

Varför avstår kvinnor från mammografi screening?

FÖRFATTARE	Tatiana Sterlingova
PROGRAM/KURS	Examensarbete för magister i omvårdnad OM 5130
	VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingalill Koinberg
EXAMINATOR	Susann Strang

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Varför avstår kvinnor från mammografi screening
Titel (engelsk):	Why do women refrain from mammography screening?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Examensarbete för magister i omvårdnad OM 5130 VT 2013
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Tatiana Sterlingova
Handledare:	Ingalill Koinberg
Examinator:	Susann Strang

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Ingalill Koinberg för hennes effektiva sätt att samarbeta.

Jag vill tacka Mammografi områdeschef Kerstin Hillergård för hennes stöd och engagemang.

Tack till min familj (Anders Karlsson) för tålamod och stöd.

SAMMANFATTNING

Bröstcancer är den vanligaste dödsorsaken hos medelålders kvinnor i Sverige. Det går att upptäcka sjukdomen genom hälsoundersökningar med mammografi (screening) och påbörja behandling i tidigt skede för att förbättra prognosen och bibehålla livskvalitet. Cirka 600 000 kvinnor undersöks årligen med mammografi screening inom det nationella programmet. Dock är det mellan 13 % och 31 % kvinnor, som inte deltar i mammografiscreening. Effekten på dödligheten beror på deltagarfrekvensen, så därför är det viktigt att sträva efter att uppnå hög deltagande grad inom screening. Syfte med denna studie är att undersöka och beskriva anledningar till varför kvinnor avstår från mammografi screening. En kvalitativ metod valdes och datainsamlingen utfördes med semistrukturerade intervjuer som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Tre kategorier identifierades: att ha kunskap med underkategorier tidigare erfarenhet och kommunikation, att kunna påverka med underkategorier beslut om deltagande, påminnelse och tillgänglighet och att få individuellt anpassad vård med underkategorier individuellt anpassad kallelse och hjälp och stöd. Begränsat antal respondenter påverkade studiens överförbarhet. Från resultatet framkommer att det går att öka antal deltagare i mammografi screening om kvinnor som har positiv inställning till deltagande i denna hälsokontroll får möjlighet att påverka sin vård.

Nyckelord: mammografi screening, deltagande, kommunikation, information, kunskap.

ABSTRACT

Breast cancer is the leading cause of death for middle-aged women in Sweden. It is possible to detect the disease with mammography screening and start treatment early to improve prognosis and quality of life. About 600 000 women surveyed annually with mammography screening within the national program. However, it is between 13 % and 31 % of women who do not participate in mammography screening. The effect on mortality depends on the participation rate, that's why it is important to strive to achieve a high level of participation. The aim of this study is to explore and describe the reasons why women refrain from mammography screening. A qualitative approach was chosen and semi-structured interviews were used as a data collection method. The interviews were analyzed using qualitative content analysis. Three categories were identified: to have knowledge with subcategories previous experience and communication, to have a possibility to influence with subcategories decision about participation, reminder and available access and to get individualized care with subcategories personalized invitation and help and support. Limited number of respondents affected the study's transferability. The result shows that the number of participants in mammography screening can be increased if the women who have a positive attitude to participating will get an opportunity to influence their care.

Keywords: mammography screening, participation, communication, information, knowledge.

INNEHÅLL

Sid

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Bröstcancer.....	1
<i>Incidens och mortalitet.....</i>	<i>1</i>
<i>Riskfaktorer.....</i>	<i>2</i>
<i>Friskfaktorer.....</i>	<i>2</i>
<i>Stadieindelning och behandling.....</i>	<i>2</i>
Diagnostik och hälsoundersökningar	3
<i>Klinisk mammografi.....</i>	<i>3</i>
<i>Mammografi screening</i>	<i>3</i>
<i>Röntgensjuksköterskans professionella roll vid mammografi screening</i>	<i>5</i>
Teoretisk referensram	5
<i>Sociokulturell perspektiv och kommunikation.....</i>	<i>5</i>
<i>Patricia Benners och Judith Wrubels omsorgs teori.....</i>	<i>6</i>
TIDIGARE FORSKNING.....	7
Faktorer som påverkar deltagande i mammografiscreening.....	7
PROBLEMFORMULERING.....	9
SYFTE	9
METOD.....	10
PILOTSTUDIE.....	10
Design.....	10
Egen förståelse.....	10
URVAL.....	10
Inklusionskriterier.....	11
Exklusionskriterier.....	11
DATAINSAMLING	11
DATAANALYS	13
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	14

RESULTAT	15
ATT HA KUNSKAP.....	16
Tidigare erfarenhet.....	16
Kommunikation.....	17
ATT KUNNA PÅVERKA.....	18
Beslut om deltagande.....	18
Påminnelse.....	18
Tillgänglighet.....	19
ATT FÅ INDIVIDUELLT ANPASSAD VÅRD.....	19
Individuellt anpassad kallelse.....	19
Stöd och hjälp.....	19
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION.....	20
RESULTATDISKUSSION.....	24
SLUTSATS.....	26
REFERENSLISTA.....	27
BILAGOR	
1 FORSKNINGSPERSONSINFORMATION	
2 SAMTYCKESFORMULÄR	

INTRODUKTION

INLEDNING

Bröstcancer är den vanligaste dödsorsaken hos medelålders kvinnor i Sverige. Etiologin och induktionsmekanismerna av bröstcancer är inte klarlagda men det går att upptäcka sjukdomen genom hälsoundersökningar med mammografi (screening) och påbörja behandling i tidigt skede för att förbättra prognosen och bibehålla livskvalitet. Enligt SBU alert-rapport (2011) diagnostiseras cirka 4-5 per 1000 screenade kvinnor med bröstcancer. Men förmågan att upptäcka bröstcancer vid mammografiscreening är begränsad och upp till 30 % av tumörer kan förbli oupptäckta (SBU, 2011).

För närvarande rekommenderas mammografiscreening av kvinnor mellan 40-74 års ålder med 18/24 månaders mellanrum (Socialstyrelsen, 2007). Vissa landsting har valt att starta screening vid 50 års ålder och avsluta vid 69 års ålder av hälsoekonomiska skäl. Alla kvinnor i dessa åldersgrupper, som är folkbokförda i Sverige, erhåller en inbjudan per post med regelbundna intervaller. Dock är det mellan 13 % och 31 % kvinnor, som inte deltar i mammografi screening (SKL, 2012). För att kunna upptäcka sjukdom tidigt och sänka dödligheten i bröstcancer, är det viktigt att höja deltagandet ytterligare (Törnberg, 2008).

För att kunna öka antalet kvinnor som deltar i mammografiscreening, vill vi på Röntgen i Jönköpings län veta varför det finns patienter som inte kommer för att göra denna hälsokontroll trots inbjudan.

BAKGRUND

Bröstcancer

Incidens och mortalitet

Enligt statistiken från Socialstyrelsen (2009) insjuknar ca 50 000 personer i cancer i Sverige.

När det gäller kvinnor är bröstcancer den vanligaste cancerformen (7000 kvinnor per år).

Risken att en kvinna får bröstcancer under sin livstid beräknas vara 10 % (Socialstyrelsen, 2009). Dödligheten på grund av denna sjukdom är cirka 1 500 fall per år (SBU, 2011). Det finns ett stort antal epidemiologiska, prekliniska och kliniska studier om bröstcancer men förståelse om sjukdomens uppkomst hos den enskilde individen är fortfarande bristfällig.

Mortaliteten har minskat och överlevnaden har förbättrats enligt rapporter från olika länder. En

rapport från Onkologiskt centrum för Stockholm – Gotlandsregionen, som Bergh & Emdin, (2008) refererar till, visar en bröstcanceröverlevnad på 90 % efter 5 år.

Hos 20-åriga kvinnor är bröstcancer mycket ovanligt. Antalet fall ökar med stigande ålder. Medianåldern för insjuknande i bröstcancer beräknas vara 62 år. (Bergh & Emdin, 2008).

Risikfaktorer

Enligt Bergh & Emdin (2008) kan ökad bröstcancerriksk beskrivas med följande faktorer: tidig menarke och sen menopaus, tidigare generationers p-piller; hormonell substitutionsterapi, speciellt gestagener; alkohol; övervikt hos postmenopausala individer; ökad kroppslängd; stor bröstvolym; hög mammografisk täthet; tidigare benigna bröstsjukdomar / bröstoperationer; joniserande strålning mot bröstanslag / bröstvävnad, speciellt hos unga. Genetiska orsaker har en stor betydelse med tanke på att det hos en tredjedel av patienter med bröstcancer föreligger en familjär ansamling av sjukdomen.

