



IKER  
GAZTE  
NAZIOARTEKO  
IKERKETA EUSKARAZ

## VI. IKERGAZTE NAZIOARTEKO IKERKETA EUSKARAZ

2025eko maiatzaren 28, 29 eta 30a  
Bilbo, Euskal Herria

ANTOLATZAILEA:  
Udako Euskal Unibertsitatea (UEU)



Aitortu-PartekatuBerdin 4.0

### OSASUN ZIENTZIAK

**Bularreko minbizi diagnostikoaren  
ostean, aukera kirurgikoen  
aurrean erabakiak hartzeko  
prozesuaren deskribapena**

*Garbiñe Lozano-Real,  
Júlia Ollé-Gonzalez,  
Maialen Araolaza Arriola,  
Maidar Lamarain Altuna,  
Olalla Ondarra Zubeldia,  
Olga Canet-Vélez eta  
Ane Arbillaga-Etxarri*

209-216 or.

<https://dx.doi.org/10.26876/ikergazte.vi.04.25>

ANTOLATZAILEA



BABESLEAK



LAGUNTZAILEAK



## **Bularreko minbizi diagnostikoaren ostean, aukera kirurgikoen aurrean erabakiak hartzeko prozesuaren deskribapena**

Garbiñe Lozano-Real<sup>1</sup>, Júlia Ollé-Gonzalez<sup>2</sup>, Maialen Araolaza Arrieta<sup>1</sup>,  
Maidar Lamarain Altuna<sup>1</sup>, Olalla Ondarra Zubeldia<sup>1</sup>, Olga Canet-Vélez<sup>2</sup>,  
Ane Arbillaga-Etxarri<sup>1</sup>

*1 Deusto Physical Therapist, Fisioterapia Saila, Osasun Zientzien Fakultatea, Deustuko Unibertsitatea; Donostia, 2 Grupo de Investigación en Salud Global, Género y Sociedad Institut de Recerca en Salut; Blanquerna*  
*garbine.lozano@deusto.es*

### **Laburpena**

Bularreko minbiziaren tratamendu kirurgikoen aurrean erabakitze prozesua deskribatzea da lan honen helburu nagusia. Horretarako, euskal autonomia erkidegoko hiru lurraldeetako emakumeen datuak jaso ziren, guztira 135. Azterketaren aldagai nagusia erabakitze prozesua izanda, *Shared Decision Making* (SDM-Q-9) eta *i-SHARE* baliozkotutako galdetegiak erabili ziren. Horietaz gain, euren autopertzepzioa kontuan izateko, eta partehartzaileen ezaugarri sozioekonomikoak ezagutzeko, ad-hoc galderak erabili ziren. Emaitzei dagokienez, erabakiaren kalitatearen autopertzepzio baxua erakutsi dute datuek, eta kirurgia motaren arabera prozesua ezberdin baloratzen dela ere. Bularreko minbizi diagnostikoa jasotzen duten emakumeen, eta kirurgia egitea erabakitzen den horretan, hartutako erabakietan eragile ezberdinek duten inplikazioa oraindik gehiago aztertzea beharrezkoa da.

Hitz gakoak: bularreko minbizia, erabakitze prozesua, mastektomia eta kirurgia berreraikitzailea

### **Abstract**

*The main objective of this study is to describe the decision-making process regarding surgical treatments for breast cancer. To achieve this, data were collected from 135 women across the three provinces of the Basque Autonomous Community. The primary variable of analysis was the decision-making process, assessed using the validated Shared Decision Making (SDM-Q-9) and iSHARE questionnaires. Additionally, an ad-hoc question was included to consider participants' self-perception. Socioeconomic characteristics of the participants were also recorded. The results indicate a low self-perception of decision quality and suggest that the evaluation of the decision-making process varies depending on the type of surgery. The findings highlight the need for further research into the involvement of key actors in the decision-making process of women facing breast cancer surgery.*

*Keywords: breast cancer, decision-making process, mastectomy and reconstructive surgery*

## **1. Sarrera eta motibazioa (Formatu orokorra eta bibliografia)**

Bularreko minbiziaren tratamendu kirurgikoa aukeratzea, neurri handi batean, tumorearen ezaugarrien eta pazientearen nahien arabera da. Egoera klinikoek ahalbidetzen dutenean, emakumeek interbentzio kirurgiko mota aukeratu ahal izaten dute, eta, une horretan, erabakiak hartzeko prozesu bati egin beharko diote aurre. Prozesu horretan, bularreko minbiziak eragindako aukera kirurgikoen aurrean azken erabakia hartu beharko dute. Edozein aukera da ona, eta aukera bat ere ez da ez ona ez txarra.

