



GASTEIZKO ERIZAINZAKO UNIBERTSITATE-ESKOLA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE VITORIA-GASTEIZ



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Minbiziaren aurkako tratamenduen aurrean nerabe eta heldu gazteek ugalkortasunaren inguruan dituzten beharrak



Gradu Amaierako Lana

2020-2021 ikasturtea

Literaturaren berrikusketa kritikoa

Gasteizko Erizaintza Unibertsitate - Eskola

Egilea: Maddi Aztiria Galdos

Hitz kopurua: 5843

Data: 2021/04/09

Aurkibidea:

Sarrera:	3
Esparru kontzeptuala eta Justifikazioa:	4
Helburua:	9
Metodologia:	10
Emaitzak eta eztabaida:	15
Ondorioak eta inplikazioak:	25
Mugak eta zailtasunak:	27
Erreferentzia bibliografikoak:	28
Eranskinak:	33
1.Eranskina: Kontzeptu-taula	33
2.Eranskina: Bilaketa - taula	36
3.Eranskina: Irakurketa kritikorako gidoiak.....	43
4.Eranskina: Fluxu-diagrama	60
5.Eranskina: Laburpen-taula	61
6. Eranskina: Zuhaitz kategoriala.....	74
7. Eranskina.....	75
8.Eranskina	76
9. Eranskina.....	77
10.Eranskina.....	78

Sarrera:

1-Marko teorikoa eta justifikazioa: Minbizia osasun publikoan arazo gehien sortzen duen gaixotasunetariko bat da, nerabeengan %1,5eko prebalentzia duena Espainian. Adin tarte honetako pazienteek Kimioterapia edo/eta Erradioterapiaren ondorioz, besteak beste, gonada toxizitatea izateko arriskua dutela kontuan hartuta, obulutegi gutxiegitasuna, espermatogenesi prozesuaren asaldura eta disfuntzio sexuala eraginez, pazienteek zein ingurukoek, kezka, sentipen eta beldur desberdinak bizi ditzakete; osasun profesionalen aldetik behar gisa identifikatu eta asetu behar direnak sostengu jarraitua eskaintzen zaien bitartean.

2-Helburua: Minbiziaren aurkako tratamenduen aurrean (Kimioterapia edo/eta Erradioterapia) nerabe eta heldu gazteek ugalkortasunaren inguruan dituzten beharrak identifikatu eta aztertzea.

3-Metodologia: Literaturaren berrikusketa kritikoa eraman da aurrera; horretarako, Medline, Cinhal, Cochrane, Embase, Cuiden eta PsycINFO datu baseetan eta ASCO, NCCN eta ESMO Onkologiako orrialde ofizialetan, RNAO eta NICE ebidentzian oinarritutako orrialdeetan eta DOYMA aldizkari elektronikotan eskuzko bilaketak egin dira, 2010. urtetik aurrerako artikulak aurkitzeko. Modu honetan, 17 artikulua hautatu dira, ondorengo ikerketa motetan banatuak: 9 artikulua kualitatibo, 3 artikulua kuantitatibo, 2 artikulua mixto, literaturaren errebisio sistematiko 1 eta 2 Gida Kliniko.

4-Emaitzak eta eztabaida: Pazienteek informazio beharra daukate; bereziki ugalkortasun galera arriskua eta honi aurre egiteko alternatibetan zentratzen dena, formatu eta denbora mailakatuagoan eskaini behar izanez. Ingurukoekin dituzten erlazioek eskainiriko sostenguan, familia, guraso eta bikotea oinarrizko euskarri gisa aipatzen dira. Aurre-egite estrategietan berriz, arriskuaren aurrean dituzten aukerak baloratzea eta emozioen arteko konfrontazioa saihestea adierazten dira eta azkenik, asistentzialki hobetu beharreko zenbait alderdi nabarmentzen dira.

5-Ondorioak eta inplikazioak: Asetu gabeko beharren ezagupenean oinarrituta, paziente zaurgarrienen arreta eta fertilitatearen inguruko informazio osatua eskaintzearen ardura duten profesionalen rola bereizteko eta komunikazioa hobetzeko alderdiak daudela ondorioztatzen da. Horrela, asistentziaren kalitatea bermatzeko, osasun profesionaleri zuzenduriko jarraipen giden aplikazioa beharrezkoa ikusten da.

Esparru kontzeptuala eta Justifikazioa:

Minbizia bere baitan gaixotasun multzo anitz hartzen dituen gaixotasun orokor bat da, bere ezaugarri deskribatzaile nagusia zelula anormalen bikoizketa azkarra izanik, bere ohiko mugetatik at haztean, gorputzaren inguruko eremuak inbaditu edo urrunago dauden organoetara zabaldu daiteke¹.

Osasun publikoan arazo gehien sortzen duen gaixotasunetariko bat da Espainia mailan, gaur egun jaiotzetik 80 urte bitartean minbizia garatzeko arriskua gizonezkoetan %41,7koa izanik eta emakumeetan %27,3koa. Espainiako Estadistikako Inститutu Nazionaleko (INE) azken informeak dioenaren arira, 2018an minbizia bigarren heriotzakausa nagusia izan arren (%26,4), aurreko urteekin alderatuz tasa hau %1,3 jaitsi zen. Urteroko minbiziaren prebalentziaren handipena %6a izanda, hauen artean nerabeen minbizi kasuen prebalentzia %1,5ekoa dela kontuan hartzekoa da^{2,3}.

Minbizia diagnostikatu dieten 15-39 urteko nerabe eta heldu gazte hauek AYA laburduraz ezagutzen dira, ingelesezko *Adolescent and Young Adults* izenpean. Honen barnean, nerabeak 15-24 urte bitarteko gazteei deritze eta heldu gazteak berriz, 20 urtetik aurrerako gazteei ezartzen zaien terminoa da Nazio Batuen hitzetan. Ia adin tarte honetako 70.000 pertsoneri diagnostikatzen zaie minbizia urtero Estatu Batuetan, 15 urtetik behera diagnostikatutako pazienteak baino 7 aldiz gehiago; gehien erregistraturiko kasuen artean aurkituz kartzinoma, linfoma eta leuzemia kasuak. Hala ere, adin honetako pazienteen bizi-iraupen tasa handiagoa dela ikusi da helduagoak diren paziente eta paziente pediatrikoekin alderatuz; paziente hauen %81ak bizirik jarraitzen baitu diagnostikoa jaso eta 5 urteetara^{4,5,6}.

Paziente zehatz hauek behar espezifiko batzuk dituzte, minbiziak eguneroko bizitzan eta garapenean sortzen dien inpaktu disruptiboagatik. Izan ere, diagnostikoa mehatxu bat izan daiteke etorkizunerako, nerabearen eguneroko bizitza asalduz epe motz zein luzera, gaixotasunaren inpaktu, eboluzio eta tratamenduaren albo ondorioengatik, arlo fisikoa, ekonomikoa, soziala zein psikologikoa oztopatu baitezake. Beraien adineko beste edozein nerabeek bezala, etorkizuneko erronka izango diren berezko aldaketa fisiko eta psikologikoez gain, minbiziaren mehatxuari ere egin beharko diote aurre. Ohiko bizitza sozialarekin jarraitzeko zailtasuna izango dutela onartzeak, besteak beste, mugak sortu eta garapen prozesua oztopatu diezaieke^{7,8,9}.

Garapen honi jarraikiz, feminitate eta maskulinitate rolei lotuta, minbizidun gizonezko askok baloratzen dute ugalkortasun gaitasuna, eta emakumeek ere, biologikoki haurdun geratzearen garrantzia azpimarratzen dute. Datu hauek kontuan hartuta, aipatzekoa da minbizien %10 inguru, 45 urteen aurretik ematen dela eta emakumeen kasuan, diagnostikoen %25a erreproduzio plan bat hasi gabe dagoela egiten da. Azken urteetan lehen haurdunaldia izateko adina 30-35 urteen gainera atzeratu da eta Espainiako Estatistikako Institutu Nazionalak (INE) adierazten duenez, 2018.urtean 18 eta 30 urte bitarteko emakumeen %88,1ak ez zuen haurrik izan oraindik, eta gizonen artean berriz, %95,1ak. Beraz, guraso izateko adinaren atzerapen honek, minbizia diagnostikatutako paziente gazteek oraindik haurrik ez izatea suposatzen du^{10,11,12}.

Ugalkortasun galera minbiziaren ondorio horietako bat da, modu ezkor batean eragin dezakeena adin emankorrean dauden paziente hauen bizi kalitatean. Gaixotasunaren eboluzioak berak, ugalkortasun gaitasuna murriztu dezake, minbizi hematologiko, linfoma, garun-hipotalamo, barrabil edo obulutegiko minbizien ondoriozko azoospermia edo obulazioaren oztopatzearen ondorioz. Gaixotasunari aurre egiteko tratamenduei dagokionez, kirurgia bidezko ugalkortasun organoen erauzketa gerta daiteke, ugalkortasun gaitasuna zuzenki asaldatur. Bestalde, Terapia Berrien eta Imunoterapiaren efektu gonadotoxikoak ezagutzeko ikerketa gehiago behar dira oraindik, baina argi dago Kimioterapia edo Erradioterapiaren ondorioz gonada toxizitatea izateko arriskua bereziki altua dela, ondorio ezkor gehiagoren artean, aipaturiko infertilitatea edo behin betiko esterilitatea eraginez^{3,6,9}.

Kimioterapiak obulutegiko zonalde kortikaleko fibrosia eta asaldura baskularra sortzen du obulutegian, folikuluen suntsiketa modu azkar batean aktibatuz, horrela erreserba obarikoa murriztu eta obulutegien gutxiegitasuna edo behin betiko menopausia eragin dezake. Barrabiletan berriz, ehun interstizialaren fibrosia eta hialinizazioa eragiten du, Leyding zelulen funtzioa asaldatu eta espermatogonien kalitate eta kantitatean eragin dezake, infertilitatera bideratuz. Horrez gain, asaldura hormonalak, atzeranzko eiakulazioa eta disfuntzio sexuala eragin ditzake⁶.

Eragina desberdina izango da pazientearen eta farmakoaren ezaugarrien arabera. Pazienteari dagokionez, tratamenduaren aurretik duen erreserba obarikoa emakumeen kasuan, espermatozoideen kalitatea gizonezkoen kasuan, eta adina kontuan hartzea garrantzitsua da etorkizuneko arriskua baloratu ahal izateko. Farmakoei dagokienez berriz, agente Alkilantez osaturiko tratamenduek eragin gonadotoxikoagoa sortzen

dutela ikusi da; linfoma, leuzemia edo bular minbizietan Kimioterapia Konbinatuan erabiltzen diren Mostaza Nitrogenatuaren deribatuek, besteak beste Ziklofosamidak, esterilitatea eragiteko portzentaila altua dutela ikusi da. Kimioterapia Sistemikoak ere, minbizi kasu gehienetan efektu gonadotoxiko altuagoa duela frogatu da, arriskua handiagoa izanik dosi altuagoa jasotzen duten pertsona zaharragoetan^{3,6}.

Modu berean, Kimioterapia bezain kaltegarria izan daiteke **Erradioterapia** ugalkortasunarentzat. Kontuan hartuz obulutegi eta barrabiletan lokalizatutako erradioterapia arrisku faktore primarioa dela disfuntzio gonadala sortzeko, irradiazio kranealaren ondorioz ardatz hipotalamiko-hipofisiario-gonadalean ere hormona desoreka sortu eta obulazioaren edo espermatogenesiaren prozesua oztopatu dezake. Gorputz osoak irradiazioa jasotzen duenean berriz, obulutegi gutxiegitasunaren tasa %72tik %100ra izango da⁶.

Irradiazioa pelbisaren inguruan ematen bada, emakumeetan obozitoei eragin eta umetokiko endometrioia baskularki asaldatu dezake, fibrosia eta estenosia sortuz ehun baginalean, disfuntzio sexuala ere erraztuz. Gizonezkoetan berriz, dosi, irradiazio gradu, barrabilen gertutasun eta adin aurreratuagoa izanda, arriskua ere handiagoa izango da⁶.

Egoera honen aurrean, fertilitatea mantentzeko aukerak zubi gisa jokatu dezake minbizia gainditu ondorengo etapan guraso izateko nahia duten pertsonetan, fertilitatea mantentzeko aukerak paziente bakoitzaren arabera moldatu behar izanik; izan ere, paziente guztiek ez dute arrakasta lortzeko aukera berdina^{6,13}.