Friskfaktorer

Faktorer som bidrar till reducerad cancerriksk är: sen menarke och tidig menopaus; profylaktisk ooforektomi i unga år; flera fullgångna graviditeter före 25 års ålder; fysisk aktivitet hos premenopausala kvinnor och fysisk aktivitet hos postmenopausala kvinnor (Bergh & Emdin, 2008).

Stadieindelning och behandling

Stadieindelning baseras på patologisk data som framställs med hjälp av klinisk undersökning, mammografi och ytterligare undersökningar vid misstanke om metastaser. Bergh & Emdin (2008) delar in bröstcancer i fyra grupper. Stadium I: tumör som är 20 mm eller mindre och som inte har någon spridning till armhålans lymfkörtlar. Stadium II: tumör som är större än 20 mm eller som har spridning till armhålans lymfkörtlar. Stadium III: tumör som är större än 5 cm eller som har mer omfattande spridning till armhålans lymfkörtlar. Stadium IV: tumör som har spritt sig till huden utanför bröstet eller fjärrmetastaserat.

Det finns ett tydligt samband mellan tumörstorlek och bröstcancers förmåga att sätta fjärrmetastaser. Behandlingen bestäms på multidisciplinär konferens där kirurg, onkolog, mammografi läkare, bröstsjuksköterska och patolog /cytolog ingår. Baserat på beslutet kan patienten få operation (bröstbevarande kirurgi eller mastektomi), icke-kirurgisk (cytostatika,

endokrin terapi och postoperativ strålbehandling) eller blandad systembehandling (Bergh & Emdin, 2008).

Diagnostik och hälsundersökningar

Klinisk mammografi

Modern radiologisk bröstdiagnostik använder olika modaliteter för att diagnostisera bröstcancer: högupplösande sonografi (ultraljundsundersökning), MR – mammografi (MRT, magnetisk resonanstomografi), scintigrafi, PET (positron emissionstomografi) och mammografi (bröströntgen). Den sistnämnda har en central plats i diagnostiken av bröstsjukdomar, både benigna och maligna. Absoluta kontraindikationer finns inte. Relativa kontraindikationer: ålder (yngre än 30 år), graviditet, amning och oförmåga att medverka vid undersökningen. Tre projektioner (bilder) används rutinmässigt: kraniokaudal, sned och sidoprojektion. Bra diagnostisk information kräver två förutsättningar: korrekt positionering och kompression. Detta eliminerar rörelseoskärpa, jämnar ut och minskar bröstets tjocklek, minskar spridd strålning och ökar kontrasten mellan olika vävnader. Sensitiviteten av klinisk mammografi, när det gäller upptäckt av bröstcancer beräknas vara 90 – 95 %. Det är viktigt att skilja på mammografiscreening och klinisk mammografiundersökning. Både två hör till radiologiska undersökningar med röntgenbilder, men den först nämnda avslutas inte med diagnos, medan den andre korrelerar fynden med anamnes, symtom och kliniska fynd vilken alltid resulterar i diagnos (Vitak & Svane, 2008).

Mammografi screening

Screening (allmän hälsokontroll) organiseras för att minska risken för att utveckla sjukdom och öka chansen för att bota sjukdom. Mammografi screening började utföras i Sverige 1986. Cirka 600 000 kvinnor undersöks årligen med mammografi inom det nationella programmet enligt SBU alert-rapport (2011). Mammografi screening är inriktad på symptomfria kvinnor, som uppfattar sig själva som friska. Syftet med denna hälsokontroll är att dela upp de undersökta kvinnorna i två grupper: en grupp med hög sannolikhet för bröstcancer och en grupp med lågt sannolikhet för bröstcancer. De kvinnorna som har stor sannolikhet för cancer återkallas för vidare utredning. Majoriteten av kvinnor som genomgår screening är helt friska (Aspelin & Pettersson, 2008).

Möjligheten till att bota cancer höjs om cancer diagnostiseras i tidig fas. Knöl i bröstet är det vanligaste symtomet och då är tumören tillräckligt stor för att kunna palperas, men med

screening går det att upptäcka tidiga, prekliniska former av bröstcancer hos symtomfria kvinnor när tumörstorlek uppnår 2-4 mm i diameter (Vitak & Svane, 2008). Effekten på dödligheten beror på deltagarfrekvensen, så därför är det viktigt att sträva efter att uppnå hög deltagande grad inom screening. (Törnberg, 2008). Enligt data från en tysk studie med 878 764 deltagare upptäcker screening 78 % av bröstcancer (Heidinger, Batzler, Krieg, Weigel, Biesheuvel, Heindel & Hense, 2012).

I en metaanalys studie av Nyström, Andersson, Bjurstam, Frisell, Nordenskjöld och Rutqvist (2002), som omfattar 247 010 kvinnor från olika svenska studier, visar att dödligheten minskar med 24-33 procent för kvinnor i åldern 40-74 år relativt den oscreenade gruppen. Den bästa effekten uppnås i åldersgruppen 60-69 år.

Otto et al. (2011) studie inkluderat 755 fall döda i bröstcancer, som jämförts med en referensgrupp, rapporterar följande indelning av bröstcancerdiagnoser: 29,5 % upptäcktes vid screening, 34,3 % upptäcktes under perioder mellan screeningar och 35,9 % upptäcktes hos kvinnor som aldrig genomgått mammografiscreening. När det gäller bröstcancer stadieindelning, då visar studien, att stadium IV tumörer hade 5,3 %, 15,1 % och 29,5 % i respektive grupper.

I Socialstyrelsens riktlinjer för bröstcancersjukvård (2007) rekommenderas mammografi screening med intervall på 18 månader för kvinnor 40-54 år och med intervall på 24 månader för kvinnor 55-74 år. När det gäller hälsoundersökningar används en förenklad mammografisk teknik, vanligtvis med två projektioner. Sensitivitet (förmågan att upptäcka cancer) vid mammografiscreening ligger mellan 70 % och 85 % (SBU, 2011). Patientavgift skiljer sig från region till region och kan vara 0 kronor (Stockholm), 100 kronor (Jönköpings län) eller 150 kronor (Skåne) och ingår inte i högkostnadsskyddet.

Enligt rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (2012) varierar antalet deltagande för olika landsting/ region från 69 % (Stockholm) till 87 % (Blekinge, Västernorrland). I Jönköpings län uppnår deltagande 83-86 %, vilket betyder att mellan 14 % och 17 % av kvinnor inte deltar i mammografi screening.

Röntgensjuksköterskans professionella roll vid mammografi screening

Olika kunskapsdimensioner förenas i röntgensjuksköterskans yrkesutövande som att vistas i en högteknologisk miljö till omvårdnad om patienterna, medicin, metodik och medicinsk teknik. När det gäller hälsoundersökningar med mammografiscreening, ansvarar röntgensjuksköterska för bildkvalitet, stråldos, strålskydd, teknik och omvårdnad i arbete med vårdtagare.

Enligt Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor (Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor, 2008) utförs röntgensjuksköterskans arbete med patienten med fyra ansvarsinriktningar: att respektera och skydda patientens integritet och värdighet samt lindra obehag och smärta vid undersökningar; att ansvara för att minimera stråldoser; att ansvara för att ge information i samband med undersökningar; att respektera patientens rätt till självbestämmande och ge stöd i dennes beslut. Vägledning, kommunikation och främjande av hälsa och delaktighet ingår i röntgensjuksköterskans kompetensområde (Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor, 2011).

Teoretisk referensram

Sociokulturellt perspektiv och kommunikation

Enligt Roger Säljö (2000) är samspelet mellan individ och kollektiv samt mänskligt tänkande och handlande utgångspunkter för ett sociokulturellt perspektiv. Människor använder sina intellektuella och fysiska resurser för att förstå sin omvärld och agera i den. Kommunikation och interaktion får en avgörande roll i ett sociokulturellt perspektiv.

Kommunikation överför budskap, kunskaper och information mellan människor. Ett och samma fenomen kan förstås på olika sätt i olika sammanhang. Relationen mellan begrepp och verklighet är en del av vår uppfattning på kunskap (Säljö, 2000).

Idéer, värderingar, kunskaper och andra resurser som människor skapar genom interaktion med omvärlden kallar Säljö (2000) för kultur. Människor har en unik förmåga att dela erfarenheter med varandra genom språket. Språket är en mekanism för att kommunicera, lagra kunskaper, insikter och förståelse. Människan är en kommunikativ varelse, vars kommunikativa och sociala utveckling pågår under hela livet och inriktas mot att samspela med andra. Hela vår samvaro byggs på lärande.