Erabakia hartzeko prozesua pazientearen proba klinikoek eta lehenasunek gidatu behar dute. Emakumeen erabakia kalitatekoa izateko, modu askean, adostuan, elkarlanean, osasun-profesionalek gidatuta eta edozein baldintzatzaile edo diskriminaziorik gabe hartu dela bermatu behar da. Ildo horretan, erabakiak hartzeko prozesuak emakumeen autonomia sustatu behar duela defendatu da, erabakiak hartzerakoan modu aktiboan parte hartzeko jarrera indartuz.

Hala ere, aukera kirurgikoen aurrean erabakiak hartzeko prozesua murriztuta egon ohi da arrazoi ezberdinengatik. Profesionalek, emakumeekin batera erabaki partekatutak egiten dituzten edota kalitatezkoak diren jakiteko informazio gutxi daukagu gaur egun. Prozesu hori nola gertatzen den jakiteko ere datu mugatuak daude. Guk dakigunez, bularreko minbiziak

eragindako aukera kirurgikoen aurrean erabakiak hartzeko prozesuan emakumeen lehentasunak kontuan hartzea eta mediku-taldeak parte hartzea ez da inoiz gure lurraldean aztertu.

## 2. Arloko egoera eta ikerketaren helburuak (Azpiatalak eta zerrendak)

Bularreko minbizia emakumeen artean ohikoena da gaur egun. Espainiako Minbiziaren Aurkako Elkartearen (AECC) behatokiaren arabera, 2023an 100.000 emakumetik 153 bularreko minbizi kasu berri atzeman dira Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), guztira 1.741 kasu berri.

Bularreko minbizi goiztiarraren tratamendua hainbat modutan egiten den arren, AECCren arabera, emakumeen %64ak mastektomia bitartez ekiten dio minbiziaren tratamendu kirurgikoari. Kirurgia horrek bularra partzialki edo osorik erauztea dakar, eta, horren ondorioz, emakumeek maila anitzeko inpaktua jasaten dute ikerketa ugarien aburuz, hala nola gorputz-iruditegian, sexu-funtzionamenduan eta, ondorioz, bizi-kalitatean (García-Solbas et al., 2021; Gargantini eta Casari, 2019).

Testuinguru klinikoaren, pronostikoaren eta egoera pertsonalaren arabera, mastektomiaren interbentzioa aukera kirurgiko hauetan laburbildu daiteke: berehalako berreraikitzea, berehalakoa ez den berreraikitzea (lehenengo ebakuntzan azal zati bat kendu gabe uzten da beranduago protesia sartzeko) (García-Etienne et al., 2012) eta itxiera laua edo “*flat closure*” ingelesez, zeinetan ez da bularraren berreraikitzea egiten (Morrison eta Karp, 2022).

Cohenen arabera, informazio kirurgikoa (denbora, orbaina, berreskuratzea, etab.) eta aukera bakoitzaren arriskuak erabakiak hartzea oztokatzen duten arrazoiak dira (Cohen et al., 2016). Gainera, Wilkins-ek (2018) gogorarazten du esku-hartze mota bakoitzak arrisku eta onura gehiago edo gutxiago dakarrela, eta arrisku eta onura horiek arretaz transmititu, aztertu eta kontuan hartu behar direla pertsonaren dimentsio pertsonala kontutan izanik (Wilkins et al., 2018).