Emakumeen **fertilitatea mantentzeko aukera** nagusien artean aurkitzen da kriopreserbazioa, obulu ez fekundatuak edo iada fekundatuak izoztean datzan teknika. Aurreprestaketa gisa, 10 egunetan zehar Gonadotropina Askatzailea den Hormonaren (GnRH) antagonistak auto administratzearen bidez obulutegiaren funtzioa kontrolpean mantenduko da, ondoren obozitoen garapena eragin eta bagina bidez obuluak lortzeko. Minbiziaren aurkako tratamendua segidan hastea indikatua dagoen kasuetan, obulutegiko ehuna izoztea aukera bat izan daiteke modu esperimentalean; baita Trasposizio teknika ere, obulutegia umetokitik aldentzean oinarritzen dena irradiaziotik babesteko^{14,15}.

Gizonezkoen fertilitatea mantentzerako orduan, gaur egungo aukera bakarrenetarikoa da espermatozoideen kriopreserbazioa. Etorkizuneko espermatozoideen baliagarritasuna bermatzeko, beharrezkoa izango da hauen egoera eta kalitatea baloratzea tratamendu gonadotoxikoaren aurretik. Lagin ez funtzional edo esperientzia sexual murrizta duten

nerabeen kasuan, espermatozoideak lortzeko elektroieiakulazioa eta ehun testikularraren kriopreserbazioa erabili daiteke, modu esperimentalean¹⁵.

Teknika hauek laguntza mota bat suposatu arren, modu berean karga psikologikoa handitu dezakete pazienteengan. Erabakia diagnostiko momentutik oso gertu hartu behar dela kontuan hartuta, pazienteek segurtasun falta senti dezakete, presiopean hartutako erabakiaz damutuko diren beldur¹¹.

Pazienteak sarri, gazteegiak sentitu daitezke familia baten eraketan pentsatzeko, konplexua izanik, beraien etorkizunerako funtsezkoa izango den aspektu bati buruzko erabakiak hartzea horrelako trauma fisiko eta psikologiko bat bizitzen ari direnean. Horrela, paziente hauen gurasoen papera ere kontuan hartzekoa da, berdin sentitu ditzakete antsietate edo kezka sentimendu horiek, heldutasun nahikoa ez duten beraien seme-alaben erabakietan parte hartuko dutelako, besteak beste^{11,16}.

Literaturaren arabera, adin honetako pazienteen ezagupen falta nabaria da, sarri eztabaidatu gabe gelditzen den gai honen inguruan; baliteke aukerak beranduegi proposatzeagatik edo tratamendua ez atzeratzeagatik, besteak beste. Prozesu hau guztia kudeatu eta erabakiak hartzerako orduan, antsietate eta autoestimu zein identitatearen inguruko kezkak izan ditzakete, egoera honi aurre egiteko prest ez daudela sentituz. Ondorio gisa, ikusi da pazienteen %27ak soilik onartzen duela fertilitatea mantentzeko teknietan parte hartzea gizonezkoetan, eta portzentaila hau oraindik ere baxuagoa dela frogatu da emakumeetan^{3,7,11,16}.

Pazienteak erabaki egokiena hartu ahal izateko, egoeraren erabateko ezagutza behar du, eta horretarako ezinbestekoa da bere ezaugarri eta gaitasunen araberako informazioa jasotzea. Ikerketen arabera, fertilitatea eta hau mantentzeko teknikei buruzko informazioa jaso duten pazienteek prestatuagoak sentitzen direla adierazten dute epe luzera larritasuna kudeatu ahal izateko, erabakiarekin loturiko damu gutxiago azalaraziz^{8,16}.

Adin pediatrikoko eta helduagoak diren pazienteekin alderatuta, 15–39 urte bitarteko adin erreproduktiboan dauden paziente hauei buruzko ikerketak murrizagoak dira; honek erraztuz, gaur egun, oraindik ere ildo jakin bat ez jarraitzea ugalketaren inguruko aholkularitza eskaintzeko¹⁷.

Minbiziari aurre egiten dioten pertsona kopurua handituenez, gehiago azpimarratu da etorkizuneko bizi - kalitatean tratamenduen albo ondorioek zein eragin izaten dituzten.

Gai honekiko kontzientziaren handipenak, geroz eta paziente gehiagok laguntza behar izatea eragin du, beraien ugalkortasun gaitasuna mantentzeko edo honekiko erabaki bat hartzeko. Horrela, garrantzitsua da egoera honetan aurkitzen diren pazienteen **kezkak, lehentasunak eta bizi izan ditzaketen emozioak ezagutzea**, modu berean, dituzten **beharrak ere identifikatzeko**. Era honetan, bai prozesu onkologikoan zein etorkizunerako familia planean, beraien autonomia errespetatuz eta paziente gisa ahaldunduz, modu informatu batean erabakiak hartzeko aukera izan dezaten, guk osasun profesional gisa, sostengu jarraitua eskaintzen diegun bitartean^{11,13}.

Helburua:

Prozesu onkologiko baten ondorioz Kimioterapia edo/eta Erradioterapia jasotzen duten nerabe eta heldu gazteek, ugalkortasunaren inguruan dituzten beharrak identifikatu eta aztertzea.

Metodologia:

Diseinu mota:

Lan honen helburuari erantzuna emateko, literaturaren errebisio kritikoa eramango da aurrera.

Barneratze eta kanporatze irizpideak:

Bilaketa prozesuari ekiteko, kontuan hartuko dira ondorengo **barneratze irizpideak:**

Data: argitarapen dataren filtroa ezarriz, 2010etik 2020ra bitartean argitaraturiko artikuluak soilik barneratuko dira, eskuragarri dauden artikuluaren artean informazioa ahalik eta eguneratuena izateko.

Hizkuntza: Ingelesez eta gaztelaniaz idatzitako artikuluak barne hartuko dira, menperatzen diren hizkuntzak izateagatik.

Ikerketa motak: Ikerketa kuantitatibo, kualitatibo eta literaturaren errebisio sistematikoak barne hartuko dira, baita Gida Klinikoak ere. Batez ere, helburuari erantzuteko baliagarria eta aberasgarria izango delakoan, kualitatiboak diren artikuluak bilatuko dira.

Lagina/ populazioa: 15-39 adin tarteko, edozein motako minbizia duten edo bizi izan duten pazienteak barne hartzen dituzten artikuluak hartuko dira kontuan, prozesu onkologikoaren fase desberdinetan egon daitezkeenak eta fertilitatearen prebentzio, infertilitate edo esterilitatearen inguruko esperientziaren bat bizi izan dutenak edo bizi izango dutenak, minbiziaren aurkako tratamendu jakin baten ondorioengatik (Kimioterapia edo/eta Erradioterapia). Aipatutako adin tarte zehatz honen inguruan dagoen literatura falta dela eta, adin tarte zabalagoak ikertzen dituzten artikuluak barne hartuko dira, beti ere, ikerketa hauek aztertzen duten populazioaren bataz-besteko adinaren barnean, lan honetarako aukeratu den adin tarte zehatza baldin badago; era honetan ahalik eta literatura gehiena biltzeko asmoz.

Pertsona hauen guraso, bikote edo familiarreko, eta baita arreta eskaintzen duten osasun arloko profesionalen (erizain, mediku edo psikologo) esperientziak ikertzen dituzten artikuluak ere barneratuko dira, fenomeno honen inguruko esperientziarik zabal eta aberasgarrienak jasota, helburuari erantzun ahal izateko.

Bestalde, ondorengo **kanporatze irizpideak** hartuko dira kontuan:

Hizkuntza: Ingeleseztan eta gaztelaniaztan ez diren artikuluetan alde batera utziko dira, menperatzen ez diren hizkuntzetan idatzirik artikuluetan izateagatik. Modu honetan, artikuluetan itzultzerako orduan gerta daitezkeen gaizki ulertuak saihestu eta soilik oinarritzko hizkuntzan idatzirik artikuluetan zuzenean irakurtzera joko da.

Ikerketa motak: Ikerlarien iritzi, tesi edo gradu amaierako lanak alde batera utziko dira, argitaratutako artikuluetan zientifikoei adierazten duten ebidentzia maila eskaintzen ez dutelako.

Lagina/populazioa: Fertilitatea mantentzeko tratamenduen emaitza eta eraginkortasunari buruzko artikuluetan baztertu egingo dira, teknikan zentratutako artikuluetan izanda, esperientzia pertsonalak bilduko ez dituztelako.

Minbiziarekin erlaziorik ez duten fertilitate prebentzio, infertilitate edo esteriltasunaren inguruko esperientzia eta beharrei buruzko artikuluetan baztertu dira, minbizia edo honen aurkako tratamenduen ondorioztako fertilitate galera arriskua bizitzen duten pertsonen esperientzia ezagutzea bilatzen delako.

Hurtzarotan bizitako minbiziaren ondoriozt gerora infertilitatea garatu duten pazienteei buruzko artikuluetan baztertu dira. Ikertu nahi den populaziotik kanpo gelditzeaz gain, hurtzarotan eskaintako fertilitatea mantentzeko teknika ezberdinak, honi lotutako zailtasunak, informazio mota eta bizitako esperientziak desberdinak izan daitezkeelako, nerabe edo gazte-heldu garaian bizitakoekin ezin alderatuz^{14,15}. Zehazki 15 urtetik beherako paziente pediatrikoek eta 39 urtetik gorako minbizidun paziente helduek ikerketen laginen batzuetan osatzen badute, lanetik kanpo geratu dira.

Minbizi ginekologiko baten ondoriozt kirurgian obulutegi edo barrabilen eruzketa jasan duten pazienteak soilik barne hartzen dituzten artikuluetan baztertu dira; zuzenean esteriltasunarekin lotzeagatik eta honek infertilitate arrisku posiblearekin lotutako ezjakintasun sentimendua gaitzetsi dezakeelako.

Zonalde geografiko jakinetako kutsu kulturala duten artikuluetan ez dira barne hartuko, mendebaldeko kulturatik kanpo dauden herrialdeetan sozialki fertilitatea eta honen baitan hartzen diren aspektuen izaera desberdin interpretatu daitezkeelako.

Bilaketa prozesua:

Lortu nahi den helburua barne hartzen duten kontzeptuak ondorengo hitz gakoetan banatu dira: “Prozesu Onkologikoa”, “Ugalkortasuna” eta aplikatu nahi den adin tartea (15-39) “Adolescents and Young Adults (AYA)” kontzeptuarekin ezagutu arren, bi hitzen artean osatzen da “Nerabe eta Heldu gazteak”. Ondoren, “Kimioterapia” eta “Erradioterapia” kontzeptuak barneratzeko, “Minbiziaren aurkako tratamendua” erabiltzen da eta azkenik “Beharrak” hitz gakoa, helburuarekin zuzenean erlazionaturiko artikulua aurkitzeko aukera izateko. Horrela, kontzeptu hauek ingelesera itzuli eta datu base bakoitzean probatu dira. DeCs aplikazioari esker, lengoia naturalarekin erlazio zuzena duten deskriptoreak bilatzen dira; konjugazioak (Fertility Preservation, Chemoradiotherapy), sinonimoak (Wish, Wants, Priorities) eta aberasgarria suerta daitekeen kasuetan baita antonimoak ere (Infertility), kontzeptu-taulan kokatuz (**1.Eranskina**).

Datu base bakoitzerako deskriptoreak ezarrita, hauek konbinatuz bilaketa-ekuazio desberdinak osatzen dira, lan honen helburuari erantzuteko artikulua baliagarriak topatu ahal izateko. Horretarako, **Medline, Cinhal, Cochrane, Embase, Cuiden eta PsycINFO** datu baseetan, American Society of Clinical Oncology (ASCO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN) eta European Society of Medical Oncology (ESMO) Onkologiako orrialde ofizialetan, RNAO eta NICE ebidentzian oinarritutako baliabide elektronikoetan eta Elsevier (DOYMA) aldizkari elektronikoan bilaketak egiten dira, bilaketa-taulan ikus daitekeen bezala (**2. Eranskina**).