Interaktionen ger människor möjlighet att resonera och tolka verkligheten. Resultatet av interaktionen kan vi använda som resurser i framtida situationer för att förstå och kommunicera. Individens känslor och attityder, tankar och värderingar och ett sätt att hantera omvärlden har socialt och interaktivt ursprung. För att kunna förstå mänskligt tänkande och lärande kan språket vara länken mellan det yttre (kommunikation) och det inre (tänkandet). Tänkandet är privat och intern aktivitet men samtidigt har det kommunikativ och kollektiv karaktär (Säljö, 2000).

Patricia Benners och Judith Wrubels omsorgs teori

Patricia Benner och Judith Wrubel (1989) betraktar omsorg som ett fundament för mänskligt liv samt för yrkesmässig omvårdnad. Centrala begrepp i deras teori är omsorg, person, situation, kontext, stress, bemästrande, sjukdom, symtom, livscykel, hälsa och främjande av hälsa. Denna teori definierar omsorg som ett sätt att förhålla sig till omvärlden, när betydelse för ordet ”omsorg” kan förklaras som ”att bry sig om”. Begreppet ”omsorg” handlar inte bara om relationer mellan människor, utan innefattar även det differentierade förhållandet mellan människa och det hon uppfattar som meningsfullt. Det kan vara personer och ting, projekt eller situationer. Omsorg ger möjlighet att bemästra situation på olika sätt, att bry sig om när det uppstår risker, stress och sårbarhet. Sådana upplevelser kan förekomma när personen riskerar att förlora något viktigt och betydelsefullt. Omsorgen är utåtriktad och ger upphov till att ge och ta emot hjälp (Benner & Wrubel, 1989).

När det gäller begreppet ”person”, utgår Benner och Wrubel (1989) från fyra karakteristiska egenskaper: kroppslig intelligens; bakgrundsförståelse; speciella intressen; situation. Kroppslig intelligens beskrivs som en utvecklad färdighet att kunna få kunskap om sig själv och om omvärlden direkt via sin kropp. Denna teori delar inte in människan i en kropp och en själ. Den kroppsliga intelligensen är en form av kunskap, som människan är född med och som utvecklas under livets gång. Individerna är beroende av denna kunskap.

Bakgrundsförståelse får människan genom att växa upp i en viss kultur och detta påverkar tolkning av omvärlden och situationer vi befinner oss i under hela livet. Hur en individ beter sig i olika situationer beror på dennes kroppsliga intelligens, bakgrundsförståelse och speciella

intressen. De sist nämnda avgör vem personen är och varför hon eller han involveras, bryr sig om eller intresserar sig för och engagerar sig i människor, fenomen och omvärld. (Benner & Wrubel, 1989).

Situationsbegreppet och kontextbegreppet är knutna till varandra, men betyder inte samma sak enligt Benners & Wrubels (1989) omsorgsteori. Människan befinner alltid sig i en situation utan att behöva stanna upp och analysera den. Situationen är konkret orienterad på här och nu upplevelse. Kontextbegreppet har mycket bredare perspektiv än situationsbegrepp. Kontexten inkluderar människans historiska, kulturella och sociala samband samt även tidsaspekten, vilken beror på vilken period i livet personen befinner sig i. Kontexten förändras när individen träffar nya obehagliga eller främmande situationer. Upplevelse av förluster, utmaningar eller hot kan ge upphov till stress, som kan betraktas som störning i mening, funktion och uppfattningar. För att kunna klara det, måste människan börja reflektera, tolka och bearbeta de nya omständigheterna. På detta sätt hanterar personen störning och stress. Benner & Wrubel (1989) tycker att individens upplevelse av stress situation och bemästrande åtgärder beror på denna människans speciella intressen, bakgrundsförståelse, färdigheter och funktion, vilka kan betraktas som faktorer, som kan begränsa bemästrande.

Symtom som begrepp är viktigt enligt Benner & Wrubel (1989): utan några symtom känner människan inte sig sjuk utan upplever sig som frisk. Livscykelperspektiv blir utgångspunkten för människans livstolkning. I livets olika faser kan sjukdom (ohälsa) ha olika innebörd. Begreppet hälsa definieras som en känsla av sammanhang, som kommer från en sociokulturell gemenskap och ger upphov till individens speciella intressen. Hälsofrämjande åtgärder har utgångspunkten i personers upplevelse av sin situation, samt i bemästringsmöjligheter. Vårdgivare kan hjälpa individen att oidentifiera situationen och utveckla eller komplettera bemästringsmöjligheter och använda människans egna resurser som bas för hälsofrämjande åtgärder.

TIDIGARE FORSKNING

Faktorer som påverkar deltagande i mammografiscreening

En rapport från Värmland (Landstinget i Värmland, 2011) redovisar resultat från enkätundersökning av 3 354 kvinnor, som har besvarat ett frågeformulär, som de fått bifogat

kallelsen till mammografiscreening. Andel respondenter som avstått hälsokontrollen var 3 % vilket motsvarar knappt 14 % av totalt antal patienter som inte deltagit i mammografiscreening under undersökningsperioden. Jämförelse mellan de som deltagit och de som avstått visade att den grupp som avstod kontrollen hade en högre andel arbetslösa och boende i ensamhushåll, en högre andel kvinnor i åldersgruppen 40-50 år och en större andel patienter som hade 90 km eller längre till mammografimottagningen.

En studie från USA som presenterar resultat från 175 patient intervjuer (111 African American och 64 Caucasian American kvinnor) visar att kulturella och hälso- fördomar är viktiga faktorer som påverkar antal deltagande i mammografiscreening för både grupper. Tron på fatalismen (att händelseutvecklingen är förutbestämd och utom mänsklig kontroll) var den enda skillnaden mellan de två grupperna (högre hos African Americans). Författare påpekar att sociokulturell kontext av kvinnornas beteende i samband med beslut om deltagande eller icke deltagande i mammografiscreeningen kräver vidare utredning och personal måste vara medveten om detta för att kunna höja antal deltagande (Russel, Perkins, Zollinger & Champion, 2006).

Guvenc, Guvenc, Tastan & Akyuz (2012) samlade data om kvinnornas kunskap om bröstcancer risker och behov att delta i mammografiscreening i Turkiet. Enligt denna studie finns det patientgrupper som har betydligt högre informations- och kunskapsnivå när det gäller bröstcancer. Det är personer som: yngre än 50 år; har högskola eller universitet utbildning; regelbundet genomgår mammografi screening; tidigare genomgått mammografi screening; har haft familjemedlemmar med bröstcancer; har benigna bröst cystor eller benign bröst tumör; betraktar sig själv ha hög risk för bröstcancer. Andel patienter som fått information om bröstcancer från sin doktor var 46,2%.

En ide att kommunikation mellan patient och läkare är en faktor, som påverkar patientens beslut om deltagande i screening, bekräftas i en studie från USA, som utfördes med cross-sectional metod: 56 kvinnor över 65år och äldre, svarade på 2 frågeformulär strax innan och efter läkare besök. Deras dialog med läkaren spelades in och kodades. Det var 7 läkare, som träffade patienter. Resultatet visar, att läkarens sätt att kommunicera påverkar patientens tillfredsställelse. De äldre kvinnorna som upplevde kommunikation med sin doktor som djup,

förtrolig och vänlig, visat större planer att delta i mammografiscreening enligt läkarens rekommendationer (Liang, Kasman, Wang, Yuan & Mandelblatt, 2006).

Tang, Patterson, Roubidoux & Duan (2009) analyserade patientens erfarenhet och upplevelse av mammografiscreening och dess påverkan på deltagande i nästa screening för att kunna identifiera signifikanta prediktorer. Denna studie har visat, att komponenter som brukar förknippas med patientens deltagande, som tillfredsställelse med bemötande och service, fysisk upplevelse, psykologiskt upplevelse och kommunikation med personalen, inte hade någon betydelse. Antal frekventa föregående undersökningar har visat sig att vara en stark prediktor. Kvinnor, som hade haft en bestämd tid för nästa mammografiscreening, hade högre andel deltagande, än de som inte hade haft någon tid. Forskare förklarar detta med att en påminnelse skickas till dem, som har en bokad tid.

En kvalitativ studie från USA (Watson - Johnson et al., 2011) där 128 respondenter delades in i 20 fokus grupper, identifierade flera anledningar till att kvinnor slutat delta i mammografi screeningar. Det fanns en tveksamhet till undersökningens effektivitet; personliga upplevelse och föreställningar: negativ erfarenhet (dålig bemötande, smärtsam procedur) och rädslan för strålning; dålig tillgänglighet: pengar, transport, lokal; psykosociala orsaker: fatalism, rädsla för cancerdiagnos, förhalande, förlägenhet, ingen cancer historia i familjen, tro på att hälsosam livsstil (mat, sport, positiv tankesätt) kan förhindra cancers uppkomst; kulturella faktorer: tabu, integritet och intimitet.

