoreras utan istället fungerar som underlag och vägledning för röntgensjuksköterskan i hennes profession och i förbättringsarbete. Det är värdefullt att med vidare studier och forskning *om* samt *på vilket sätt* en förberedelse inför mammografiundersökningen hade kunnat påverka kvinnor att få en positiv upplevelse vid genomförandet. Förslagsvis genom att kvinnor erhåller ett detaljerat informationsblad om mammografiundersökning, dess förfarande och hälsovinster, i samband med kallelsen.

Författarnas arbetsfördelning

	Floriana	Jana
Abstrakt	50%	50%
Introduktion/Bakgrund	50%	50%
Metod	50%	50%
Resultat	50%	50%
Diskussion	50%	50%

Referenser

- Arlebrink, J. (2013). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik*. 3., omarb. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Aspelin, P., & Pettersson, H. (red.) (2008). *Radiologi*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergh, J. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- Björck, M., & Sandman, L. (2007). *Vårdrelation: Ett försök att tydliggöra begrepps användningen*. *Vård i Norden*, 27(4), 14-19.
- Brennan, M., & N. Houssami. (2016). Discussing the benefits and harms of screening mammography. *Maturitas* 92, 150-153
- Clark, S., & J. Reeves. (2014). Women's experiences of mammography: A thematic evaluation of the literature. *Radiography* 21, 84-88
- CODEX (2018). Regler och riktlinjer för forskning. *Informerat samtycke*. Hämtad den 30 december 2018 från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Doyle, C.A., Stanton, M.T. (2002) Significant factors in patient satisfaction ratings of screening mammography. *Radiography* 8, 159-172
- Drossaert, C., Boer, H., & Seydel, E. (2002). Monitoring women's experiences during three rounds of breast cancer screening: results from a longitudinal study. *Journal of Medical Screening* 9: 168-175.
- * Engleman, K.K., Cizik, A.M., & Ellerbeck, E. (2006). Women's satisfaction with their mammography experience: results of a qualitative study. *Women & Health* 42(4): 17-35.

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4., rev. och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Hafslund, B. (2000). Mammography and the experience of pain and anxiety. *Radiography* 6, (4), 269-272.

* Hamilton, E.L., Wallis, M.G., Barlow, J., & Wright, C. (2003). Women's views of a breast screening service. *Health Care for Women International* 24, 40-48

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory*. (Doktorsavhandling, Linköpings Universitet, Linköping).

* Hassoun, Y., Dbouk, H., Aldin, E.S., Nasser, Z., Abbas, L.A., Nahleh, Z., Tfayli, A. (2015). Barriers to Mammography Screening: How to Overcome Them. *Middle East Journal of Cancer*; 6(4): 243-251.

Herold, K., & Homer, J. (2016). Hereditary breast cancer risk assessment in primary care. *Clinical Advisor*, 19-1, 36-43.

Holopainen, G., Kasen, A., & Nyström, L., (2015). Caring Elements in the Short Encounter. *International Journal for Human Caring*, 19(4), 50-55.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (4., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur

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

Riksdagen SFS 2017:30. Hämtad den 21 december 2018

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Riksdagen SFS 2014:821. Hämtad den 18 december 2018 från

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

* Robinson, L., Hogg, P., Newton-Hughes, A. (2013). The power and the pain: Mammographic compression research from the service-users' perspective. (tidsskrift)

Rosenkrantz A., B., & Pysarenko, K. (2016) The Patient Experience in Radiology: Observations From Over 3,500 Patient Feedback Reports in a Single Institution. *American College of Radiology*, 2016(13), 1371-1377

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SBU (2010) Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU). *Metod för den systematiska litteraturgranskningen*. Hämtad den 16 januari 2019 från https://www.sbu.se/contentassets/572ed79097344509b3250d35941a0483/kapitel_2.pdf

SBU (2017) Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten - En handbok*. Stockholm: Elanders Sverige AB.

SFR. (2011) Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor. *Kompetensbeskrivning för legitimerad röntgensjuksköterska*. Stockholm: Vårdförbundet.

* Sharp, P.C., Michieluette, R., Freimanis, R., Cunningham, L., Spangler, J., & Burnette, V. (2003). Reported pain following mammography screening. *Archives of Internal Medicine*. 833-836

Socialstyrelsen. (2014). Nationella riktlinjer för bröstcancer. Hämtad den 1 april 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-cancer-vetenskapligt-underlag-brostdcancer.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). Screening för bröstcancer: rekommendation och bedömningsunderlag. Hämtad 2018.04.01 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/screening-brostdcancer-rekommendation.pdf>

* Solbjør, M., Skolbekken, J., Østerlie., W. & Forsmo, S. (2015). Women's Experiences With Mammography Screening Through 6 Years of Participation—A Longitudinal Qualitative Study. *Health Care for Women International*, 36:558–577

* Shrestha, S., & Poulus, A. (2001) The effect of verbal information on the experience of discomfort in mammography. *Radiography* 7, 271-277.

* Watson-Johnson, L.C., Degroff, A., Steele, B., Revels, M., Smith, J.L., Justen, E., Barron-Simpson, R., Sanders, L., Richardson, L.C. (2011). Mammography Adherence: A Qualitative Study. *Journal Of Women's Health* 20 (12).

Sterlingova, T. & Lundén, M. (2017). Why do women refrain from mammography screening? *Radiography* 24, e19-e24.

* Van Goethem, M., Mortelmans, D., Bruyninckx, E., Verslegers, I., Biltjes, I., Van Hove, E., & De Schepper, A. (2003). Influence of the radiographer on the pain felt during mammography. *European Radiology*.

Vitak, B., & Svane, G. (2008). *Radiologisk bröstdiagnostik*. I Aspelin, P. & Pettersson, H. Radiologi (red.). 383-408. Lund: Studentlitteratur.

Vårdförbundet. (2008). Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor. Stockholm. Vårdförbundet. Hämtad 2018.03.31. från <https://www.vardforbundet.se/siteassets/rad-och-stod/regelverket-i-varden/yrkesetiskkod-for-rontgensjukskoterskor.pdf>

* Whelehan, P., Evans, A., & Ozakinci, G. (2016) Client and practitioner perspectives on the screening mammography experience. *European Journal of Cancer Care 1-12*

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Of Advanced Nursing, 52(5)*, 546-553.

WHO. (2013). World health organisation. Women's health. Hämtad 2018.04.01 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

WMA. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA. 27; 310(20):2191-4.*

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2 uppl., s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