Deskriptore desberdinekin ekuazioak aurrera eraman ahala, kontzeptu berdinari izena emateko hainbat deskriptoreen konbinaketak erabiltzen dira emaitza arrakastatsuek lortzeko. Emaitza ez emankorrak lortuz gero, lengoia naturalean erabilitako kontzeptuetara ere jotzen da, deskriptoreen konbinaketekin batera, bilaketak murriztea edo behar den kasuan bilaketa zabalagoak lortuz. Horrela, deskriptorerik egokienak identifikatzen dira, artikulua askotan errepikatzen direla ikusita, bilaketa-ekuazioen konposagai gisa erabili eta emaitzak ahalik eta aberasgarrienak izateko.

Artikuluen hautaketa prozesua:

Datu baseetan ekuazio desberdinekin egindako bilaketak zehaztu ondoren, 1248 artikulua aurkitu dira. Emaitza horietatik artikulua errepikatuak baztertu (388 artikulua) eta 860 artikuluen izenburuak lehendabizi, eta gero “*abstract*”ak irakurtzeari ekin zaio, proposaturiko helburuari egokien erantzun zezaketen 96 artikulua identifikatuz.

Gainontzeko 764 artikulua baztertuak izan dira helburuari ez erantzuteagatik (339 artikulua) edo barneratze irizpideak ez betetzeagatik (425 artikulua). Puntu honetan, aukeraturiko 96 artikulua hauek “*full text*” eran lortzen saiatu da, horietatik 64 artikuluen testu osoak aurkituz, gainontzeko 32 artikulua baztertuz.

Testu osoko 64 artikulua horiek gainetik irakurrita, bigarren hautaketa bat egiten da 49 artikulua kanporatuz, barneratze eta kanporatze irizpideak kontuan izanik laginak aipaturiko ezaugarriak ez betetzeagatik edo ikerketen diseinua egokia ez izateagatik (22 artikulua) eta helburuari ez erantzuteagatik (27 artikulua). Horrela, datu baseetatik 15 artikulua hautatzen dira.

Datu baseez gain, pausu honetan Onkologiako orrialde ofizialetan ere bilaketak egiten dira American Society of Clinical Oncology (ASCO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN) eta European Society of Medical Oncology (ESMO) orrialdeetan hain zuzen. Baliabide hauetan artikuluen bilaketarako, aurretik erabilitako kanporatze eta barneratze irizpide berdinak erabilia, 2 Gida Kliniko lortzen dira.

Ebidentzian oinarritutako baliabide elektronikoetan ere bilaketak egiten dira, RNAO eta NICE n hain zuzen, baita Elsevier (DOYMA) aldizkari elektronikoan ere, baina ez da emaitza baliagarriarik lortzen.

Aukeraturiko ikerketa guztietatik, 14 artikulua irakurketa kritikoa jasan dezakete: 9 artikulua kualitatibok, 3 artikulua kuantitatibok eta 2 artikulua mixtok. Modu honetan, ikerketa motaren arabera, dagokion irakurketa kritikoa gidoia betetzen da artikulua bakoitzarekin, artikuluek eskaintzen duten informazioa ahalik eta ebidentziatuena izan dadin. Bestalde, artikulua kualitatibo eta kuantitatibo bana hautatzen dira interesgarrienak izateagatik, sakonki aztertu eta analisi kritikoa egiteko (**3.eranskina**). Azterketa prozesu honen ondorioz, ez da bazterketa gehiagorik gauzatzen; artikuluek metodologiko muga jakinak izan arren, gaiari buruz aurkituriko literatura oso murrizta delako. Beraz, hasiera batean aukeraturiko artikulua guztiak lan honen emaitzak jorratzeko baliagarritzat hartzen dira. Artikuluen bilaketa eta aukeraketa prozesua fluxu diagraman islatuta agertzen da (**4. Eranskina**).

Artikuluen analisisia:

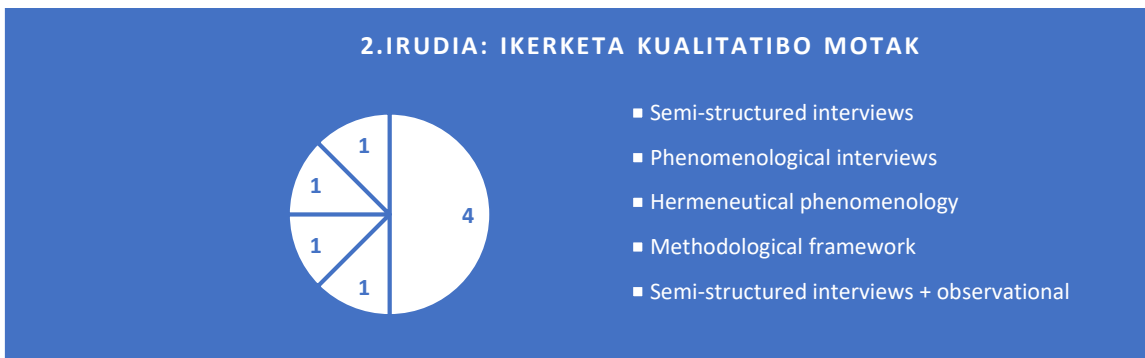
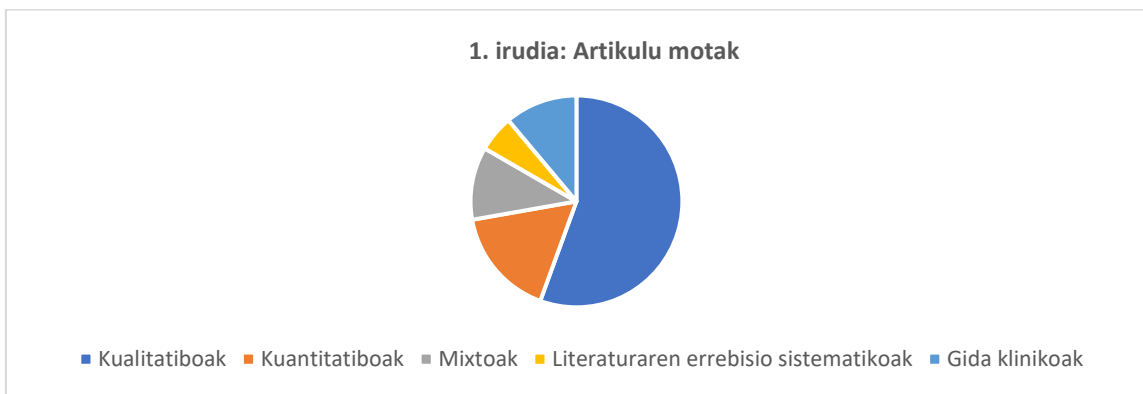
Lehenengo eta behin, aukeraturiko artikulua guztiak zehaztasunez irakurri eta aztertzeari ekin zaio, dokumentu bakoitzean lan honen helburua erantzuteko adierazten diren arlo

garrantzitsu eta nagusienak identifikatuz; hala nola, autoreen arteko puntu amankomunak eta kontraesanak. Eskuratutako informazio guztia sailkatu edota kategorizatu ahal izateko, artikulua bakoitzarekin laburpen-terratu bat osatu da **(5. Eranskina)**.

Horrela, informaziorik esanguratsuena, ondorengo kategorietan antolatu da zuhaitz kategorialean: alde batetik pazienteek sentitzen duten informazio beharra, bestetik ingurukoekin dituzten erlazio, interakzio eta sostengu beharra, eta azkenik, asistentzialki Osasun Sistemari egiten zaizkion eskakizunak **(6. Eranskina)**.

Emaitzak eta eztabaida:

Lan honen helburuari erantzuteko 17 artikulu hautatu dira, ondorengo ikerketa motetan banatuak: 9 artikulu kualitatibo, 3 artikulu kuantitatibo, 2 artikulu mixto, literaturaren errebisio sistematiko 1 eta 2 Gida Kliniko (*1.irudia, 2.irudia*). Ondorengo herrialdeetan egin dituzten ikerketak biltzen dituztenak: Estatu Batuak(4), Australia(4), Suezia(2), Erresuma Batua(2), Alemania(1), Herbehereak(1) eta Kanada (1). Gida klinikoak berriz, bat Estatu Batuetan sorturikoa da eta bestea Europa mailan.



Artikulu hauetan oinarrituta, emaitzak arlo desberdinetan banatu dira: lehenik, pazienteek sentitzen duten **informazio beharra**, ondoren **ingurukoekin dituzten erlazio, interakzio eta sostengu beharra**, eta azkenik, **asistentzialki Osasun Sistemari egiten zaizkion eskakizunak**.

1. INFORMAZIOAREN BEHARRA:

Identifikaturiko beharretan informazio beharra oinarritzkoena den aldetik, eskaini beharko litzatekeen informazio honen **edukia** aztertzea garrantzitsua da, ugalkortasun galera arriskua eta honi aurre egiteko alternatibak izanez eduki honen oinarri. Informazioa iristarazteko **garaia** eta **formatua** zehazteak ere berebiziko garrantzia izango du informazioaren kalitatea bermatzeko.

1.1. Informazioaren edukia:

ESMOren¹⁸ Gida Klinikoak adierazten duenez, tratamenduaren ondoriozko kalteak sortutako infertilitatea baloratzeko zifra zehatzik ez dagoenez, paziente bakoitzak arriskuan dagoela jakiteko eskubidea du eta aldi berean, arriskuan sentitu behar da. Honek lotura zuzena du artikulu gehienetan adierazten denarekin: tratamenduaren ondoriozko ugalkortasun galera arriskua existitzen dela jakitea eta honen aurrean dituzten aukerak ezagutzea da pazienteek amankomunean exigitzen duten aspektu bat, ondoren guraso izateko aukerak hautatu nahi izan ala ez. Hala ere, artikulu gehienetan ikusi da informazio hau ez dela behar adina lantzen.

Ugalkortasun galera arriskuari buruzko informazioa:

Benedict et al.ek¹⁹ eginiko ikerketan ikus daitekeen bezala, 18-35 urteko arriskuan aurkitzen ziren emakumeek 5 itemez osaturiko galdetegi bat igaro zuten non infertilitate, menopausia goiztiar, fertilitatea mantentzeko aukera eta metodo alternatiboen inguruan jasotako informazioa nahikoa izan zen adierazi behar zuten. Aspektu hauei buruzko informazio falta adierazi zutenek, kezka gehiago eta bizi kalitate baxuagoa izatearekin erlazio zuzena azalarazi zuten (%57-71). Aipagarria da ere, bizi kalitate baxua adierazi zutenen %10a soilik sentitu zela informatua, eta %87ak gida eta gomendio gehiago behar zuela adierazi zuela.

Gainera, pazienteen fertilitate egoera prozesu onkologiko guztian zehar kontrolatzen ez dela ikusi da, beraien fertilitatea zenbateraino murriztu den jakin gabe, sarri euren egoera fertila ondorioztatu behar izaten dute^{20,21}. Informazio indibidualizatu falta honek pazienteak arrisku desberdinen aurrean jarri ditzake Wright et al.ek²² eginiko ikerketa kualitatibo semi-estrukturatuan, 12-24 urte bitarteko pazienteek adierazten duten bezala; alde batetik, antikonzeptibo gisa erabili dezakete infertilitate ustea, Sexu Trasmisio Bidezko Infekzioak edo plangintzatu gabeko haurdunaldien arriskua handituz, eta

bestetik, itxaropen ideia faltsuak eman daitezke, behin eta berriro haurdunaldien bila arituz, arrakastarik gabe.

Halliday et al.ek^{21,23} eginiko zenbait ikerketa kualitatibo fenomenologikotan, emakumeek behin minbizia igaro ondoren adierazten duten esperientzietatik ondorioztatu daiteke, ziurgabetasun egoera honek bi taldeen erdian sentiarazten dituela minbiziaren ondoren: alde batetik fertilak ez direla sentitzen dute, baina aldi berean aukera guztiak galdu ez dituztela pentsa dezakete, segurua ez den informazioa jasotzen dutelako. Gainera ugalkor izateko adin mugarekin topo egiteak, haurdun geratzen saiatu ahal izateko denbora mugatua eta presio nabaria sentiarazten die. Ezjakintasun egoera honek antsietatea eta frustrazioa eragin arren, itxaropenarentzako ate bat ere zabalik uzten duela ikusi da, muturreko ziurgabetasun eta itxaropen sentipenak gailenduz.