Kirurgia mota bat edo bestea aukeratzeko, erabakia hartzeko prozesuaren kalitateari erreferentzia eginez, asko dira prozesu horretan eragina duten faktoreak. Kalitatezko erabakia, informatua eta asimilatua den erabakia bezala ulertzen da, pazientearen lehentasun edota sinesmenekin koherentzia duelarik (Luan et al., 2016; Lee et al., 2017; Sun et al., 2013). Erabaki hori, prozesu konplexu baten ondorio da neurri handi batean, ezjakintasun eta zaurgarritasun testuinguru batean murgiltzen den erabakitze prozesua baita. Honek guztiak, aukera kirurgikoen aurrean kalitate gutxiko erabakiak hartzera bultzatzen dituzte emakumeak.

Ikuspegi kritikoa feminista edota genero ikuspegi batetik, agerian dago bularreko minbiziaren ondorioz tratamendu kirurgikoa aukeratzeko momentuan, erabakiaren atzean agertzen diren argudio nagusiak gizarte arau normatiboetan oinarritzen direla. Giza gorputz iruditegi normatiboa eta estetika jakin batean oinarritutako genero irizpideek erabakitze prozesua markatu dezakete, gizarte-kanon jakin batzuk markatuta, estetika onargarria lortzeko presioaren arabera erabakia. Faktore horiek emakumeen erabakietan zenbateraino eragiten duten aztertzea beharrezkoa da.

Lan honen helburu nagusiak honako hauek dira:

### 2.1 Helburuak

- Helburua (1): Bularreko minbiziaren tratamendu kirurgikoen aurrean erabakitze prozesuaren kalitatea aztertzea.
- Helburua (2): Bularreko minbizia duten emakumeek, erabakia hartzearen kalitateari buruz duten autopertzepzioa deskribatzea kirurgia motaren arabera.

### 3. Ikerketaren muina

#### Metodologia

Datuak jasotzen hasi aurretik, ikerketa lan honek Deustu Unibertsitateko Etika Batzordearen onspena jaso zuen (ETK-6/23-24). Lan honetan aztertutako aldagaiak beste proiektu handiago baten parte dira.

Aztertutako biztanleria, bularreko minbizia diagnostikatu zieten eta horren ondorioz kirurgia jaso behar izan zuten eta hemezortzi urte edo gehiago zituzten emakumeak izan ziren. Euskal Autonomia Erkidegoan jaso ziren datuak 2024 urte hasieran. Proiektuaren informazioa eta difusioa probintzietako erakundeen laguntzarekin, posta elektronikoko bidez eta sare sozialen bitartez egin zen. Datuak jasotzeko erabili zen erreminta online galdetegi bat izan zen. Bertan, datu guztiak modu anonimoan jaso ziren eta guztira 135 galdetegi bete ziren. Erabakia hartzea izan zen azterlanaren aldagai nagusia. Aldagai hori bi ikuspuntu edo unetatik jorratu zen:

1) Erabakiak hartzeko prozesua: prozesua, berez, hartu beharreko erabakiari buruzko erabakiak hartzen diren fase osoa dakar, bai kontsulta medikoetan, bai kontsulta medikoetatik kanpo. Horrek esan nahi du, prozesu hori eraikuntza progresibo, konplexu eta dimentsio askotakoa dela.

2) Profesionalen neutraltasunaren autopertzepzioa, hartutako azken erabakiaren kalitatea eta eragina: eskuhartze hori ez dago prozesuan oinarrituta, fokua azken fasean jartzen du, non erabakia jada hartua dagoen.

Galdetegian, ondoren zehazten diren galdesortak jaso ziren:

- Ezaugarri sozioekonomikoak: adina, probintzia, egoera zibila, ikasketa maila eta lan egoera.
- Kirurgiarekin zerikusia zuten aldagaiak: diagnostiko data eta ebakuntza mota.
- Erabakitze prozesua: i-SHARE eta Shared Decision Making (SDM-Q-9) galdetegiak erabili ziren. iSHARE galdetegian, erabakitze prozesu osoa baloratzen da, kontsulta barruko eta kontsultaz kanpoko kontextuak, eta pazientearen eta medikuaren jarrerak barneratuz. 15 galdera ditu eta 0-5 arteko eskala erabiltzen da (0-inondik ere; 5-guztiz). Puntuazio altu batek kalitate hobea erakusten du galdetegi honetan. SDM-Q-9 galdetegiak, pazientearen aburuz, erabakitze prozesua zenbateraino elkarbanatu den baloratzen du. 9 galdera ditu eta 0-5 arteko eskala erabiltzen da (0-batere ados; 5-guztiz ados).