PROBLEMFORMULERING

Tidigare studier ger många förklaringar till varför kvinnor inte kommer till mammografi screening. Men det finns ingen svensk studie som belyser detta fenomen från patientens perspektiv. Därför finns det en anledning till att undersöka varför svenska kvinnor som regelbundet får en kallelse till mammografi screening hälsokontroll avstår från att komma.

SYFTE

Att undersöka och beskriva anledningar till varför kvinnor avstår från mammografi screening.

METOD

PILOTSTUDIE

Design

En kvalitativ metod valdes för att undersöka kvinnors anledningar till att inte delta i mammografi screening. Som datainsamlingsmetod användes semi-strukturerade intervjuer. Material analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004).

Egen förförståelse

Min profession är röntgensjuksköterska men jag har aldrig arbetat på mammografienheten. Jag har deltagit i mammografi screening undersökningar några gånger som en patient. Mina uppfattningar och upplevelse: proceduren är obehaglig och smärtsam, men jag deltar varje gång jag får kallelse.

URVAL

Målet för de flesta kvalitativa studier är att tillhandahålla en kontextualiserad förståelse av mänsklig erfarenhet genom intensiva studier av enskilda fall. Urvalets beslut styrs inte av en önskan att generalisera till en målgrupp. Kvalitativa forskare fastställer vilka grupper av människor som är berättigade att delta i deras forskning. Ett primärt kriterium är om en person har upplevt fenomenet som utforskas. Många kvalitativa studier använder målmedveten urvalsstrategi eller strategiskt urval när forskare selekterar fall som mest gynnar studien. Maximal variation sampling, som är den mest använda metoden för strategiskt urval, uppnås genom att välja deltagare med olika perspektiv och bakgrunder (Polit & Beck, 2012).

Kvalitativa studier använder nästan alltid små och icke slumpmässiga urval. En vägledande princip för urvalsstorlek är data mättnad - den punkten där ingen ny information erhålls och redundans uppnås. Faktorer som påverkar storleken inkluderar datakvalitet, forskarens kompetens och erfarenhet, räckvidd och känslighet av problemet (Polit & Beck, 2012).

I denna studie gjordes ett strategiskt urval för att få bredd variation på ålder och bostadsområde. Åldersgrupper: 40-54 år, 55-65 år och 66-74 år. Bostadsområde: stad, mindre

samhälle och glesbygd. Från varje grupp valdes fyra representanter från patientregister: stad, 40-54 år; stad, 55-65 år och så vidare. Pilotstudien omfattar fyra informanter.

Inklusionskriterier

Svensktalande kvinnor som bor i Värnamo kommun och som har uteblivit från mammografi screening hälsokontroll under mars-april 2013. Ålder: 40-74 år.

Exklusionskriterier

Icke svensktalande och de som säger sig inte har fått inbjudan trots att det varit skickat.

DATAINSAMLING

Tillstånd för att få tillgång till patientregister söktes på Medicinsk diagnostik förvaltning i Jönköpings län. Tillstånd godkändes på blankett ”Uppdrag som innebär att patientuppgifter hämtas från digitala register” vid obligatorisk rapportering av tidpunkter då uppgifter tagits fram. Områdeschefen på mammografienheten i Jönköpings län skrev ut listor med patientuppgifter på kvinnor i Värnamo kommun som under mars och april 2013 uteblev från mammografi screening vid bokad tid trots inbjudan. De listorna innehåller information om undersökningsdatum, patientens namn, efternamn och personnummer. Denna information var inte tillräcklig för att välja ut och kontakta patienterna. Jag var tvungen att med digital system RIS gå in på varje enskild patient data för att få patientens adress och kod på utebliven mammografi screening. Systemet innehöll inget telefonnummer. Patienter som jag var intresserad av hade kod 2 (de som ombokade tiden) eller 5 (de som ignorerade undersökning utan att kontakta Röntgen). Från patienter med kod 2 valdes kvinnor ut som inte kom att göra mammografiscreening på den nya ombokade tiden utan att kontakta röntgen. När patientens ålder och bostadsort var identifierad gjordes ett strategiskt urval beroende på de två faktorerna. Trettiosex kvinnor valdes från registret enligt urvalsbeskrivning och kontaktades via telefon.

Telefonnummer hittades inte i fem fall. En patient kunde inte svenska. En patient var inte i Sverige enligt anhöriga. Två patienter fick ingen kallelse. Nio patienter svarade inte när jag ringde. Tio patienter vägrade direkt att delta i studien.

Forskningspersonsinformation (Bilaga 1) skickades på posten till åtta personer. Fyra av dem tackade ja till att vara med i studien. De andra fyra hörde inte av sig. Tid och plats för intervjuerna bestämdes via telefon. Intervjuerna ägde rum i ett konferensrum på röntgenavdelning i Värnamo. Respondenterna skrev på samtyckesformulär (Bilaga 2) innan intervju påbörjades. Författaren presenterade sig och berättade kortfattad om sin bakgrund och anknytning till mammografi screening som röntgensjuksköterska och som patient. Allmänna uppgifter om respondenterna (ålder, civilstånd, bostadsort, utbildning, sysselsättning, släktingar med bröstcancer och tidigare mammografi screeningar) samlades in innan själva intervjun startade. Intervjuer spelades in på diktafon, vilket deltagare godkände. Inspelningar har avidentifierats och kodats och kommer att förvaras inlåsta.

Forskare vet vad de vill fråga, men kan inte förutse vilka svaren blir. Forskarens roll i processen är något strukturerad till skillnad från deltagarnas. Semistrukturerade intervjuer är intervjuer där forskare har en lista över ämnen att täcka snarare än ett visst antal frågor att ställa. Denna teknik gör att forskare får möjlighet att få all den information som krävs (Polit & Beck, 2012). Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor utfördes enligt intervjuguide med två frågeområden. Frågor som ställdes var: Hur reagerade du när du fick kallelse till mammografi screening? Hur kom du fram till beslut att delta eller inte delta? Kan du berätta om vad som påverkade ditt beslut? Det andra frågeområdet handlade om patienternas uppfattningar och kunskap om mammografi screening. Frågor var: Vad vet du om mammografi screening? Varför gör man det? Kan du berätta varför det är viktigt eller inte viktigt? Hur upplevde du själva proceduren, bemötande, kommunikation med personalen? Finns det något vi, som arbetar på Röntgen, kan göra för att få dig komma nästa gång för att göra mammografi screening? Intervjuerna tog mellan 10 och 30 minuter. Kvinnorna fick möjlighet att uttrycka sig fritt och berätta om sina erfarenheter, tankar och motiv relaterat till syftet.

DATAANALYS

Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter för att beskriva och identifiera variationer (skillnader och likheter) i innehållet. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

De centrala begreppen som används vid innehållsanalys är: analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. Graneheim & Lundman (2004) anser att den mest passande analysenheten är hela intervju eller observations protokoll: de är tillräckligt stora för att kondenseras och tillräckligt små för att göra kontexten greppbar för identifiering av meningsenheter. En meningsenhet kan bestå av ord, meningar och stycken i texten, dess innehåll och sammanhang hör ihop och utgör meningsbärande del i texten. Kondensering är ett sätt att reducera texten och därmed göra det lättare för hantering utan att förlora det viktiga innehållet. Abstraktion lyfter innehåll i texten till en högre logisk nivå med att sätta etikett (kod) på en meningsenhet. Liknande koder grupperas ihop. Detta utgör ett underlag till utveckling av kategori/tema. Kategori svarar på frågan ”Vad?” medan tema svarar på frågan ”Varför?” Kategorier används på en beskrivande nivå när det manifesta (uppenbara) innehållet presenteras, medan tema hör till en tolkande nivå och det latent (underliggande) budskapet. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012).