Beraz, nahiz eta zenbait pazienteei ugalkortasun gaitasunaren ezjakintasunak noizbait haurdun geratzeko itxaropena eskaini, tratamenduaren aurre zein jarraipen prozesu osoan zehar fertilitate egoeraren balorazio eta monitorizazio zehatza egitea beharrezkoa ikusten da, pazienteen egoera erreala isladatu eta antikonzeptibo beharraren informazioarekin batera, bizitza sexual osasuntsua mantentzeko.

Guraso izateko aukerei buruzko informazioa:

-Fertilitatea mantentzeko aukerak:

Jayasuriya et al.ek²⁴ eginiko ikerketan, 1987 eta 2016 bitartean fertilitatearen inguruko kontsulta izan dutenei, fertilitatea mantentzeko teknikak itxaropena transmititzen die, gurasoen %80ak eta pazienteen %77k horrela adieraziz, Benedict et al.en²⁰ ikerketako 15-39 urteko emakumeek arrisku eta presio gutxiago sentitzearekin erlazionatzen duten bitartean. Honez gain, osasun emozional eta mentala eskaintzen dietela baieztatzen dute Yee S et al.²⁵ eta Garvelink et al.ek²⁶ eginiko galdetegietan, minbiziaren prozesuan borrokan jarraitzeko indarra transmititzen diena hain zuzen, etorkizunean ez damutzeko eta dena galdu ez dutela sentitzeko.

-Aukera ez biologikoak:

Pazienteen iritziz, familia kontzeptua erabat bideratzen da alderdi biologikora, gainontzeko aukerak aipatu arren, soilik superfizialki lantzen diren bitartean. Horrela, ohikoa da 25-30 urte bitarteko paziente bikotedunak izatea fertilitatearekin loturiko kezka erreproduktibo gehienak dituztenak, gaur egungo gizarte ereduari jarraituz, biologikoki haur bat izateko garaian eta plangintza hastapenetan aurkitzen direlako (7. *Eranskina*)²⁷.

Izan ere, espektatiba guzti hauek arriskuan ikustean, guraso izateko aukera ez biologikoen aipamen ezak, fertilitatea mantentzeko aukeren aurrean porrot egiten duten pazienteak aukerarik gabe uztera behartzen ditu. Beraz, beharrezkoa izango da hasieratik fertilitatea mantentzeko teknikez gain, alboratuak geraturiko aukera ez biologikoen informazioa eskaintzea (adopzioa, harrerako haurrak...)^{20,22}.

1.2. Informazioaren formatua:

ESMOren¹⁸ Gida Klinikoak adierazten duenez, aurrez-aurreko ahozko oinarrizko informazioaz gain, ahal den guztietan informazio idatzia eta/edo online dauden baliabideak eskaini behar dira pazienteek ahalik eta informazio baliagarri gehien jaso dezaten. Kontsultaturiko artikuluetan adierazten denez, idatzizko informazioa oraindik gehigarria da, nahiz eta baliagarria izan gaiari buruzko oinarrizko informazioa eskaintzeko, ahoz emandako informazioa berriro ere kontsultatu ahal izateko edo oinarrizko zalantzak argitzeko^{28,29,30}. Hala ere, soilik idatzizko informazioa jaso duten pazienteek eduki hau ez irakurtzeko eta deskonfiantza sentitzeko arriskua dutela ikusi da Armuand et al.en³¹ ikerketan. Behar indibidual bakoitza asetzeko berriz, erreferentziatzea beharrezkoa izango da; hala nola gomendaturiko web orrialdeak edo espezialisten kontaktua eskainiz³².

1.3. Informazioa emateko garaia edo momentua:

Richter et al.²⁸ eta Armuand et al.ek²⁹ eginiko ikerketan, parte hartzaileen %92 inguruk tratamendua hasi aurretik fertilitate galera arriskuari buruz hitz egiten dutela jakinda, ahalik eta azkarren gaia eztabaidatzea gomendatzen da pazienteek erabakia hartzeko nahikoa denbora izan dezaten eta aldi berean ez dadin minbiziaren aurkako tratamendua atzeratu. Nahiz eta ikerketa batzuk bigarren mailako gai gisa tratatzen dela salatu^{26,29}, Logan et al.ek³⁰ eginiko errebisioan adierazten da sakonki landu gabeko informazio motz eta zehatza egokia dela, pazienteak ez direlako prest sentitzen informazio detailatuagoa jasotzeko. Izan ere, Yee et al.ek²⁵ eginiko elkarrizketetako 31-40 urteko emakumeak bikotedunak (%73,2) eta haurrik gabeak (%90,2) direla kontuan hartuz, emozionalki estresatuak sentitzen dira oso denbora laburrean bi arriskuen aurrean aurkitzen direlako, minbiziaren mehatxua eta fertilitatearen galera arriskua, gainkarga eta beldurra ere bikoiztuz. Horregatik, Armuand et al.³¹ eta Lee et al.en³² ikerketetan adierazten den bezala, ahal den neurrian informazioa denboran hobeto sailkatzea eskatzen dute pazienteek, hobeto asimilatu ahal izateko.

Horrela, fertilitate galera arrisku zein honen aurrean hartu daitezkeen aukerei buruzko informazioa errazteko unerik egokiena diagnostikoaren ondorengo eta tratamenduaren aurretiko garaian dela azpimarratzen da, baina momentu zehatzari dagokionez, oraindik iritzi desberdinak daudela esan daiteke.

2. SOSTENGUAREN BEHARRA:

Gurasoen edo orokorrean **familiaren** presentzia sostengu nabarmena dela ikusi da prozesuaren etapa bakoitzean, **bikoteak** duen paper garrantzitsua azpimarratuz ugalkortasunaren inguruan hartu beharreko erabakietan.

2.1.Guraso/familia:

Wright et al.²², Logan et al.³⁰ eta Armuand et al.ek³¹ eginiko ikerketetan, mutilik gazteenei fertilitatearen gaia artatzean eta hau mantentzeko tekniketari gurasoak presente izatea deserosoa suertatu arren, prozesuan zehar hauen presentzia nabarmenki garrantzitsua dela aipatzen dute, zainketen kargaren zatirik handiena eta beraien seme alaben inguruko erabakiak hartu behar izaten baitituzte. Horrela, denbora falta eta inpaktuaren eragina dela eta, biziraupenean zentratu eta fertilitatearen inguruko gaia alde batera uzteko arriskua dagoela ikusi da guraso hauek.

Beste alde batetik, pazienteek adierazten dute behin minbizia igarota, familiako kideek presio jakin bat transmititzen dietela pozik sentitu behar izateko; nolabait errudun sentiaraziz bizirautea lortu arren, fertilitatearen gaiarekin kezkatuta jarraitu eta konformatzen ez direlako³¹.

2.2.Bikotea:

Bikotea sostengu nagusia izateaz gain, pazientearen erabakietan parte hartzen duen pertsona ere badela ikusi da, erreprodukzio plan bat aurrera eramateko garaian batik bat. Hala ere, kontuan hartu behar da zein puntutaraino baldintzatzen duen bikotearen iritziak fertilitate plangintza, erabaki nagusia pazientearen fertilitatea mantentzea dela argi izanik^{28,30}.

Beste alde batetik, aurretik aipaturiko fertilitate egoeraren ezagutza falta, bikotea aurkitzea zaildu dezakeen aspektu bihurtu daitekeela ikusi da, intseguritateak ez erakargarriak eta etorkizuneko bikote planetarako oztopo gisa sentiarazten baititu Benedict et al.²⁰ eta Armuand et al.ek³¹ eginiko ikerketetako parte hartzaileak. Horrez

gain, bikotearen abandonu beldurra, sortu daitekeen tentsioa eta erlazioaren ziurgabetasuna dira ikerketa hauetan adierazten diren kezka nagusiak.

3.AURRE-EGITE ESTRATEGIAK:

Pazienteek fertilitate galera arrisku honen aurrean dituzten **aukera posibleak baloratzea** beharrezkoa dela ikusi da. Aurretik aipaturiko teknikek itxaropena eskaintzeaz gain, parte hartzaileen gehiengoei beraien kabuz erabakia hartzeak bakea eta lasaitasuna transmititzen diela kontuan hartuta, hasierako momentutik lehentasunei eta etorkizuneko plangintzei buruzko hausnarketa egin behar dute, denbora igaro ahala gai honekiko kontzientzia handitzen joan daitekeela ikusi baita^{20,24,25,26}.

Emozioen arteko konfrontazioa saihestea beste landu beharreko alderdi bat izango da; prozesua onartzea(%20), patuaren muga bat dela pentsatzea (%20) edo emozio positiboek helduz egoera kudeatzen ikastea lagungarria suertatuz (%34) Benedict et al.en²⁰ iritziz.

Emakumeek bereziki, muturreko emozioen sentipena adierazten dute Halliday et al.ek^{21,23} eginiko ikerketa kualitatiboetan, zaila izanik konfrontazio hau saihestea; izan ere, haurdun dauden emakumeenganako inbidia sentitu arren, behin beraien haurdun geratuta, “benetako ama” baten esperientzia bizi ezin izatea azpimarratzen dute, haurdunaldiगतिक pozik baina minbiziaren itzuleraren ondorioz etorkizuneko haurraren edo norbere heriotzaren beldur direlako aldi berean.

4.ASISTENTZIA

Asistentzialki pertsona hauen beharrak asetzeko profesional bakoitzak duen **ardura** zehaztea eta honen arabera, pazienteak **deribatzea** beharrezkoa dela ikusi da. Horrela, gaur egungo osasun sisteman ematen diren **hutsuneak** identifikatu dira, batik bat **arreta hobetzea beharrezkoa duten populazio taldeak** eta **kalitatea hobetzeko** zenbait aspektu azpimarratuz.

4.1. Informazioa ematearen ardura:

ESMO¹⁸ eta NCCNen³³ Gida Klinikoek adierazten dutenez, erreprodukzio adinean dauden paziente guztiek ahal den azkarren tratamenduaren plangintza prozesuarekin batera onkofertilitate gomendioak jaso behar dituzte (minbizi mota edo estadioa kontuan

hartu gabe). Hala ere, gomendioak indibidualizatu egin behar dira; minbizi, tratamendu, interes pertsonal eta adinaren arabera, zainketaren zati esentziala izanik.

Hala ere, errealitatean ikusten da Yee et al.²⁵ eta Garvelink et al.ek²⁶ diotenez, pazienteek fertilitate galera arriskua aurretik ezagutu gabe, posibilitate gutxiago dutela honi buruz eztabaidatzeko, profesionalen eskutik beti ez delako informazio hau errazten; inongo ezagutzarik ez duten pazienteak %41,5 izatera iritsiz. Ikerketa hauetan, soilik onkologoen erdiek (%49k eta %46,9k) hasi zuten fertilitateari buruzko eztabaida, gainontzeko eztabaidak beste osasun profesional batzuekin (%18,2) edo familia artekoekin (%35) hasita beste iturri batzuetatik informazioa aurkitu ondoren (%60ak Internet bidez). Gainontzeko pazienteen %30ak osasun profesionalekin eztabaidatzeko gaia beraiek atera behar izan zuten, nolabaiteko karga eta intseguritatea sentituz, profesionalak ez direla bertan zentratzen ikusita^{20,28,30}.

Gainera, sekula haurrik izan nahi ez dutenek, fertilitatea galtzeko arriskuaren jabe direnean guraso izateko aukera planteatzen hasi daitezkeela ikusita, beharrezkoa izango da osasun profesionalek pazienteari fertilitatearen inguruko informazioa ematearen erresponsabilitatea izatea, pazienteak berez eskatu gabe. Izan ere, desinformazio honek gaiari buruzko aurreiritzi eta uste okerrak erraztu ditzake, fertilitatea mantentzearen erabakiak atzeratuz eta zenbait kasutan (%55) eztabaida hauek tratamendu gonadonotoxikoaren ondoren gauzatzen badira, etorkizunean fertilitatea mantentzeko aukerak murriztuz^{26,30,32}.