Behin erabakia hartuta zegoenean, emakumeen autopertzepzioa baloratzeko ad-hoc galderak erabili ziren:

- Neutraltasuna: galdera hau egin zen, "Zure ustez, zer neurritan agertzen da neutral medikua bularreko ebakuntza planteatzeko orduan?". Erantzunak 0tik 10rainoko eskala bitartez neurtu ziren (0-batere neutrala; 10-guztiz neutrala).
- Erabakiaren kalitatea: bi galdera erabili ziren hau baloratzeko. Lehenengoa, "Kalitatezko erabakia hartu duzula uste duzu? Kalitatetzat hartzen da erabakia zenbateraino informatu eta asimilatu den, pazientearen lehentasunekin koherentea izanik.". Erantzuna "Bai" edo "Ez" izan zitekeen. Bigarren galdera, "Zure ustez, zein izan da hartu duzun erabakiaren kalitatea?". Erantzunak eskala bidez jaso ziren (0-kalitaterik ez; 10-kalitate gorena).

Datuen analisisa Jamovi programaren bitartez egin ziren. Analisi deskriptiboak egin ziren, kirurgia motaren arabera taldeak ezberdindu ziren beraien artean alderatzeko.

**Emaitzak**

Galdetgia helarazi ondoren, guztira 135 emakumek parte hartu zuten azterlanean, proposatutako galdetegi guztiari erantzunez. Bataz besteko adina 53 urtekoa izan zen. Partehartzaileen ezaugarri soziodemografikoak eta kirurgikoak hurrengo tauletan agertzen dira.

**1. Taula. Galdetgia osatu duten emakumeen ezaugarri sozioekonomikoak.**

		N (%)
<b>Probintzia</b>	Gipuzkoa	67 (%50)
	Bizkaia	61 (%45)
	Araba	7 (%5)
<b>Ikasketa maila</b>	Lehen mailakoak	6 (%4)
	Bigarren mailakoak	35 (%26)
	Goi mailakoak	94 (%70)
<b>Lan egoera</b>	Jubilatua	18 (%13)
	Laneko baja	24 (%18)
	Langabezia eta paroa	3 (%2)
	Ordaindu gabeko etxeko lanak	5 (%4)
	Soldatapean edo lan autonomoa	74 (%55)
	Langabezia eta parorik ez	4 (%3)
	Beste batzuk	7 (%5)
<b>Egoera zibila</b>	Ezkontuta edo bikotea	101 (%75)
	Bananduta edo dibortziatua	12 (%9)
	Ezkontgabea	16 (%12)
	Alarguna	6 (%4)

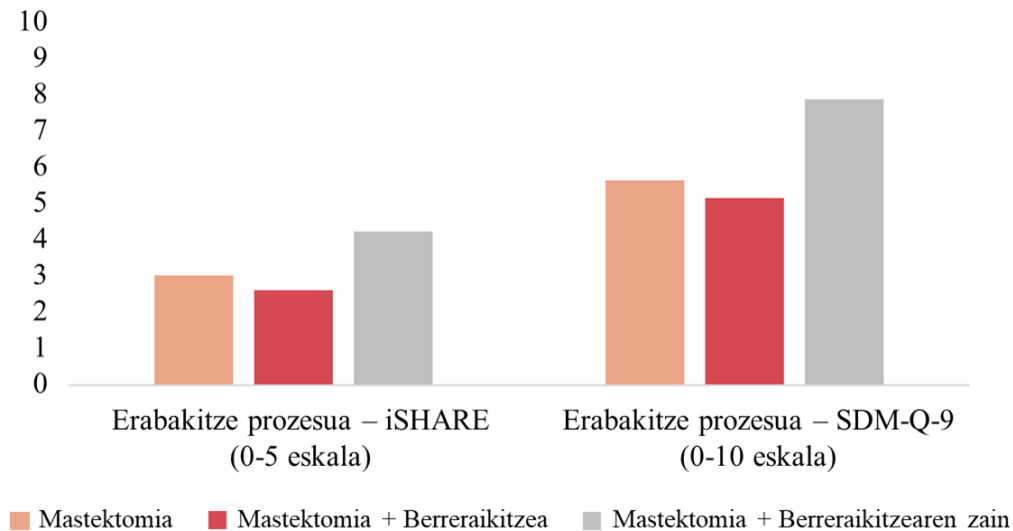
Parte-hartzaile gehienak Gipuzkoakoak eta Bizkaikoak izan ziren, %95a hain zuzen. Ikasketa mailari dagokionez, 135 horietatik, 94k goi mailako ikasketak burutu zituzten, 35k erdi mailako ikasketak eta 6k lehen mailakoak. Lan egoerari dagokionez, %55a soldata zuten edo lan autonomoa egiten zuten, beraz, ehuneko handi bat beste gainontzeko lan baldintzetan egon zen. Azkenik, egoera zibilarri dagokionez, ikertutako pertsonen artean gehiengoak, ezkontuta edo bikotean zegoela adierazi zuten.