Intervjuerna transkriberades verbatim. Intervjutexter genomlästes några gånger för att få förståelse av texten som helhet. Sedan genomlästes texten åter med samtidig markering i högra marginalen i form av korta noteringar beroende på innehåll. De enheterna av texten som motsvarade studiens syfte placerades in i tabell i ett Word dokument som meningsbärande enheter. De textenheterna reducerades med bevaring av det centrala i innehållet vilket gjorde dem mer hanterbara. De placerades in i tabellen som kondenserade meningsbärande enheter. Abstraktion ledde till koder – ett ord eller en kort fras som representerade texten och utgjorde den tredje kolumnen i tabellen. Koder grupperades ihop till underkategorier. Tabellen skrevs ut i pappersform för att få en tydligare överblick av materialet. Underkategoriernas innehåll studerades och analyserades flera gånger innan de kunde grupperas enligt samhörighet till kategorier. Giltigheten för de kategorierna som bildades kontrollerades mot ursprungstexten under hela analysprocessen samt under diskussionen med min handledare. Detta resulterade i framställning av tre kategorier där en rymmer två underkategorier, den andra rymmer tre underkategorier och den tredje rymmer två underkategorier. Tabellens femte kolumn fylldes med kategorier och analysprocessen avslutades. Ett exempel från analysprocessen presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Koder	Underkategorier	Kategorier
Jag försöker att motivera mig själv. Jag behöver mer information: steg för steg. Jag vill veta i förväg hur det går till: då hinner min hjärna att hänga med. Kanske något lugnande skulle jag kunna få.	Motivera mig själv	Motivations behov	Stöd och hjälp	Att få individuellt anpassad vård
	Mer information	Information	Kommunikation	Att ha kunskap
	Information steg för steg	Stegvis information	Individuellt anpassad kallelse	Att få individuellt anpassad vård
	Information i förväg	Förberedelse	Stöd och hjälp	
	Något lugnande att få	Trygghets behov	Stöd och hjälp	

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det finns fyra huvudkrav på forskningsetiska principer och dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren har skyldighet att informera alla respondenter om forsknings syfte. Samtyckeskraven innebär att deltagaren har rätt att bestämma om den skall delta i studien eller ej.

Konfidentialitetskravet innebär att alla personer, som deltar i studien, får den största möjliga konfidentialiteten och deras uppgifter bevaras på sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dessa. Nyttjandekravet innebär att uppgifter om deltagare bara används för forskningsändamål (Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning).

Denna uppsats är en pilotstudie, som genomförs under utbildning vid Göteborgs Universitetet, vars forskningsinformation och samtyckesformulär godkänts av kursansvariga.

Denna typ av studie kräver inte ansökan till Etiska prövningsnämnden. Hantering av patient personuppgifter regleras av personuppgiftslagen SFS1998204.

Information som kan framgå från intervjuer vid denna studie, kan förbättra röntgen personals kunskap och förståelse för patienternas behov och ge oss möjlighet att organisera vårt arbete på

ett bättre sätt. Detta kan bidra till ökad patientdeltagande i mammografiscreening och som resultat, till minskad mortalitet på grund av bröstcancer.

Risker med denna forskning kan uppstå i samband med intervjuer, när vissa frågor kan framkalla onödig psykisk oro. Men med tanke på att alla respondenter har fått information, att de när som helst har rätt att avbryta sitt deltagande i studien, så bedöms nyttan av denna forskning vara större, än riskerna.

RESULTAT

Uppgifter om respondenternas ålder och bostadsort presenteras i Tabell 2. Nummer som respektive respondent har i denna tabell används vidare för att markera citat från intervjuerna vid redovisning av resultat.

Tabell 2. Respondenternas uppgifter

Respondent	Ålder	Bostadsort
1	48	Stad
2	54	Stad
3	57	Mindre samhälle
4	71	Stad

Tre kategorier identifierades under analysprocessen. De presenteras i Tabell 3 med tillhörande underkategorier.

Tabell 3. Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Att ha kunskap	Tidigare erfarenhet Kommunikation
Att kunna påverka	Beslut om deltagande Påminnelse Tillgänglighet
Att få individuellt anpassad vård	Individuellt anpassad kallelse Stöd och hjälp

ATT HA KUNSKAP

Tidigare erfarenhet

Tidigare erfarenhet från mammografiscreening bildade bas för respondenternas förståelse och kunskap om denna hälsokontroll samt påverkade deras beslut om deltagande i efterkommande kontroller.

En del av respondenter beskrev undersökningsproceduren som obehaglig och/eller smärtsam, medan den andra delen inte tyckte det:

”Jag tycker att det är mycket värre att gå till tandläkare. Jag tycker inte alls att det är farligt.”(1)

”Det var hemskt. Det gjorde ont, riktigt ont.”(2)

”Jag blev svettig, tyckte det var lite jobbigt.”(3)

Om tidigare erfarenhet var mycket negativ, då levde detta minne kvar i många år.

”Jag ville inte ens höra ordet mammografi. När folk på jobbet började prata om detta, då försvann jag bara. Jag gick. Jag ville inte medverka eller höra. UFF! Jag ville bara skydda mina bröst: ingen får tag i dem. Jag tackade nej till alla mammografiscreeningar under många år. Det berodde mycket på hur jag blev bemött.”(2)

Tidigare positiv erfarenhet ledde till upprepade hälsokontroller i framtiden med motsatt inställning till mammografiscreening.

”Jag tycker att det är en förmån att få gå och titta. Så att jag gör det för att jag vet att det är så många andra som upptäckte det när de kom hit.”(1)

Kommunikation

Patienter informeras skriftligt om mammografiscreenings syfte när de får kallelsen. Mer information och kunskap om proceduren kan patienter få vid undersökningstillfälle när de träffar röntgensjuksköterska. Alla respondenter visste varför det var viktigt att göra mammografi screening och majoriteten av dem var nöjda med information de fått från kallelse.

"...att man kan upptäcka om det finns någon bröstcancer."(1)

"Jag vet att det är för att upptäcka cancer tidigt"(2)

"För att upptäcka bröstcancer i ett tidigt stadium"(3)

"...jag vet ju att man skall göra det med jämna mellanrum, och det är ju för att man ska se små förändringar tidigt. Risken för cancer känner jag ju väl till." (4)

En av respondenterna skulle vilja veta mer och betraktade informationen hon fått som otillräcklig:

"Jag tycker att det inte är tillräckligt med information... Och det ger inte så mycket information och då måste man söka information själv."(2)

En annan respondent var tveksam om att det skulle vara bra att få mer information:

"Det kanske inte gör det, man skjuter ifrån sig."(4)

Kommunikation med röntgen personalen upplevdes som positiv och fungerande av nästan alla utom ett fall när verbal kommunikation var omöjlig på grund av språksvårigheter (respondent 2 kunde dåligt svenska när hon gjorde sin första mammografiundersökning för 20 år sedan).

"...det funkar bra."(1)

"Jättebra... .. De är duktiga... ..Man behöver inte ändra på något."(3)

”Utan att säga något. De tag bara mig med armen dit och hit. Ingen kommunikation – jag kunde ju inte språk.”(2)

ATT KUNNA PÅVERKA

Beslut om deltagande

Mammografiscreening är en frivillig hälsokontroll. Röntgenpersonal kan inte påverka patientens beslut om deltagande. Men patientens beslut kan vara ett sätt att påverka personalens arbete. Oberoende av inställning till mammografiscreening bestämde sig respondenterna för deltagande eller icke deltagande så fort som de hade fått kallelse.

”Jag tänkte att det var bra. Jag tänkte att jag skulle gå”(1)

”Det var precis när jag fick det på posten, så bestämde jag att nej, jag gör det inte.”(2)

Påminnelse

Trots att de bestämde sig för att delta i mammografiscreening, missade hälften av respondenterna sina hälsokontroller på grund av bortglömd tid.

”Ja, brevet försvann, så det var slarvigt från min sida kan man säga. Man ska skriva i almanacka direkt.”(1)

”Jag kom på det sedan och då letade jag upp lappen och tänkte att jag skulle ringa och få en ny tid, men det blev, tyvärr, inte av, jag glömde det också”(3)

Nuförtiden finns det inget påminnelse-system inom mammografi screeningsverksamhet utan patienten måste ringa själv för att få en ny tid. En utveckling av någon typ av påminnelse meddelande skulle kunna hjälpa att inte missa undersökningstid nästa gång.

”SMS eller en påminnelse hade varit bra, då skulle jag komma.”(1)

”Hade man fått ett SMS hade man ju reagerat, det brukar man få när man ska gå till tandläkare.”(3)

Tillgänglighet

När det var svårt att anpassa hemvistelse till undersökningstid för en respondent med intensivt privatliv och många resor, då skulle denna respondent vilja välja passande tid själv eller komma på en gång när hon kunde.

”Ja, det är svårt alltså. Så det kanske var bättre att man fick, ja man kanske skulle få reda på någon tidpunkt, till exempel 2013 på hösten...är det lämpligt att du hör av dig.”(4)

ATT FÅ INDIVIDUELLT ANPASSAD VÅRD

Individuellt anpassad kallelse

En respondent tyckte inte om kallelsen hon fått på grund av att innehållet inte var anpassad till hennes behov:

”Denna kallelse man får. Den är ju väldigt opersonlig.”(2)

Hon skulle vilja få proceduren beskriven steg för steg för att kunna förbereda sig:

”Jag behöver mer information: steg för steg. Jag vill veta i förväg hur det går till: då hinner min hjärna att hänga med.” (2)

”Jag var inte förberedd på något sätt vad jag skulle göra.” (2)

Stöd och hjälp

Respondenten 2 kunde dåligt svenska när hon gjorde sin första mammografi i Sverige för 20 år sedan. Hon kunde inte kommunicera och visste inte vad som pågick. Det fanns ingen som kunde stödja henne eller hjälpa henne, vilket framkallade att hon upplevde känsla av oro och ensamhet:

”Jag var ensam och ingen som var med. I mitt land brukar man alltid ha någon med sig...