Deribazioa:

ESMO¹⁸ eta NCCNko³³ Gida Klinikoen arabera, fertilitate arloarekiko interes nahikoa adierazten duten pazienteak 24 orduren barruan deribatu egin behar dira funtzio sexualean gerta daitezkeen aldaketa eta antikonzeptiboan erabilera eztabaidatzeko. Yee et al.²⁵ Young et al.ek²⁷ eginiko ikerketetan, pazienteen %97,6ek espezialista batekin (endokrinologo, psikologo eta fertilitatea mantentzeko tekniken inguruko osasun profesionala) harremantzea garrantzitsutzat jotzen badute ere, arriskuan dauden pazienteen %19a soilik deribatzen dela ikusi da tratamendu antineoplasikoaren aurretik. Horrela, onkologoak, fertilitatearen inguruko asistentzia eskaini ezin badu, beste osasun profesional batengana deribatuzko ardura izango du, nahiz eta berrikusitako ikerketetan ez joera hori ikusi.

4.2. Osasun arretan identifikatu diren hutsuneak:

Populazio zaugarrien arreta hobetu:

Alde batetik, **emakumeekiko arreta** identifikatu da jarraian aipatuko diren zenbait aspektu tekniko eta soziologikoengatik hobetu beharrekoa; eta bestetik, populaziorik **gazteena** guraso izateko ideiarekiko duten erlazioa dela eta, izan liteke zaugarriena.

Emakumeak:

ESMO¹⁸ eta NCCNko³³ gida klinikoei obarioen funtzioa monitorizatzea eta orokorrean fertilitatearen inguruko jarraipena egitea beharrezkoa dela diote. Behar izanez gero, enbrioi/obozito edo obulutegiko ehunaren kriopreserbazioa eztabaidatzeko, betiere osasun profesionalak tratamendu antineoplasikoa atzeratzea egoki ikusten badu obozito estimulazio ziklo baterako.

Hala ere, hainbat ikerketetan ikusi da guraso biologiko izateko desioa duten emakume kopurua kontuan hartuta, oso gutxi direla fertilitatea mantentzearen alde jokatzeko dutenak. Hala nola, Benedict et al.ek²⁰ dionez, emakumeen ehuneko handi batek guraso izateko nahia izan arren, %32ak soilik jotzen du fertilitatea mantentzeko tekniketara, kopuru hau %12 eta %2 ra jaitsiz Young et al.²⁷ eta Armuand et al.en²⁹ ikerketetan.

Emaitza hauen arrazoietako bat izan daiteke emakumeei iristen zaien informazio murrizta eta nahasgarria. Armuand et al.ek²⁹ adierazten duenez, soilik emakumeen %14ari eskaintzen zaio teknika hauei buruzko informazioa, gehienbat amenorea izango dutela azalduz (%81); haurdun geratzeko posibilitate murrizta (79%) eta menopausia goiztiarra izateko aukerak (71%) gutxiago aipatzen diren bitartean, bakoitzak desberdin interpretatzeko arriskuarekin. Gainera, ikerketa berean gizonezkoen parte hartzea baxuagoa izan arren, ikusi da fertilitate aukerei buruzko informazio gehiena eta tekniken erabilera handiena espermatozoide bankuan izan dela (**8. Eranskina**), emaitza berberak adieraziz Ritcher et al.²⁸ eta Flink et al.ek³⁴ eginiko ikerketa kualitatiboak ere (**9. Eranskina**). Prediktore nagusia sexua izanik, emakumeekin alderatuz, gizonezkoek fertilitatea mantentzeko aukerei buruzko informazioa jasotzeko 14 aldiz probabilitate gehiago dutela frogatu da; 35 urte baino gutxiago izatea nahikoa izanik emakume batek baino bost aldiz lehenago informazioa jasotzeko, emakume batek baldintza gehiago bete behar dituen bitartean. Gainera behin fertilitatea mantentzeko aukeren berri izanda ere, tekniketarik kanporatuak izaten badira, ikusi da ez dutela baztertze irizpideen argudiorik

jasotzen. Desparekotasun hau batik bat, haurrak izan nahi dituzten emakume bikote gabe gazteenetan ematen da edo tratamenduaren aurretik haurrak dituzten emakumeetan (haur gehiago izan nahi ez dituzten ustean) beraien kezken artean besteak beste bikote heterosexualik izan gabe fertilitatea mantentzeko posibilitatea, etorkizuneko haurra kaltetzearen beldurra edo haurdunaldiak minbiziaren itzulera eragitearen kezka nabarmenduz. Azken kezka honi lotuta, hormonodependienteak diren minbizia izatea, haurdun geratzeko edo fertilitatea mantentzeko teknikei uko egiteko arrazoi bihurtu daiteke, minbiziaren progresioan izan dezakeen eraginagatik, Armuand et al.^{29,31} eta Lee et al.³²en ikerketetan aipatzen den bezala^{20,22,25,26,30,34}.

Modu honetan, emakumeei teknikei buruz eskaintzen zaien informazio murrizak erlazio zuzena duela ikusi da tekniken parte hartzearekin. Horrela, emakume eta gizonen arteko informazio irispeneren eta zerbitzu eskaintzaren desberdintasun argia kontuan hartuta, beharrezkoa ikusten da emakumeak populazio zaurgarri gisa identifikatu eta informazioaz gain, denbora eta orokorrean zerbitzu gehiago eskaintzea, tekniken konplexutasunak, emaitza zalantzakorrek eta denborak sortzen duten mugak ezin justifikatuz osasun profesional eta pazientearen artean ematen den informazio falta.

Adinez gazteak:

Wright et al.²² eta Young et al.en²⁷ artikuluetan agertzen diren pazienteen esperientzietan oinarrituta, gazteagoak diren pazienteek informazio gutxiago jasotzen dutela ikusi da, adinarekiko ulermen maila kontuan hartu behar izanez, informazioa moldatu eta arriskuaren garrantziaz kontziente izateko. Gizonezko gazteenen kasuan, osasun profesionalek gurasoei modu errutinario batean esperma bankua gomendatzen dietela kontuan hartuta, pazienteak presente izan gabe gaiari buruzko elkarrizketa bat izatera eramán ditzake. Honek, prozesua onartzeko zailtasunak eragiteaz gain, lotsa eta ia-ia beraiak aukeratu gabe diagnostikotik egun gutxira masturbatuarazi beharra izatera eramaten dituzte. Horregatik pazienteek prozesu honetan aktiboki parte hartzea eskatzen dute, gurasoek babestu egin nahi dituztela ulertu arren, baztertuak eta iruzur egin dietela sentitzen dutelako^{20,31}.

Kontsulten kalitatea hobetu:

Berrikusitako ikerketen arabera, komunikazio gaitasuna beharrezkoa izango da osasun profesionalen artean; izan ere, pazienteak kezkatuak sentitzen dira profesionalen ikuspuntu desberdinak direla eta jasotako informazio kontraesankorragatik. Beste alde

batetik, onkologo eta fertilitatean adituak diren profesionalak bereiztea eskatzen dute, arlo bakoitzak ez dezan eragin erabakian^{20,30,32}. Benedict et al.en¹⁹ ikerketan ikusten den bezala, parte hartzaileen %60ak oraindik sostengu eta informazio gehiago behar du erabakiak hartu eta osasun sistema nola kudeatu jakiteko.

Hala ere, aurreko artikuluek adierazten dituzten hipotesien aurka, Young et al.ek²⁷ esaten duenaren arabera, fertilitatearen inguruko informazioa jaso duten pazienteek 1,2 aldiz kezka gehiago adierazi dute beraien egoera fertila, haurdun geratzea eta behin haurdun daudela izango duten osasuna eta infertilitatearen onarpenari buruz (**10.Eranskina**). Modu berean, Flink et al.en³⁴ ikerketan, parte hartzaileen %56ak fertilitatea mantentzeko teknikak hautatuta 5,4 aldiz kezka gehiago adierazi zituzten; Jayasuriya et al.en²⁴ ikerketan pazienteen %18,6k damua azalarazi zuen bitartean hautatutako erabakiagatik, fertilitatea mantentzeko teknikak ez hautatzea eta eztabaida tratamendu gonadotoxikoaren ondoren izatea izanik prediktore nagusiak. Fertilitatea mantentzeko teknikak aukeratu dituztenen arrazoiaren artean berriz, eskainitako informazioa eta zerbitzuaren kalitatea faktore garrantzitsutzat hartuta baliteke ematen den informazioaren kalitatea hobetu beharra izatea, baina gerta liteke inongo jakintzarik gabeko paziente bat kontsultara joanez gero, diagnostiko eta fertilitate galera arriskuaz ohartzean informazioa jaso aurretik baino kezkatuagoa sentitzea³⁴.

Prozesu honetan, aspektu finantzialak kezka bat izatetik, muga bat izatera igaro daitezkeela ikusi da Benedict et al.²⁰ eta Yee et al.en²⁵ ikerketetan. Beraz, teknika hauen kostu ekonomikoak hasieratik aipatzea beharrezkoa izango da, etorkizuna antolatzen hasi ahal izateko, ezaugarri sozioekonomikoak kanporatuz guraso izateko alternatibei buruzko informazio irekia eskainita. Hala ere, litekeena da, eskainitako aukera hauek gastu ordainezin bat eragiten badute pazientearengan, erabakia atzeratzeko edo ezeztatzeko arriskua sortzea. Beraz, eztabaida garbia sortzen da hasieratik aukera guztien berri ematearen garrantzia eta norbere baliabide ekonomikoen zailtasunak direla eta aukerak ezin onartzearen artean, jakinda horrek ezin duela justifikatu ekonomikoki ingresu baxuak dituzten pertsonenganako desinformazioa.

Ondorioak eta inplikazioak:

Literaturaren errebisio kritiko honetan errebisatutako artikuluei esker, ikusi da Kimioterapia edo/eta Erradioterapia jaso duten minbizidun pazienteek behar desberdinak dituztela eta hauek asetzeko zein asistentzia hobetzeko alderdiak daudela. Horrela, pazienteek **informazio beharra, sostengua eta aurre egite estrategiak** eskatzen dituzte, **asistentzia aldetik hobetzeko alderdiak** azpimarratzen dituzten bitartean. Tratamendu gonadotoxiko zein fertilitateari buruzko kontsultaren ondoren pazienteek dituzten sentipen negatiboak zerk eragiten dituen identifikatuta, hauek murrizteko eta egoera honetara iritsi aurreko asistentzia hobetu ahal izateko garrantzitsuak izango dira, epe motz zein luzeko pazienteen bizi kalitatea hobetu dadin.

Tratamendu onkologikoak presa izateagatik ezin tekniketan parte hartzea faktore primario bat dela kontuan hartuta, informazioaren aldetik, beharrezkoa izango da **ahalik eta azkarren teknikak martxan jartzeko hauen berri ematea**, metodo ez biologikoak aukera gisa maila berean eskaintzea ahaztu gabe. Hala ere, bat-bateko gehiegizko informazioak erabakiak atzeratu edo fertilitate egoera aktualari beldur, errealtatearekin topo egitea saihestu, berezko denbora muga gehiago estutu eta aukerak murriztuarazi ditzakeela ondorioztatu da; profesionalak **aurrez-aurre informazio mailakatu** eskaini behar izanez. Bikote, guraso edo orokorrean familiak eskainiriko sostengua beharrezkoa izango da prozesu guztian zehar, baina ondorioztatzen da batez ere, pazienterik gazteenek **prozesuaren zati aktibo** izateko beharra dutela, ingurukoek beraien fertilitatearen erabaki pertsonalean eragin ez dezaten. Modu berean, ondorioztatu da fertilitatea oso lotuta dagoela zorionarekin, batez ere emakumeetan **ama izateko rola**rekin, beraz ulertzekoa da fertilitatea mantentzeko aukerak ematen duten itxaropen sententzia, mentalki eta emozionalki babestuagoak sentiarazteko. Gizonezkoetan berriz, teknika honen automatizazioaren zergatia zuzenki erlazionatzen da gizonezkoen fertilitateak historikoki duen **maskulinitate rola**rekin.

Inpaktu egora honetan erizainaren papera ezinbestekoa izan arren, alde batetik pazienteek sentitzen dituzten barne mugak identifikatuta (kontrol galera, blokeo sentimendua...) eta bestetik kanpo mugak hobetzeko aldaketak bultzatuta (informazio sarrera irekia, erabakitzeko sostengua, asistentzia pertsonalizatua...) kezken aurrean sostengua eta asistentzia eskaini dezaketelako, gaur egun oraindik profesional bakoitzaren rola hobeto definitzeko beharra dagoela ondorioztatzen da, hutsune jakin bat identifikatuz

profesionalen arteko komunikazioari dagokionez. Horrela, kontuan harturik azterturiko esperientzietatik ateratako ondorioak ezin direla populazio guztian aplikatu, identifikaturiko populazio zaugarrienen arreta hobetzeko eta asistentzialki ematen diren ahulguneak ebaluatzeko balio lezake, osasun profesionalei zuzenduriko jarraipen giden aplikazioa beharrezkoa izanik.