**2. Taula. Galdetgia osatu duten emakumeen kirurgia mota bularreko minbizi diagnostikoa dela eta.**

	Kopurua	Ehunekoak (%)
Mastektomia	72	53
Mastektomia + berreraikitzea	55	41
Mastektomia + berreraikitzea egiteko zain	8	6

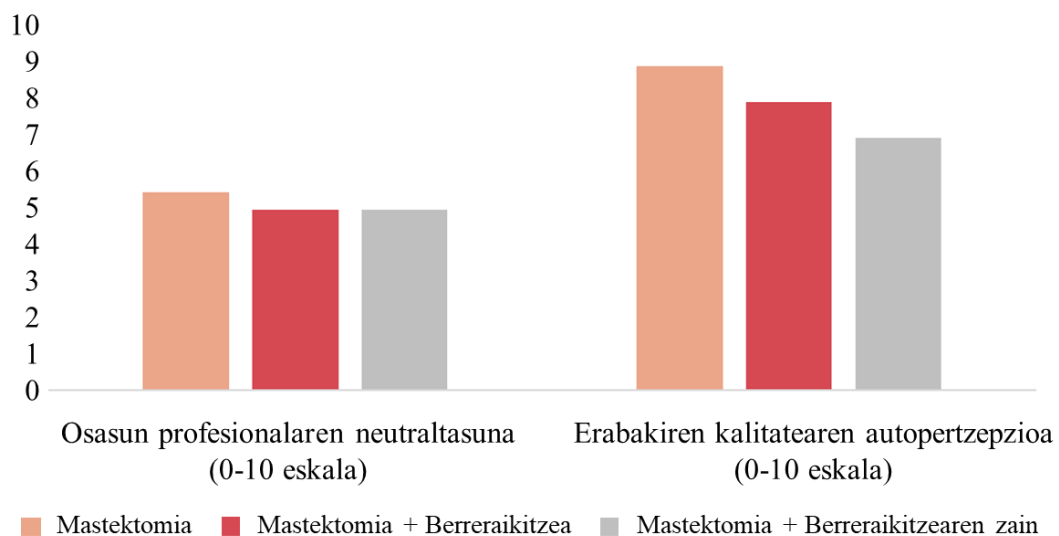
Emakume gehienek berreraikuntzarik gabeko mastektomia dute, 72k (%53) zehatzagoak izateko. Gutxi batzuk berreraikitzea egiteko zain zeuden (%6a), eta guztien artean, 55k (%41) bularraren berreraikitzea egina zuten jadanik.

**1. Irudia. Kirurgia motaren arabera, erabakitze prozesuari buruzko balorazioa i-SHARE eta SDM-Q-9 galdetegiaren bitartez.**



Prozesua aztertzen duten bi galdetegiak emaitza edo joera antzekoa erakutsi zuten, non berreraikitzearen zain zeuden emakumeek puntuazio handiagoa erakutsi zuten, eta berreraikitzea egin zuten emakumeek, berriz, puntuaziorik baxuena.