...Jag visste inte vad de skulle göra...Jag väntat kanske i en halvtimme men för mig var det jättelång tid som jag väntade och väntade....och jag var orolig.... ...Att oroligheten kunde vara något som gjorde mig så... känslig. Jag var så spänd och svettades.” (2)

För att kunna klara av den starka oros känslan skulle hon vilja få någon form av medicin för att kunna lugna ner sig:

”Kanske något lugnande skulle jag kunna få.”(2)

Respondenten 2 avstod från mammografi screening under 20 års tid. Hon saknar motivation för att börja delta i denna hälsokontroll:

”Jag försöker att motivera mig själv.”(2)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syfte med vårdforskning är att kunna svara på frågor eller att lösa problem inom vår profession. Den kan handla om identifikation, beskrivning, förklaring, förutsättning eller kontroll (Polit & Beck, 2012). Forskningsmetod (kvalitativ, kvantitativ eller blandning) väljs beroende på problemområde, syfte och frågeställningar. Vårdvetenskaplig forskning använder ofta kvalitativa metoder för att beskriva subjektiva upplevelser. Syfte med min studie var att undersöka och beskriva kvinnors uppfattningar om deltagande i mammografi screening, vilket jag betraktade som ett subjektivt fenomen. Därför valdes kvalitativ forskningsmetod.

Begreppet ”*trustworthiness*” används i metodlitteraturen för att diskutera och bedöma studiens kvalitet när det gäller kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2012). Linkoln & Guba (1985) och Guba & Linkoln (1994) föreslår fem kriterier som ingår i detta begrepp: trovärdighet

(*credibility*), objektivitet (*confirmability*), pålitlighet (*dependability*), överbarhet (*transferability*) och tillförlitlighet (*authenticity*).

Ett strategiskt urval kan vara en rätt utgångspunkt vid kvalitativa ansatser medan ett slumpmässigt urval kan hota resultatets giltighet. Forskningsmaterial, som innehåller adekvata data, kan bli rikare med betoning på mångfald. Variationsvidd ger möjlighet att beskriva det aktuella fenomenet utgående från olika aspekter och utveckla nya hypoteser. Ett homogent material kan försämra forskarens möjlighet att hitta nyanser som ger ny kunskap. Ett relevant strategiskt urval minskar risken för systematiska fel som kan uppstå, vilket ökar studiens tillförlitlighet. För att inte samla in data om något annat än detta fenomen som skall studeras, bör relevanta källor till datainsamling väljas (Malterud, 2003).

Ett strategiskt urval med inklusions- och exklusionskriterier användes i mitt arbete för att välja de respondenter som bäst gynnade studiens syfte. För att kunna förstå varför det finns patienter som avstår mammografi screening, var det relevant att fråga vad de tyckte om deltagande i denna hälsokontroll. Varje människa är unik och därför ville jag ha heterogenitet inom informanterna för att kunna utforska alla möjliga anledningar till att avstå från deltagande i mammografi screening. Tyvärr, var jag tvungen att begränsa urvalet med att exkludera kvinnor som inte kunde svenska för att undvika problem med tolkning. Detta kan betraktas både positivt och negativt: å en sida begränsades urvalsbredden men å andra sida minskade risken för feltolkning. När forskaren beskriver ordentligt urvalsprocessen i sin studie är det en förutsättning för att resultatets överförbarhet skulle kunna bedömas. När det gäller antal respondenter i en kvalitativ studie är en bra regel att inte bestämma urvalsstorlek i förväg, utan under arbetets gång följa en forskningsstrategi att avsluta datainsamling när datamättnad uppnås (Malterud, 2003). Urvalsprocessen var problematisk. Begränsat antal deltagare i denna pilotstudie resulterade i att den största möjliga variation i urvalet samt datamättnad inte kunde uppnås. Det finns ingen möjlighet att generalisera resultat av kvalitativ studie vilket innebär att kunskapen som har producerats inte kan vara giltig utanför det begränsade empiriska urvalet.

Förförståelse, problemställning och teoretisk referensram spelar en avgörande roll för val av urval och datainsamlingsmetod (Malterud, 2003). Undersökningsdata kan samlas på ett antal olika sätt, men den vanligaste metoden är personliga intervjuer. Denna typ av intervju kräver omfattande planering och intervjuteknisk träning vilket betyder kostnad och tid (Polit & Beck,

2012). Den största fördelen med intervjuer är dess flexibilitet och bredden av omfattning. Den kan fokusera på ett brett spektrum av ämnen och dess information kan användas för många ändamål. Trots att det finns så många fördelar med att använda personliga intervjuer som datainsamlingsmetod, kan jag konstatera nu, att det inte har varit lätt att få patienter att delta i denna studie och detta har begränsat studiens överförbarhet. Samtidigt är det svårt att förutse vilken annan datainsamlingsmetod som skulle kunna användas med bättre resultat, med tanke på att bara 14 % av patienter som inte deltagit i mammografi screening har skickat in sina enkäter enligt Värmlands Rapport (Landstinget i Värmland, 2011).

Frågor som ställs för respondenten måste vara tydliga, enkla och utan tolkningsrisk. Genom att göra en kvalitativ intervju söker forskare nå kunskap om undersökningspersonens värld. Intervju är ett samtal mellan två människor men man kan knappt betrakta det som en vanlig dialog av två människor utan som en interaktion (Nunakoosing, 2005). Anledning till detta är att intervjuare och respondent inte är likvärdiga i denna process. För att försöka minska denna skillnad och skapa bekväm och ingivande miljö för respondenten, berättade jag om mig själv i början. Det var uppskattat och ökade förtroendet. Öppna frågor ställdes för att ge respondenter möjlighet att med egna ord beskriva sina upplevelser och uppfattningar vilket gjorde materialet rikare samt minskade författarens påverkan på svar. Öppna frågor går inte att besvara med ja eller nej, medan slutna frågor inte lämnar något spelrum för utvecklingar. Studiens objektivitet ökar när respondenterna pratar fritt och intervjuaren inte är för aktiv. Jag intervjuade själv alla respondenter vilket betyder att datainsamlingen utförts på liknande sätt. Detta stärker materialets trovärdighet. Längden på intervjuer i min studie varierade mellan 10 och 30 minuter, vilket kan anses vara en svaghet: det kan vara tecken på att intervjun inte var tillräckligt djup.

Syfte med kvalitativ studie om ett fenomen är att skaffa ny kunskap som kan ha olika former: beskrivningar, begrepp och teoretiska modeller. För att få fram ovanstående former, används analys. Det finns olika analysnivåer och ett logiskt samband mellan dem. Beskrivningar leder till formulering av begrepp. Begrepp i sin tur ger möjlighet för att utveckla teoretiska modeller. Ett val av analysnivå beror på studiens ambition och problemställning. Utveckling av nya beskrivningar och begrepp hör till deskriptiva analys- nivåer medan utveckling av teoretiska modeller betraktas som analytisk (Malterud, 2003). Min studies syfte har varit att ”undersöka och beskriva” så därför har jag bestämt mig för att göra en kvalitativ studie med manifest

innehållsanalys (induktiv ansats). Jag har inte haft ambitioner för att formulera begrepp eller utveckla teoretiska modeller på grund av att denna studie är begränsad.

Enligt Elo & Kungäs (2008) kan kvalitativ innehållsanalys användas för både induktiva och deduktiva ansatser. Jag har valt induktiv ansats med manifest analys (öppen analys, som utgår från innehållet i texten) som används när det inte finns tidigare studier som beskriver det aktuella fenomenet eller om kunskapen om fenomenet är begränsad/fragmenterad.

Dataanalys uppgift är nästan alltid ett mycket krävande mål, men det är särskilt utmanande för den kvalitativa studien av tre viktiga skäl: det finns inga systematiska regler för analys och presentation av kvalitativa data; enormt arbete; reducering av data för rapportering (Polit & Beck, 2012).

Författaren transkriberade själv det insamlade materialet. Detta underlättade den naiva förståelsen av texten samt minskade risken för feltolkning och stärkte studiens trovärdighet. Kvalitativ innehållsanalys utfördes enligt Graneheim & Lundman (2004). För att minska risk att förlora viktiga innebörder i tolkningen och öka objektivitet har författaren valt att meningsbärande enheter inte får vara för korta. Analysprocessen beskrevs steg för steg. För att stärka studiens trovärdighet och kontrollera att val av underkategorier, kategorier och resultatbeskrivningar var rimliga och relevanta, diskuterades analysprocessen med min handledare. Egen förförståelse subjektiva påverkan reducerades med ett reflexivt förhållningssätt under studiens förlopp.