Mugak eta zailtasunak:

Lanaren proiektua hastearekin batera, populazioa zehaztea nabarmen kostatu zitzaidan; behin gaia identifikatuta, emakume zein gizonezkoen esperientzietan zentratzea erabaki nuen, baina hau zailtasun bilakatu da lanean zehar, aurkituriko ikerketa gehienek emakumeen esperientziak ikertzen zituztelako. Kontuan harturik parte hartze handiena **gizonezkoena** dela fertilitatea mantentzeko tekniketan, hauen esperientziak gainetik aipatzen diren artikulua soilik aurkitu ditut, emakumeek adierazten dituzten amatasun sentipen sakonak bezalako bizipenak gizonezkoen erreproduzio beharraren aldetik ezin ikertuz. Tratamenduari dagokionez, **Kimioterapia eta Erradioterapia** jaso duten pazienteetan zentratu arren, zenbait artikulutan ez zen zehazki bereizten zein tratamendu jaso zuten bertako parte hartzaileek, soilik jasotako tratamenduek fertilitatean eragina zutela aipatzen zen, suposatuta behar izanez minbizi motaren arabera, jasotako tratamendu mota. Aukeraturiko **adin** tartearekin ere, literatura falta dela eta adin tartetik kanpo lagin handiagoa zuten ikerketak barne hartu behar izan ziren; kontuan harturik horrela talde berean sartu zitezkeela esperientzia desberdinak bizi izan zituzten pertsonak.

Alderdi ekonomikoa kezka gisa identifikatu arren, herrialde desberdinetako artikulua ikertu direla kontuan hartuta, bakoitzaren **osasun politikek barne hartzen dituzten zerbitzuak ez ezagutzea** zailtasun bilakatu da hauek nola eragiten duten ikertzerako orduan. Berdin **haurdunaldiak eta fertilitatea mantentzeko teknikek minbiziaren itzulerarekin erlazionatuta pazienteei sortzen dien beldurra** aipatzen denean, honen ebidentziari buruzko informazioa aurkitzeko zailtasunak izan ditudalako.

Aurkituriko artikulua gehienak epe motzeko erretrospektiboak direla kontuan hartuta, epe luzeko **ikerketa prospektibo longitudinalak** aurkitzeko zailtasuna izan dut. Artikuluen irakurketa kritikoa egitean berriz, hainbat mugapen izan ditut, helburuari erantzuteko beharrezko informazioa zuten artikulua izan arren, **metodologikoki kalitate baxukoak baitziren** (lagin txikiko taldeak, laginaren hautapena justifikatzen ez zutenak, epe luzeko erretrospektiboak...). Modu berean, publikaturiko literatura murrizta eta urte desberdinetan publikatua izan arren, **autore berdinek** eginikoak direla kontuan hartuta, profesional gutxi landuriko arloa dela ohartu naiz, honek emaitzen kalitatean muga nabarmena eragin dezakeela jabetuz.

Erreferentzia bibliografikoak:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [publikatua 2018ko irailaren 12; kontsultatua 2020ko azaroaren 12]. Cáncer. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras de cáncer en España 2020. SEOM; 2020. Depósito Legal: M-3266-2020. Eskuragarri:https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
3. Dohle GR. Male infertility in cancer patients: Review of the literature. Int J Urol. 2010;17(4):327–31. Eskuragarri:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.14422042.2010.02484.x>
4. Coccia P, Pappo AS, Altman J, Bhatia S, Borinstein SC, Flynn J, et al. Adolescent and Young Adults Oncology, Version 2.2014. J Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2014;[kontsultatua 2020ko azaroak 12]12(1):21-32. Eskuragarri:https://www.researchgate.net/publication/259878201_Adolescent_and_Young_Adult_Oncology_Version_22014
5. Martins HTG, Balmant NV, De Paula Silva N, Santos M, Reis R, De Camargo B. Who cares for adolescents and Young adult in Brazil? J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2018;[kontsultatua 2020ko azaroak 12]94(4):440-5. Eskuragarri:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000400440
6. Ronn R, Holzer HEG. Oncofertility in Canada: the impact of cancer on fertility. Curr Oncol.2013;20(4):338-44. Eskuragarri:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728062/>

7. Aubin S, Perez S. The Clinician's Toolbox: Assessing the Sexual Impacts of Cancer on Adolescents and Young Adults with Cancer (AYAC). *Sex Med.* 2015;3(3):198-212. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4599557/>

8. Arranz P, Barreto P, Borrell R, Cancio H, Comas MD, Díaz I et al. *Manual de Psico-Oncología.* 1st ed. Madrid: Nova Sidonia Oncología; 2001.

9. Quinn GP, Vadaparampil ST, Lee JH, Jacobsen PB, Bepler G, Lancaster J, et al. Physician referral for fertility preservation in oncology patients: A national study of practice behaviors. *J Clin Oncol.* 2009;27(35):5952–7. Eskuragarri: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2009.23.0250?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

10. Gardino S, Rodriguez S, Campo-Engelstein L. Infertility, cancer, and changing gender norms. *J Cancer Surviv [Internet].* 2011;[kontsultatua 2020ko azaroak 20] 5(2):152-7. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097302/>

11. Bermejo B, Almonacid V, Lluch A. Clinical approach to decision-making about fertility in breast cancer patients. *Psicooncologia.* 2010;7(2-3):287-97. Eskuragarri: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220287>

12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Fecundidad. Año 2018. Datos definitivos. Madrid: INE; 2018. Eskuragarri: https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf

13. Sonmezer M, Oktay K. Fertility preservation in female patients. *Hum Reprod Update.* 2004;10(3):251-66. Eskuragarri: <https://academic.oup.com/humupd/article/10/3/251/682124>

14. Alonso J, Aurell R, Callejo J, Fábregas R, Lluch A, Marqués L, et al. Documento de recomendaciones para la preservación de la fertilidad en pacientes con cancer de mama. Barcelona: Sociedad Española de Fertilidad; ISBN:978-84-7429-597-9. Eskuragarri: <https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/preservacion/Preservacion-Fertilidad-y-cancer-mama.pdf>

15. Benedict C, Thom B, Kelvin JF. Fertility preservation and cancer: Challenges for adolescent and young adult patients. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2016;[kontsultatua 2020ko azaroaren 12]10(1):87-94. Eskuragarri:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752165/pdf/nihms756871.pdf>
16. Logan S, Anazodo A. The psychological importance of fertility preservation counseling and support for cancer patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(5):583-97. Eskuragarri:<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13562>
17. Link NJ, Maurer E, Largent J, Kent E, Morris RA, Sender L, et al. Kids, Adolescents, and Young Adults Cancer Study, A Methodologic Approach in Cancer Epidemiology Research. *J Cancer Epidemiol*. 2009;2009:1-7. Eskuragarri:https://www.researchgate.net/publication/44576344_Kids_Adolescents_and_Young_Adult_Cancer_StudyA_Methodologic_Approach_in_Cancer_Epidemiology_Research
18. Lambertini M, Peccatori FA, Demeestere F, Amant F, Wyns C, Stukenborg JB, et al. Fertility preservation and post-treatment pregnancies in post-pubertal cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2020;31(12):1664-78. Eskuragarri:<https://www.annalsofoncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2820%2942448-2>
19. Benedict C, Thom B, Friedman DN, Pottenger E, Raghunathan N, Kelvin JF. Fertility information needs and concerns post-treatment contribute to lowered quality of life among young adult female cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2018;26(2):2209-15.
20. Benedict C, Hahn AL, McCready A, Kelvin JF, Diefenbach M, Ford JS. Toward a theoretical understanding of young female cancer survivors' decision-making about family-building post-treatment. *Support Care Cancer*. 2020;28(10):4857-67.

21. Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qual Health Res.* 2015;25(3):408–16.
22. Wright CI, Coad J, Morgan S, Stark D, Cable M. Just in case: The fertility information needs of teenagers and young adults with cancer. *Eur J Cancer Care.* 2013;23(2):189-98.
23. Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Mothering and self-othering: the impact of uncertain reproductive capability in young women after hematological malignancy. *Health Care Women Int.* 2014;35(3):249-65.
24. Jayasuriya S, Peate M, Allingham C, Li N, Gillam L, Zacharin M, et al. Satisfaction, disappointment and regret surrounding fertility preservation decisions in the paediatric and adolescent cancer population. *J Assist Reprod Genet.* 2019;36(9):1805-22.
25. Yee S, Abrol K, McDonald M, Tonelli M, Liu KE. Addressing oncofertility needs: views of female cancer patients in fertility preservation. *J Psychosoc Oncol.* 2012;30(3):331-46.
26. Garvelink MM, ter Kuile MM, Bakker RM, Geense WJ, Jenninga E, Louwe LA, et al. Women's experiences with information provision and deciding about fertility preservation in the Netherlands: "satisfaction in general, but unmet needs". *Heal Expect.* 2015;18(5):956-68.
27. Young K, Shliakhtsitsava K, Natarajan L, Myers E, Dietz AC, Gorman JR, et al. Fertility counseling before cancer treatment and subsequent reproductive concerns among female adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer.* 2019;125(6):980-89. Young K, Shliakhtsitsava K, Natarajan L, Myers E, Dietz AC, Gorman JR, et al.

28. Richter D, Geue K, Sender A, Paasch U, Brähler E, Stöbel-Richter Y, et al. Medical consultation about fertility preservation with haematological patients of childbearing age: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;3:1-7.
29. Armuand GM, Rodriguez-Wallberg KA, Wettergren L, Ahlgren J, Enblad G, Höglund M, et al. Sex differences in fertility-related information received by young adult cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2012;30(17):2147-53.
30. Logan S, Perz J, Ussher JM, Peate M, Anazodo A. A systematic review of patient oncofertility support needs in reproductive cancer patients aged 14 to 45 years of age. *Psycho-oncology*. 2018;27(2):401-09.
31. Armuand GM, Wettergren L, Rodriguez-Wallberg KA, Lampic C. Women more vulnerable than men when facing risk for treatment-induced infertility: a qualitative study of young adults newly diagnosed with cancer. *Acta Oncol*. 2014;54(2):1-10.
32. Lee RJ, Wakefield A, Foy S, Howell SJ, Wardley AM, Armstrong AC. Facilitating reproductive choices: the impact of health services on the experiences of young women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2010;20(10):1044 - 52.
33. National Comprehensive Cancer Network. Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology, version 1.2021[Internet]. Pennsylvania: NCCN; 2021 [updated 2020 Sep]. (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology). Eskuragarri:https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/aya.pdf
34. Flink DM, Kondapalli LA, Kellar-Guenther Y. Priorities in fertility decisions for reproductive-aged cancer patients: fertility attitudes and cancer treatment study. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2017;6(3):435-43.