**2. Irudia. Kirurgia motaren arabera, erabakiaren kalitateari buruzko balorazioa eta osasun profesionalen neutraltasunaren balorazioa.**

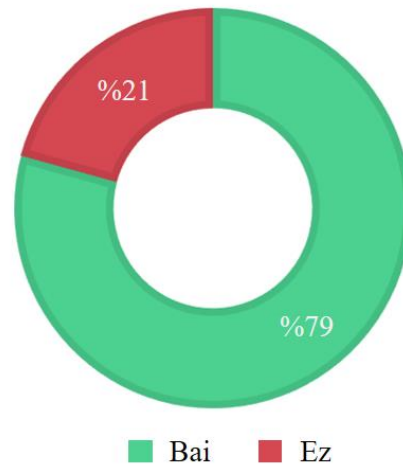


**Neutraltasuna** - “Zure ustez, zer neurritan agertzen da neutral medikua bularreko ebakuntza planteatzeko orduan?”; **Erabakiaren kalitatea** – “Zure ustez, zein izan da hartu duzun erabakiaren kalitatea?”.

Parte-hartzaile gehienek uste dute kalitatezko erabaki bat hartu dutela, 8 batekin baloratuta. Mediku-kontsultetan eta ondoren erabakiak hartzeko prozesua, oro har, hobeto baloratzen dute emakumeek, berreraikitzearen zain dauden bitartean. Profesional sanitarioen neutraltasunaren pertzepzioak 5eko balioa du, eta ez dago ia alderik aukera kirurgikoen artean. Hartutako

erabakiaren kalitatearen autopertzepzioa handiagoa da berreraikuntzarik gabeko emakumeen artean, berreraikuntzadun emakumeak eta berreraikitzearen zain daudenak baino, hurrenez hurren.

### 3. Irudia. Kalitatezko erabakia izan den edo ez baloratzen duen atala.



**Erabakiaren kalitatea** - "Kalitatezko erabakia hartu duzula uste duzu? Kalitatetzat hartzen da erabakia zenbateraino informatu eta asimilatu den, pazientearen lehentasunekin koherentea izanik."

Parte-hartzaileen % 79k uste zuen kalitatezko erabakia hartu zuela, eta % 21ek, berriz, ezetz (kalitatetzat hartzen da erabakia zenbateraino informatu eta asimilatu den, pazientearen lehentasunekin koherentea izanik).

### 4. Ondorioak

Emakume gehienek, mastektomia ondoren bularra ez berreraikitzea aukeratzen dute. Bizkaian joera handiagoa dago berreraikitzea aukeratzeko, eta Araban eta Gipuzkoan, berriz, ez berreraikitze joera handiagoa da. Ikasketei dagokienez, joera mantendu egiten da. Lehen mailako ikasketak zituzten emakumeak 6 baino ez ziren izan, eta guztiek erabaki zuten ez berreraikitzea. Egoera zibilaren azterketan ikusten da berreraikuntzarako joera handiagoa dagoela ezkongabe edo banandu/dibortziatu kategorietan dauden parte-hartzaileen artean.

Erabakitze prozesuari dagokionez, Berreraikitzearen zain dauden emakumeek erabakia hartzeko prozesuarekiko gogobetetze handiagoa azaltzen dute, emaitza honen atzean, litekeena da, kirurgia egiteko prozesuan egotea da, non berehalako ekintza baten zain dauden (kasu honetan, bularra berreraikitzea). Zentzu honetan, litekeena da osasun-arloko profesionalen presentzia handiagoa izatea, eta erabakiak hartzeko prozesuaren deliberazioa askoz ere ageriagoa eta askoz ere biziagoa izatea. Emakume hauen datuek ez dute bat egiten jadanik kirurgia prozesutik pasa diren emakumeekin, gogobetetze baxuagoa erakutsi baitute.

Emakumeek somatutako kalitateari dagokionez, kalitatezko erabakia izatea, osasun profesionalen neutraltasun handiagoarekin eta hartutako erabakiaren autopertzepzio hobearrekin lotuta dago. Era berean, kalitatezko erabakia hartzea, aholkularitza profesional handiagoa izatearekin, alderdi pertsonala eta ingurunearen iritzia gehiago kontuan hartzearekin lotura zuzena dagoela ikusi dugu.