Resultat av detta arbete är inte överförbart vilket innebär att det inte har giltighet utanför studien. Det är svårt att bedöma hur en fullständig datainsamling kan genomföras på basen av denna pilotstudie. Att motivera kvinnor som vägrar göra hälsokontroller med mammografi screening att delta i en intervju om detta är svårt. Å andra sidan kan fullständig studie göras med kvinnor som har positiv inställning till deltagande i mammografi screening men har missat hälsokontrollen ändå. Då skulle författaren välja bara kvinnor med kod 2 från början. Detta skulle minska studiens mångfald men samtidigt göra resultatets överförbarhet bättre inom begränsad patientgrupp.

RESULTATDISKUSSION

Tre aspekter av kvinnors anledningar till att avstå från deltagande i mammografi screening framgår som resultat av denna studie. Patienten får sin kunskap genom kommunikation och tidigare erfarenhet vilket stämmer med Benners & Wrubels (1989) beskrivning av begreppet ”kroppslig intelligens” när kvinna får kunskap direkt via sin kropp, samt med påståendet att kommunikation överför budskap, kunskaper och information (Säljö, 2000). Möjlighet att påverka sin egen vård uppfattas som ett sätt att öka deltagande i mammografi screening enligt alla respondenter i detta arbete. Ett önskemål att få individuellt anpassad vård som inkluderar hjälp, stöd och information i kallelse som motsvarar den konkreta människans förväntningar och behov framkommer från en intervju med respondenten som har negativ inställning till mammografi screening.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982) stärker patientens ställning med att ge patienten rätt till information, delaktighet och inflytande. Samtidigt ställs det stora krav på hälso- och sjukvården som får nya uppgifter som en problemlösande och lärande insats. För att kunna klara av sådana uppdrag måste vårdpersonal utom att ha ämneskunskaper skaffa sig nya kunskaper om hur människor lär. Patienters dåliga följsamhet kan vara resultat av vårdpersonalens försök att överföra kunskap i form av informationsbitar. Det traditionella sättet att förmedla kunskap misslyckas ofta att få patienten att se på sjukdomen på ett medicinskt sätt och agera därefter (Hansson Scherman & Friberg, 2009).

Grunden för all god vård är att det finns kommunikation som fungerar. För att kunna nå fram till patienten måste personalen som arbetar inom vården, lära sig att kommunicera på ett professionellt sätt, vilket kan vara en komplex och utmanande uppgift. Brister i kommunikationen och informationsöverföring kan bli avgörande för patientens beslut att inte delta i hälsokontroller (Bruyninckx, Mortelmans, Van Goethem & Van Hove, 1999). Tydlighet i informationens struktur och budskap är viktiga faktorer som påverkar kommunikationens effektivitet. Patienter behöver mer detaljerad information före och under screening (Hamilton, Wallis, Barlow, Cullen & Wright, 2003). Enligt Lindh & Sahlqvist (2012) bör följande aspekter i kommunikationen beaktas: innehållet i informationen som ska förmedlas (vad?); sättet som informationen ska förmedlas på (hur?); skälen till att förmedla informationen (varför?) och involverade personer i informationsutbytet (vem, vilka?).

Tänkande och språklig kommunikation kan inte jämföras med varandra. De är inte identiska trots att det finns ”släktskap” mellan dem. Det finns skäl att betona denna skillnad utgående från sociokulturellt perspektiv påpekar Säljö (2000). I många forskningsarbeten som studerar hur människor tänker använder forskare intervjuer. Då ställer forskare frågor till personer och antar att svaret ger en bild av individens tänkande om en företeelse. Detta kan ge upphov till ett kategorimisstag och kan inte vara förenligt med ett sociokulturellt synsätt: forskare kan studera vad människor säger, skriver eller gör, men det är alltid kontextuellt bestämt och avspeglar inte riktigt människans tankevärld. Det beror alltid på den aktuella situationen och villkor, vad som upplevs som rimligt eller ej önskvärt att säga. Social interaktion och kommunikation ställer vissa krav, vilka individen uppfyller enligt sin uppfattning (Säljö, 2000). Denna studie visar att alla respondenter som har haft positiv inställning till deltagande i mammografi screening missat sina hälsokontroller ändå, trots att de själva anser att det är viktigt att undersökas.

Patienten har rätt till att få individuellt anpassad information, men kunskap och förståelse uppstår inte automatiskt i samband med detta. Budskapet tolkas av patienten utifrån egna erfarenheter och värld. För att kunna förvandla informationen till kunskap måste vi fånga patientens uppmärksamhet och intresse (Hansson Scherman & Friberg, 2009). Att kunna se problem från patientens synvinkel och förstå dennes värld och värderingar kan vara lösning i så fall. Respekt för människors integritet och autonomi kan kollidera med personalens uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdom. Dialog mellan vårdpersonalen och patienten kan vara ett sätt att lösa konflikten som uppstår mellan de aspekterna. Utan några symtom känner patienten sig frisk (Benner & Wrubel, 1989) och undviker att bli utpekad som sjuk. Det finns patienter som saknar motivation att delta i hälsokontroller som kan leda till oönskat resultat. Patientens motivation på ett aktivt sätt bidra till sin egen vård kräver pedagogiska insatser. Kommunikation och gemensam förståelse i vårdsamtalet kan vara en väg till patientens och personalens lärande (Säljö, 2009). Deltagandeperspektiv på lärande, som betonar, att det inte går att skilja på kroppen och tankar när det gäller lärandeprocessen, ger möjlighet att skapa situationer inom vården när patienten kan förändra sitt deltagande (Martin, 2009).

Vården är fortfarande inte tillräckligt patientfokuserad enligt Socialstyrelsens ”Hälso- och sjukvårdsrapport”(2009b), som tar fram följande indikationer för patientfokuserad vård: respektfullt och individuellt bemötande, patientens egna kunskaper och erfarenheter tas

tillvara, individuell information och kunskapsöverföring, individens delaktighet i den egna vården (planering och genomförande). För att kunna öka patientmedverkan och involvera denne i vårdförloppet måste personalen titta på varje patient från helhetsperspektiv. Varje människa är unik och har sina egna specifika behov, förväntningar, värderingar och erfarenheter. Delaktighet och självbestämmande är patientens rättigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen.

När det gäller omvårdnad och kommunikation med patienten kan inte denna del av mammografi undersökningen underskattas. En röntgensjuksköterska bemöter, instruerar, undervisar, förklarar, motiverar, handleder patienten och all detta under väldigt begränsad tid. Hög kompetens och bra utvecklade färdigheter krävs för att kunna bedöma patientens omvårdnads behov beroende på hälsotillstånd, ursprung, ålder, kulturella skillnader, förväntningar, social kompetens, tidigare vård erfarenheter, karaktär och humör, rädsla för olika moment vid undersökning och för undersöknings resultat. Tidigare studier om faktorer som påverkar deltagande i mammografi screening nämner många olika orsaker till varför kvinnor avstår från denna hälsokontroll. Watson – Johnsson et al (2011) rapporterar att negativ erfarenhet (dålig bemötande och smärtsam procedur) är en av de anledningar som leder till att kvinnor uteblir från mammografi screening medan Tang et al (2009) redovisar att tillfredsställelse med bemötande och kommunikation inte har någon betydelse eller påverkan på deltagande i nästa screening. Resultat av min studie visar att kvinnor med olika inställningar till deltagande i mammografi screening har olika upplevelse av denna undersökning. Deras uppfattningar och förväntningar skiljer sig mycket när det gäller bemötande, motivation informationsbehov och kommunikation.

Resultat av min pilotstudie har påverkats av begränsat antal deltagare. Alla ”röster” är inte med. Kvinnor med positiv inställning till deltagande i mammografi screening dominerar i denna studie. En fullständig studie med en stor antal deltagare skulle kunna ge flera nyanser och perspektiv.

SLUTSATS

Det är möjligt att öka antal deltagare i mammografi screening med att hjälpa kvinnor som har positiv inställning till deltagande i denna hälsokontroll att få möjlighet att påverka sin egen

vård. Orsaker till icke deltagande, som anges av denna grupp av patienter (bortglömd tid, inget påminnelse-system och ingen möjlighet att välja tid själv) kan åtgärdas med förändring på röntgenavdelningens rutiner.

REFERENSLISTA

Aspelin, P. & Pettersson, H. (2008). *Radiologi*. Studentlitteratur. Pozkal. Poland.

Bergh, J. & Emdin, S. (2008). Bröstcancer. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s.265-292). Stockholm: Författarna och Liber AB.