Eranskinak:

1.Eranskina: Kontzeptu-taula

Kontzeptu nagusia	Lengoaia naturala		Lengoaia kontrolatua (deskriptoreak)
	Sinonimoa	Ingelesez	
Prozesu onkologikoa	Minbizia Kantzerra Tumorea Neoplasia	Oncology Cancer Tumor Neoplasm	Medline (MeSH): Oncology Nursing; <i>Cancer</i> ; Carcinoma; Neoplasms; CINAHL (Descriptores de CINAHL): Oncology; PsycINFO (Thesaurus): Neoplasms; Oncology; Cochrane Database (MeSH): Neoplasms; Carcinoma; CUIDEN: Oncología; Cáncer; EMBASE (EMTREE): Carcinoma; Neoplasm;
Minbiziaren aurkako tratamendua	Tratamendu onkologikoa Kimioterapia	Oncologic treatment Chemotherapy	Medline (MeSH): Chemoradiotherapy; Antineoplastic Agents;

	<p>Erradioterapia</p> <p>Kimioerradioterapia</p>	<p>Radiotherapy</p> <p>Chemoradiotherapy</p>	<p>➔ <i>Note entry term CHEMOTHERAPY: prefer specific chemical or chemical group,</i></p> <p>CINAHL (Descriptores de CINAHL): Cancer treatment;</p> <p>PsycINFO (Thesaurus): Radiation Therapy; Chemotherapy; Antineoplastic Drugs;</p> <p>Cochrane Database (MeSH): Chemoradiotherapy;</p> <p>CUIDEN: Quimioterapia; Radioterapia;</p> <p>EMBASE (EMTREE): Cancer Radiotherapy; Cancer Chemotherapy;</p>
Ugalkortasuna	<p>Fertilitatea</p> <p>Fekunditatea</p> <p>Erreprodukzioa</p> <p>➔ Antonimoa:</p> <p>Infertilitatea</p>	<p>Fertility</p> <p>Fecundation</p> <p>Reproduction</p> <p>Infertility</p>	<p>Medline (MeSH): Fertility Preservation; Reproduction; Pregnancy</p> <p>CINAHL (Descriptores de CINAHL): Fertility preservation;</p> <p>PsycINFO (Thesaurus): Fertility;</p> <p>Cochrane Database (MeSH): Fertility Preservation; Infertility, Female; Infertility, Male; Reproduction;</p> <p>CUIDEN: Fertilidad; Infertilidad;</p>

			EMBASE (EMTREE): Fertility; Fertility Preservation;
Nerabeak + Heldu gazteak	Adoleszenteak Gazteak	Adolescents Tennagers Young adults	Medline (MeSH): Adolescent; Young adult; CINAHL (Descriptor de CINAHL): Young adults; adolescents; teenagers PsycINFO (Thesaurus): <i>Adolescent; Young adult;</i> Cochrane Database (MeSH): Adolescent; Young Adult; CUIDEN: Jóvenes; EMBASE (EMTREE): Young adult;
Beharrak	Lehentasunak Desioak	Needs Wants Priorities Desires Wish	Medline (MeSH): Health priorities; CINAHL (Descriptor de CINAHL): Needs; Wants; Desires; Wish; Need assesment PsycINFO (Thesaurus): Needs. Cochrane Database (MeSH): Needs assesment CUIDEN: Necesidades básicas; Necesidadas humanas; EMBASE (EMTREE): Needs assesment;

2.Eranskina: Bilaketa - taula

DATU-BASEAK	SAIATUTAKO EKUAZIOA	EMAITZAK (Zenbakia)	BALIAGARRIAK
Medline	Oncology Nursing/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescent/OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	8 Bilaketa eskasa. Deskriptorea aldatzea erabakitzen da, bilaketa zabalagoa lortzeko.	2
	Cancer.mp AND Reproduction/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	64	6 Bilaketa erabilgarri eskasa. Deskriptorea aldatzea erabakitzen da.
	Carcinoma/ AND Pregnancy/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	25	1 Bilaketa erabilgarri eskasa. Deskriptorea aldatzea erabakitzen da.
	Neoplasms/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	286 Deskriptore berriarekin, bilaketa baliagarri kopurua handitzen da.	29
	Chemoradiotherapy/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	2 “Fertility Preservation/” deskriptorea erabiltzen jarraitzen da, artikulua gehienetan errepikatzen delako.	1

	Antineoplastic Agents/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	95 Aurreko bilaketako tratamendu konbinaketaren bilaketa murrizta ikusita, deskriptorea aldatzen da.	11
	Fertility Preservation/ AND Health priorities/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	2 Bilaketa baliagarrien kopuru murrizta ikusita, “Health priorities/” sartzen da.	2
Cinhal	Oncology/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescents/ OR Teenagers/ OR Young Adults/) → Filtroak: 2010-2020	85	7 Bilaketa baliagarri eskasa.
	Cancer treatment/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescents/ OR Teenagers/ OR Young Adults/) → Filtroak: 2010-2020	90 Deskriptorea aldatzen da bilaketa zabaltzeko.	20
	Fertility Preservation/ AND Needs Assesment/ AND (Adolescents/ OR Teenagers/ OR Young Adults/) → Filtroak: 2010-2020	5 Artikulu baliagarriagoak aurkitzeko “Beharrak” hitzarekin erlazionatutako deskriptorea erabiltzen da.	5
	Fertility Preservation/ AND (Needs/ OR Wants/ OR Desire/ OR Wish/) AND (Adolescents/	135 Bilaketa zabaltzeko deskriptoreak konbinatzen dira.	38

	OR Teenagers/ OR Young Adults/) → Filtroak: 2010-2020		
Cochrane	Carcinoma/ AND Reproduction/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	7 Bilaketa eskasa. Deskriptorea aldatzea erabakitzen da.	1
	Neoplasms/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescent/ OR Young Adult) → Filtroak: 2010-2020	8 Bilaketa eskasa. Deskriptoreak konbinatzea erabakitzen da.	1
	Neoplasms/ AND (Infertility, Male/ OR Infertility, Female/) AND (Adolescent/ OR Young Adult) → Filtroak: 2010-2020	62	1 Bilaketa baliagarri murrizta, datu-base honetan argitaratzen diren artikulak helburuarekin ez doazela bat ondorioztatzen da.
	Chemoradiotherapy/ AND Fertility Preservation/ AND Needs Assesment/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	0	0
	Fertility Preservation/ AND Needs Assesment/ → Filtroak: 2010-2020	0	0
Cuiden	Oncología/AND Fertilidad/ → Filtroak: 2010-2020	7	3

	Quimioterapia/ AND Radioterapia/ AND Infertilidad/ → Filtroak: 2010-2020	1	1
	Cáncer/ AND Infertilidad/ AND Jóvenes/ → Filtroak: 2010-2020	2	2
	Necesidades básicas/ AND Fertilidad/ AND Oncología/ → Filtroak: 2010-2020	0	0
	Necesidades humanas/ AND Fertilidad/ AND Oncología/ → Filtroak: 2010-2020	0	0
Embase	Carcinoma/ AND Fertility/ AND (Adolescent/ OR Young Adult). → Filtroak: 2010-2020	3 Bilaketa murrizta eta ez baliagarria. Deskriptorea aldatzen da.	0
	Neoplasms/ AND Fertility/ AND (Adolescent/ OR Young Adult). → Filtroak: 2010-2020	141	13
	Neoplasms/ AND Fertility Preservation/ AND (Adolescent/ OR Young Adult/) → Filtroak: 2010-2020	80 Artikulu baliagarriagoak aurkitzeko “Beharrak” hitzarekin erlazionatutako deskriptorea erabiltzen da.	6
	Fertility Preservation/ AND Needs assessment/ AND (Adolescent/ OR Young Adult). → Filtroak: 2010-2020	2	2
	(Cancer radiotherapy/ OR Cancer Chemotherapy/) AND	0	0

	Fertility Preservation/ AND Need assessment/AND (Adolescent/ OR Young Adult/). → Filtroak: 2010-2020		
PsycINFO	Neoplasms/ AND Infertility/ → Filtroak: 2010-2020	40 Artikulu baliagarriagoak lortzeko adin tartea sartzea erabakitzen da.	13
	Neoplasms/ AND Infertility/ AND (Adolescents.mp OR Young Adult.mp) → Filtroak: 2010-2020	20	9
	Oncology/ AND Fertility/ AND (Adolescent.mp OR Young Adult.mp) → Filtroak: 2010-2020	13	3
	Neoplasms/ AND Fertility/ AND (Adolescent.mp OR Young Adult.mp) → Filtroak: 2010-2020	63 Deskriptorea aldatzen da, bilaketa zabaltzeko.	15
	Fertility/ AND Neoplasms/ AND Needs/ AND (Adolescent.mp OR Young Adult.mp) → Filtroak: 2010-2020	2 Artikulu baliagarriagoak aurkitzeko “Beharrak” hitzarekin erlazionatutako deskriptorea erabiltzen da.	2

Onkologiako orrialde ofizialak (eskuzko bilaketa)	SAIATUTAKO EKUAZIOAK	EMAITZAK (Zenbakia)	BALIAGARRIAK
ESMO	Cancer AND Fertility Preservation → Filtroak: 2010-2020	13	0
	Cancer AND Fertility → Filtroak: 2010-2020	24	1
NCCN	Fertility Preservation AND Needs → Filtroak: 2010-2020	51	1
ASCO	Cancer AND Fertility AND Young Adult → Filtroak: 2010-2020	44	0

Ebidentzian oinarritutako baliabide elektronikoak (eskuzko bilaketa)	SAIATUTAKO EKUAZIOAK	EMAITZAK (Zenbakia)	BALIAGARRIAK
RNAO	Adolescent AND Fertility AND Cancer → Filtroak: 2010-2020	0	0
	Cancer and Reproduction → Filtroak: 2010-2020	1	0
NICE	Fertility AND Cancer	45	0

	→ Filtroak: 2010-2020		
	Fertility Preservation AND Tumor → Filtroak: 2010-2020	9	0

Aldizkari elektronikoak (eskuzko bilaketa)	SAIATUTAKO EKUAZIOAK	EMAITZAK	BALIAGARRIAK
Elservier (DOYMA)	Cancer AND Fertility AND Needs → Filtroak: 2010-2020	76	0
	Oncology AND Fertility → Filtroak: 2010-2020	30	0

3.Eranskina: Irakurketa kritikorako gidoiak

IKERKETA KUANTITATIBOKO AZTERKETEN IRAKURKETA KRITIKORAKO GIDOIA

<p>Artikulu: Armuand GM, Rodriguez-Wallberg KA, Wettergren L, Ahlgren J, Enblad G, Höglund M, et al. Sex differences in fertility-related information received by young adult cancer survivors. J Clin Oncol. 2012;30(17):2147-53.</p>			
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai HH Ez	Zergatik? Ikerketaren sarreran eta abstractean bertan ikerketaren helburu nagusia adierazten delako, bigarren mailako helburuak ere aipatuz. Horrela, minbiziaren aurkako tratamendua jaso duten adin erreproduktiboko pazienteen pertzepzioa fertilitatearen inguruko informazio eta hau mantentzeko aukeren inguruan ikertzea dela helburu nagusia azalarazten da, informazioa jasotzeak pazienteen ezaugarriekin duen lotura jakin nahian bigarren helburu gisa.
	Diseinua	Erabilitako diseinu-mota egokia da ikerketaren helburuari dagokionez (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai HH Ez
Populazioaren		Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimantal bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira? *Ez Aplikagarria (EA)	Bai HH Ez EA
		Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?	Bai HH Ez

			gisa hautatzearen arrazoa (ugalkortasun gaitasunean eragiten duen tratamendua jasotzeagatik), diagnostiko urtea (2003-2007) eta herrialdea (Suezia) deskribatzen direlako.
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	Zergatik? Swedish Cancer Registry eta Quality Cancer Registers populazioan oinarrituriko erregistroetatik, Regional Cancer Center Uppsala Obrero zentrua arduratu zelako gutun bidezko gonbidapenak bidaliz ikerketan parte hartzeko aukera eskeintzeaz. Gainera, barneratze irizpideak zergatik hautatu diren azaltzen da (minbiziaren aurkako ohiko tratamenduek fertilitatean gehien eragiten dutenak direlako) *Ez da aipatzen ikerketari buruz eskainiriko informazioa, ezta laginean parte hartu zutenek sinaturiko baimen informatua.
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Zergatik? Ez da aipatzen zenbateko kopurua behar den ikerketa gauzatzeko.
Aldagaiaren neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Zergatik? Esperientzia klinikoan eta aurretiko bilaketetan oinarrituriko 9 itemeko galdetegia fertilitatearekin erlazionaturiko informazioaren pertzepzioa eta fertilitatea mantentzeko tekniken erabilera ikertzeko erabiltzen delako. Ikerketaren barnean eginiko ikerketaren pertzepzioari buruzko galderak (ikerketa

			pilotoa) egiten direlako galdetegiaren bideragarritasunerako.
Alborapenen	<p>Azterlana eraginkortasuneko edo harremaneko den:</p> <p>Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiei dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?</p> <p>*Ez Aplikagarria (EA)</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p> <p>EA</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Ez dago esku-hartzerik.</p>
	<p>Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada:</p> <p>Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?</p> <p>*Ez Aplikagarria</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p> <p>EA</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Ez aplikagarria.</p>
Emaitzak	<p>Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Pazienteen guraso izateko nahia kontuan hartuta, asistentzialki ematen diren desberdintasunak adierazten direlako, batik bat emakumeek jasotzen duten informazioaren kantitate eta kalitatean, honek zuzenean eraginez helburuari erantzuteko beharretan.</p>
	<p>Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Lagin altuko ikerketa izateaz gain, lanaren helburuari erantzuteko emaitzak baliagarriak dira, egoerarik zaugarrienean dauden pertsonen beharrak identifikatuz.</p>
beharretanAzken			

IKERKETA KUANTITATIBOKO AZTERKETA IRAKURKETA KRITIKORAKO GIDOIA

Artikuluak:

1-Armua GM, Rodriguez-Wallberg KA, Wettergren L, Ahlgren J, Enblad G, Höglund M, et al. Sex Differences in Fertility-Related Information Received by Young Adult Cancer Survivors. *J Clinical Oncol.* 2012;30(17):2147-53.