Aldez aurreko ikerketek, emakumeen balioek eta lehentasunek eragin handia dutela erakutsi dute bularra berreraikitze hautaketan. Erabakiak hartzerakoan, balio pertsonalak eta aukeratutako ebakuntza kirurgikoa bat ez datozenean, pertsonarengan gatazka sortzen da (Giunta et al., 2021). Beste azterlanen arabera, bularra berreraikitzea egin duten emakumeek, interbentzio kirurgikoari buruzko informazio nahikoa jaso ez izana salatu dute, eta hori, erabakiak hartzeko orduan eragina duten faktore nagusietako bat da (Lee et al., 2017; Yang et al., 2023). Gaur egun, pazienteek hainbat kanalen bidez eskura dezakete bularra berreraikitzeari

buruzko informazioa, baina, hala ere, informazio gehiena okerra edo osatu gabea da (Vargas et al., 2015). Informazio osatugabeaz gain, berreraikitzearen aldeko hautua egin duten pazienteek, interbentzio kirurgikoak dituen arriskuei buruzko informazioarekin ez daudela batere pozik salatu izan dute ere (orbaintze- eta berreskuratze-denbora, gai teknikoak edo lortutako emaitza kirurgikoak) (Cohen et al., 2016). Horrek guztiak bularra berreraikitzea aukeratzen duten emakumeen autonomian eta ahalduntzean eragina izan dezake.

Aipatutako guztia kontutan hartuta, emakumeek hartzen dituzten erabakietan autonomia eta kalitatea sustatzeko, informazio baliabideak handiagoak izan behar direla ondorioztatu dezakegu. Kirurgia bakoitzaren kalte ondorioak eta abantailak ezagutu behar dituzte, eta horien inguruan hausnartzeko denbora bermatu behar da. Osasun profesionalek, pazienteen lehenetsunak abiapuntu bezala hartu beharko lituzkete berreraikitzea edo ez proposatzen denean, eta ez soilik norma estetikoak. Aukera kirurgiko guztien inguruko informazioa eskura izatea garrantzitsua da.

## 5. Etorkizunerako planteatzen den norabidea

Lan honen harira, bularreko minbizia duten emakumeen ibilbidea eta bizipenak gehiago aztertzea eta beraien testuingurutik abiatzea da gure helburu nagusia. Horretaz gain, beste ikerketetan burutzen den bezala, interesgarria ikusten dugu osasun arloko profesional ezberdinen ikuspuntua ere aztertzea, euren bizipen profesionala ezagutzuz, prozesua eta lan baldintzak hobeto ezagutzeko ahalbidetzen baitu. Osasun sistemak dituen helburu orokorrak kontuan izanda, eta pazientearen erdigunean jartzeko intentzio horrekin bat egiteko, lan honek balio handiko informazioa bilatzeko abiapuntua dela uste dugu.

Mastektomia baten aurrean hartzen diren erabakiak nola hartzen diren eta zein faktorek eragiten duten sakondu nahi dugu, eta hori bada erronka handia. Lehen esan bezala, osasun sistemaren funtzionamenduan eragina izan dezakeen informazio iturrietako bat pazienteetan oinarritu beharko litzatekeela uste dugu, eta horretarako, pazientearen bizipen subjektibo horiek modu sistematikoago batean gehiago aztertzea gustatuko litzaiguke.

Lan honen balioa handitzeko, galdetegiak osasun sistemaren bitartez pasatzea nahiko genuke, informazio iturri fidagarriagoak izateko eta erabakia hartu osteko denboraren kontrola eduki ahal izateko.