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, CA: Addison.Wesly.

Bruyninckx, E., Mortelmans, D., Van Goethem, M. & Van Hove, E. (1999). Risk factors of pain in mammographic screening. *Social Science & Medicin*, 49; 933-941.

Elo, S. & Kungäs, B. (2007). The qualitative content analysis. *Jornal of Advanced Nursing* 62; 107-115.

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002). Hämtad 2012-02-15, från www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf

Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Red.) *Handbook of qualitative research* (s. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-113.

- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Guvenc, I., Guvenc, G., Tastan, S., Akyuz, A. (2012). Identifying Women`s Knowledge about Risk Factors of Breast Cancer and Reasons for Having Mammography. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13*; 4191-4197.
doi:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.8.4191>
- Hamilton, E.L., Wallis, M.G., Barlow, J., Cullen, L. & Wright, C. (2003). Women`s views of a breast screening service. *Health Care for Women International, 24*; 40-48.
- Hansson Scherman, M. & Friberg, F. (2009). Patienten gör inte som vi vill. I M. Hansson Scherman & U. Runesson (Red.), *Den lärande patienten* (s.15-33). Poland: Pozkal.
- Heidinger, O., Batzler, W.U., Krieg, V., Weigel, S., Biesheuvel, C., Heindel, W., Hense, H.-W. (2012). The Incidence of Interval Cancers in the German Mammography Screening Program. *Deutsches Ärzteblatt International, 109* (46); 781-787.
- Landstinget i Värmland (2011). *Faktorer som påverkar deltagande i mammografihälsokontroller - Rapport från enkätundersökning våren 2011*. Hämtad 2012-02-15, från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/cancervard/utvecklingsarbeten_cancervard/can_cervard_tidigupptackt
- Liang, W., Kasman, D., Wang, J.H., Yuan, E.H., Mandelblatt, J.S. (2006). Communication between older women and physicians: Preliminary implications for satisfaction and intention to have mammography. *Patient Education and Counseling, 64*; 387-392.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lind, M. & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Malterud, K. (2003). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Martin, C. (2009). Lärande som förändrat deltagande. I M.Hansson Scherman & U. Runesson (Red.), *Den lärande patienten* (s.63-86). Poland: Pozkal.

Nunokoosing, K. (2005). The problem with interviews. *Qualitative Health Reserch*. 15; 698-706.

Nyström, L., Andersson, I., Bjurstam, N., Frisell, J., Nordenskjöld S. & Rutqvist, LE. (2002). Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002, 359: 909-919.

Otto, S.J., Fracheboud, J., Verbeek, A.L.M., Boer, R., Reijerink-Verheij, J.C.I.Y., Otten, J.D.M., Broeders, M.J.M., de Koning, H.J. (2011). Mammography Screening and Risk of Breast Cancer Death: A Population- Based Case-Control Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21 (1), 66-73. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0476

Polit, D.F.& Beck, C.T. (2012). *Nursing reserch: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams&Wilkins

Russel, K.M., Perkins, S.M., Zollinger, T.W., Champion, V.L. (2006). Sociocultural Context of Mammography Screening Use. *Oncology Nursing Forum*, 33 (1), 105-112

SBU (2011). *Datorassisterad granskning inom mammografiscreening (CAD)*. Hämtad 2013-02-02, från <http://www.sbu.se/alert>

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*.

SFS 1998:204 *Personuppgiftslagen*

- SKL (2012). *Deltagande i mammografiscreening 2011*. Hämtad 2013-02-02, från http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=6ba4251d-fbe7-44b1-984b-d23ceb38f9dd&FileName=bil.+3+Deltagandefrekvens+mammografi.pdf
- Socialstyrelsen.(2009b) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för bröstcancersjukvård*.
- Socialstyrelsen.(2009). *Cancer i siffror*. Hämtad 2013-02-10, från www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009126127_2009126127.pdf
- Svensk Förening för röntgensjuksköterskor (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad röntgensjuksköterska*. Hämtad 2013-02-10, från http://www.swedrad.com/images/stories/kompetensbeskrivning_2012_02_20.pdf
- Svensk Förening för röntgensjuksköterskor (2009). *Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor*. Hämtad 2013-02-10, från [http://www.swedrad.se/images/stories/aktuellt/2009/Yrkesetiskkod %20svensk.pdf](http://www.swedrad.se/images/stories/aktuellt/2009/Yrkesetiskkod%20svensk.pdf)
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken*. Stockholm: Nordstedts
- Säljö, R. (2009). Institutionella språk och samtal om hälsa. I M. Hansson Shcerman & U. Runesson (Red.), *Den lärande patienten* (s. 39-58). Poland: Pozkal.
- Tang, T.S., Patterson, S.K., Roubidoux, M.A., Duan, L. (2009). Women`s mammography experience and its impact on screening adherence. *Psycho-Oncology*, 18; 727-734. doi: 10.1002/pon.1463
- Törnberg, S. (2008). Screening för tidig upptäckt av cancer. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s.32-41). Ljubljana, Slovenien: Författarna och Liber AB
- Vitak, B. & Svane, G. (2008). Radiologisk bröstdiagnostik. I P. Aspelin & H. Pettersson (Red.), *Radiologi* (s.383-406). Poland: Pozkal.

Watson-Johnson, L.C., DeGross, A., Steel, 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), 1887-1894. doi: 10.1089/jwh.2010.2724

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION Varför avstår kvinnor från mammografi screening?

Bakgrund och syfte

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige. Genom mammografi-screening går det att upptäcka bröstcancer i ett tidigt stadium och sänka dödligheten i bröstcancer. Svenska studier visar att mellan 13-31 % kvinnor inte kommer till mammografiscreening. Vi på Röntgen i Jönköpings län vill veta anledningen till varför patienterna uteblir från mammografiscreening trots inbjudan.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras inom Värnamo kommun. Tillstånd har medgivits från områdeschef för mammografienheten i Jönköpings län för att få tillgång till patientregistret. Vi har genom patientregistret identifierat dig som en person som inte kommit på mammografi screening . Du tillfrågas härmed om att delta i denna studie med syfte att få kunskap om anledningen till varför du inte deltog på den erbjudna mammografiscreeningen.

Hur går studien till?

Om du bestämmer dig för att delta i studien, kommer en röntgensjuksköterska att ringa dig för att bestämma tid för en intervju. Intervjun kan ta 30-60 min. Tid och plats för intervju kan du välja själv. Intervjun skall spelas in för att därefter skrivas ned och analyseras. Resultat av denna studie presenteras sedan i en magisteruppsats (examensarbete på avancerad nivå) vid Göteborgs Universitet.

Vilka är riskerna?

En möjlig risk med att delta i intervjun är att vissa frågor kan upplevas som känsliga och obehagliga. Men du har rätt att själv välja om du vill svara på sådana frågor samt du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien.

Finns det några fördelar?

Resultatet kan bidra till att röntgenpersonalen får hjälp med att förbättra rutinerna runt mammografiscreening enligt patientens behov.

Hantering av data och sekretess

Intervju material kommer att skrivas ner och avidentifieras. Texten och inspelningen kommer att förvaras så att inte obehöriga kan ta del av dem. Allt material hanteras enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultat av denna studie kan du få hos Göteborgs Universitet eller med att kontakta ansvariga personer nedan.

Försäkring, ersättning

Ingen ekonomisk ersättning eller kompensation utgår.

Frivillighet

Deltagande i denna studie är frivillig och du kan när som helst avbryta din medverkan. Ingen särskild förklaring krävs för detta.

Ansvarig för denna studie:

Tatiana Sterlingova
Legitimerad Röntgensjuksköterska
Värnamo sjukhus, Röntgen
0370 – 697 622
tatiana.sterlingova@mittvardforbund.se

Handledare för denna studie:

Ingalill Koinberg
Med. Dr., Leg spec. Sjuksköterska i
onkologi
Institution för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien
Göteborgs universitet
031-786 60 23
ingalill.koinberg@gu.se

Varför avstår kvinnor från mammografi screening?

SAMTYCKESFORMULÄR

Härmed intygar jag att som deltagare i denna studie har jag fått både skriftlig och muntlig information om studiens syfte, utförande och mina rättigheter i samband med detta. Jag har informerats om att mina uppgifter hanteras konfidentiellt och allt material som samlas in endast kommer att användas för studiens vetenskapliga syfte. Mitt deltagande är frivilligt och jag kan när som helst avbryta den utan att förklara orsaken.

Jag bekräftar härmed att jag väljer att delta i studien och godkänner att forskarna involverade i studien får korrespondera med mig per telefon eller e-post.

Namnsteckning, deltagare

Ort och datum

.....

.....

Namnförtydligande

.....

E-mailadress

Telefon (dagtid)

.....