## 6. Erreferentziak

- Asociación Española Contra el Cáncer. (2018). Datos del cáncer de mama. Asociación Española contra el cáncer. <https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/content-file/Datos-cancer-mama.pdf>
- Cohen, W. A., Ballard, T. N. S., Hamill, J. B., Kim, H. M., Chen, X., Klassen, A., Wilkins, E. G., & Pusic, A. L. (2016). Understanding and Optimizing the Patient Experience in Breast Reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, 77(2), 237-241. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000550>
- Garcia-Etienne, C. A., Forcellini, D., Sagona, A., Caviggioli, F., Barbieri, E., Cornegliani, G., Giannasi, S., & Tinterri, C. (2012). Breast reconstruction: A quality measure for breast cancer care? *The Breast*, 21(1), 105-106. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2011.08.133>
- Gargantini, A. C., & Casari, L. M. (2019). Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 16(1), 43-60.
- Giunta, S., Laidsaar-Powell, R., Huang, L., Hatcher, N., Dhillon, H., Muscat, D. M., Carroll, S., McNeil, C., Burke, L., Howson, P., Chan, B., & Juraskova, I. (2021). Considering the type and timing of breast reconstruction after mastectomy: Qualitative insights into women's decision-making. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 54, 102024. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102024>

- Lee, C. N.-H., Deal, A. M., Huh, R., Ubel, P. A., Liu, Y.-J., Blizard, L., Hunt, C., & Pignone, M. P. (2017). Quality of Patient Decisions About Breast Reconstruction After Mastectomy. *JAMA Surgery*, 152(8), 741-748. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0977>
- Luan, A., Hui, K. J., Remington, A. C., Liu, X., & Lee, G. K. (2016). Effects of A Novel Decision Aid for Breast Reconstruction: A Randomized Prospective Trial. *Annals of Plastic Surgery*, 76 Suppl 3, S249-254. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000722>
- Morrison, K. A., & Karp, N. S. (2022). Not Just a Linear Closure: Aesthetic Flat Closure after Mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 10(5), e4327. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000004327>
- Sun, C. S., Reece, G. P., Crosby, M. A., Fingeret, M. C., Skoracki, R. J., Villa, M. T., Hanasono, M. M., Baumann, D. P., Chang, D. W., Cantor, S. B., & Markey, M. K. (2013). Plastic Surgeon Expertise in Predicting Breast Reconstruction Outcomes for Patient Decision Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery. Global Open*, 1(6), e78. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000000010>
- Vargas, C. R., Kantak, N. A., Chuang, D. J., Koolen, P. G., & Lee, B. T. (2015). Assessment of online patient materials for breast reconstruction. *The Journal of Surgical Research*, 199(1), 280-286. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.04.072>
- Wilkins, E. G., Hamill, J. B., Kim, H. M., Kim, J. Y., Greco, R. J., Qi, J., & Pusic, A. L. (2018). Complications in Postmastectomy Breast Reconstruction: One-year Outcomes of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium (MROC) Study. *Annals of Surgery*, 267(1), 164-170. <https://doi.org/10.1097/SLA.00000000000002033>
- Yang, S., Yu, L., Zhang, C., Xu, M., Tian, Q., Cui, X., Liu, Y., Yu, S., Cao, M., & Zhang, W. (2023). Effects of decision aids on breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1025-1044. <https://doi.org/10.1111/jocn.16328>

## 7. Eskerrak eta oharrak

Aipamen honetan, bereziki, Iñurri elkarteak eragin duen bultzada eskertu nahi dugu. Lan honen inspirazioa izan dira. Baita, parte hartu duten emakumeei, lan taldeari, eta gainontzeko ikerlariei eskerrak erakutsi nahi dizkiegu ere.

Eskerrik asko parte hartzaile guztiei prestatu genuen galdetegi luzearen amaieraraino iristeagatik, ez baita erraza denbora eta gogo hori ateratzea. Halaber, beren prozesuak berriro irekitzeko edo horietan arakatzeko prestutasunagatik, eta datuekin lan egiteko konfiantza emateagatik.

Bide luzea dago egiteko oraindik denei esker, proportzionalki erantzutea espero dugu. Eskerrik asko Mar gure lehenengo esperimientua egiten uzteagatik.

Lan hau Garbiñe Lozano-ren tesi lanetik eratorria da, eta honen baitan, Emakundeko diru-laguntza jaso da ikerketa txostena sortuz (Emakunde-Emakumearen Euskal Erakundearen emakumeen eta gizonen berdintasunaren arloko ikerlanetarako beken deialdia 2023).