2-Benedict C, Thom B, Friedman DN, Pottenger E, Raghunathan N, Kelvin JF. Fertility information needs and concerns post-treatment contribute to lowered quality of life among young adult female cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2018;26(2):2209-15.

3- Young K, Shliakhtsitsava K, Natarajan L, Myers E, Dietz AC, Gorman JR, et al. Fertility counseling before cancer treatment and subsequent reproductive concerns among female adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer.* 2019;125(6):980-89.

4- Flink DM, Kondapalli LA, Kellar-Guenther Y. Priorities in fertility decisions for reproductive-aged cancer patients: fertility attitudes and cancer treatment study. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2017;6(3):435-43.

5- Jayasuriya S, Peate M, Allingham C, Li N, Gillam L, Zacharin M, et al. Satisfaction, disappointment and regret surrounding fertility preservation decisions in the paediatric and adolescent cancer population. *J Assist Reprod Genet.* 2019;36(9):1805-22.

	Irizpideak	1	2	3	4	5
Helburuak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
Diseinua	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH

		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira? *Ez aplikagarria (EA)	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA
Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Aldagaien	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Albor	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada:	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai

	Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste- direla ziurta dezakezu? *Ez aplikagarria(EA)	HH Ez EA	HH Ez EA	HH Ez EA	HH Ez EA	HH Ez EA
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago? *Ez aplikagarria(EA)	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA	Bai HH Ez EA
Eraitzak	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Amaitu	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

IKERKETA KUALITATIBOKO AZTERKETA IRAKURKETA KRITIKORAKO GIDOIA

<p>Artikulua: Benedict C, Hahn AL, McCreedy A, Kelvin JF, Diefenbach M, Ford JS. Toward a theoretical understanding of young female cancer survivors' decision-making about family-building post-treatment. Support Care Cancer. 2020;28(10):4857-67.</p>			
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Helburuak eta hipotesiak</p>	<p>Helburuak eta/edo hipotesiak argi zehaztuta daude?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Ikerketaren sarreran eta abstractean lortu nahi den helburua aipatzeaz gain, ikerlariak duten hipotesia azalarazten da: minbiziaren ondoren familia bat sortzeko nerabe eta heldu gazteak diren emakumeen esperientziak ezagutzea helburu delarik, erabakia hartzeko prozesuaren kalitatearen arabera, sortzen den intseguritatea baldintzatzen duen hipotesian oinarritzen dira.</p>
	<p>Metodologia kualitatiboa egokia al da ikerketaren helburuari erantzuteko?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Hipotesi batean oinarrituz, kontzeptuen arteko loturak aztertu eta deskribatu nahi direlako; pazienteen esperientziak ikertuz sentitzen duten intseguritatearen zergatiei erantzuna eman nahian elkarrizketa semi - estrukturatuen bitartez.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Metodologia eta metodoa</p>	<p>Ikerketa-metodoa egokia da helburuak lortzeko? (Ikertzaileak esplizitua egiten badu eta aukeratutako metodoa justifikatzen badu, Fenomenologia, Oinarritutako Teoria, Etnografia...)</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Ikertzaileak ikerketa mota esplizitatzeaz gain, hipotesia eta ikerketa metodoa planteatzerako orduan aurreko ikerketa eta teoria jakinetan oinarritzen da egindako elkarrizketa semi-estrukturatuen metodoa justifikatzeko.</p>

Populazioa, lagina eta laginketa	Populazioa identifikatu eta deskribatzen da?	Bai HH Ez	Zergatik? Populazioaren adin tartea (15-39 urte bitarteko emakumeak), jasotako tratamendu gonadotoxikoa (Kimioterapia sistemikoa edo / eta Pelbis inguruko Erradioterapia), haurrak izateko desioa eta aurretik haurrik ez dutela adierazten delako.
	Laginketa-estrategia egokia da? Ba al dago parte-hartzaileen hautaketari buruzko azalpenik? Justifikatzen du zergatik ziren hautatutako parte-hartzaileak egokienak azterketak eskatzen zuen ezagutza-mota eskuratzeko? Ikertzaileak azaltzen du nork, nola, non egin zitzairen deialdia azterketako parte-hartzaileei?	Bai HH Ez	Zergatik? Ospitaleko erregistro mediku elektronikoetan oinarriturik, gutuna eta segidako telefono deiak egin zitzaizkielako ikerketan parte hartzeko gonbidapena egiteko. Heldu gazteen minbizi elkarrekin ere kontaktatuz, iragarkiak jarritz webguneetan, kontakturako esteka eskaini zitzairen. Adin txikikoei gurasoen baimena eskatu zitzairen. Telefono deia itzultzen zituzten pertsonak izan ziren hautatuak. *Ez da justifikatzen parte hartzaileen hautaketaren zergatia, ezta zein ospitaleen erregistroak erabili ziren edo nor arduratu zen deialdirako prozesua egiteaz.
	Kalitate-estrategiak, hala nola saturazioa, esplizitatzen al dira laginketa amaitzeko?	Bai HH Ez	Zergatik? Saturazioa erabiltzen da, behin nahikoa emaitza lortutakoan, emaitza berdin gehiago ez jasotzeko itxi egiten delako laginketa.

<p>Informazioa biltzea</p>	<p>Datuak biltzeko teknikak bat datoz azterketaren helburuekin eta orientazio teoriko-metodologikoarekin?</p> <p>Justifikatzen al da datuak biltzeko teknika hautatzea? (Sakoneko elkarrizketak, eztabaida-taldeak, talde fokalak, behaketa parte-hartzailea, etab.)</p> <p>Datuak erregistratzeko formatua zehazten al da (adibidez, audio/bideo grabazioak, landakoadernoak, etab.)?</p> <p>Lekua eta denbora-tartea egokiak izan dira?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Elkarrizketa sakonak erabiltzen direlako esperientziak ikertzeko, hipotesia-teorian oinarrituz (Tripartite Model of Uncertainty and Self – Regulation Theory) elkarrizketa semi-estrukturatuak eginez.</p> <p>Datuak nola erregistratzen diren zehazki adierazten delako: audio grabaketa, Verbatim, transkripzioa eta kodeaketa (hipotetikoa eta teorikoa); nahiz eta ez justifikatu teknikaren hautapena.</p> <p>Denbora eta leku egokiak adierazten direlako:</p> <p>45-60 minutuko elkarrizketak, telefono bidez, intimitatea eta erosotasuna bermatzen direlako.</p>
<p>Okertasunak kontrolatzea</p>	<p>Hausnartu al da ikertzaileak berak ikerketa-prozesuan izan dezakeen eraginari buruz? (Erreflexibitatea):</p> <p>Alderdi etikoak kontuan hartu dira? Batzorde etiko baten onspena eskatu da. Kontuan hartu al da azterlanaren eragina parte-hartzaileengan?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Ikerketa prozeduraren onspena eskatu da (Northwell Health Institutional Review Board).</p> <p>Adin tarte zabalak lagina osatzeagatik, nerabeen (15-17 urte) eta heldu gazteen (18-39 urte) bizipen desberdinak orokortzeko arriskua kontuan hartzen da.</p> <p>*Ikertzaileak eragin dezakeen erreflexibitatea eta batzorde etikoen onspena ez da kontuan hartu</p>

	<p>Aipatzen al dira azterketaren baliozkotasuna ziurtatzeko erabiltzen diren teknikak?</p> <p>Datuen analisia triangulatu da? Ikertzaileen artean datuen triangulazioa egin da? Datuak triangulatu dira parte-hartzaileekin? Datuak triangulatu dira informazio-iturrien artean?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Kalitatea bermatzeko estrategiak erabiltzen dira: Northwell Health Institutional Review Boardek onarturiko prozedura eramaten da aurrera.</p> <p>Transkripzio guztiak irakurri ondoren, kodeatzeko Dedoose kodeatze plataforma erabiltzen da; kodeatze hipotetikoa (hipotetizatutako kontzeptuetatik sorturiko kodeak) eta kodeatze teorikoa (aurretik identifikatu gabeko gaietatik sorturiko kodeak) zertan oinarritzen diren azaldu eta justifikatzen dira.</p>
--	--	--------------------------------	--

<p>Emitzak, eztabaida eta ondorioak</p>	<p>Azaltzen al da egindako azterketa mota (edukikoa, diskurtsokoa)?</p> <p>Azaltzen al da analisi-prozesua (errekurtsozkoa, induktiboa edo deduktiboa)? Azaltzen al da nola egin zen zuhaitz kategoriala?</p> <p>Emitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?</p> <p>Emitzen azalpena argia al da?</p> <p>Aurkeztutako «verbatim»-ek ebidentzia ematen diete emitzei?</p> <p>Kontuan hartu al dira emitza kontraesankorrak edo kasu bakarrak?</p> <p>Emitzak aurretiko azterlanekin edo esparru kontzeptual/teorikoekin eztabaidatzen dira?</p> <p>Aipatzen al da emitzak beste testuinguru batzuetara transferitzeko aukera?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Egindako azterketaren ondorioz gai edo eduki desberdinak identifikatzen dira: “Sources of uncertainty”, “Cognitive and emotional reactions”, “Coping behaviors” eta “Family building decision making”.</p> <p>Erabakia hartzeko prozesua azaltzeko zuhaitz kategoriala nola egin den azalarazten da.</p> <p>Emitzek eta eztabaidak, modu argi batean hipotesiari jarraituz, faktore ezberdinak identifikatzen dituzte eta Verbatimari esker, hitzez-hitz tauletan pazienteen esperientziak ikus daitezke.</p> <p>Hipotesiaren aurkako aspektuak ere kontuan hartu eta justifikatu egin dira; horien jatorria aurkituz edo beste hipotesi batzuk proposatuz.</p> <p>Emitzak eta ondorioak antzeko populazioetara transferitzeko aukera dagoela baieztatu eta aurreko ikerketekin konparatzen dira.</p>
--	--	---------------------------------------	---

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Amaitu balorazioa</p>	<p>Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?</p> <p>Emaizak aplikagarriak al dira testuinguru kultural, sozial eta sanitario honetan?</p>	<p>Bai</p> <p>HH</p> <p>Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Ikerketako parte hartzaileen esperientziak eta proposaturiko teoriaren lotura baieztatzen dela jakinda, ezaugarri antzekoak dituzten pertsonetan aplikagarria izango delako, testuinguru soziokultural eta sanitarioan. Modu berean, aipaturiko esperientziek identifikatu nahi diren beharrekin lotura izan dezaketeelako. .</p>
--	---	--------------------------------	---

IKERKETA KUALITATIBOKO AZTERKETA IRAKURKETA KRITIKORAKO GIDOIA

Artikuluak:

- 1-** Lee RJ, Wakefield A, Foy S, Howell SJ, Wardley AM, Armstrong AC. Facilitating reproductive choices: the impact of health services on the experiences of young women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2010;20(10):1044-52.
- 2-** Yee S, Abrol K, McDonald M, Tonelli M, Liu KE. Addressing oncofertility needs: views of female cancer patients in fertility preservation. *J Psychosoc Oncol*. 2012;30(3):331-46.
- 3-** Wright CI, Coad J, Morgan S, Stark D, Cable M. Just in case: The fertility information needs of teenagers and young adults with cancer. *Eur J Cancer Care*. 2013;23(2):189-98.
- 4-** Armuand GM, Wettergren L, Rodriguez-Wallberg KA, Lampic C. Women more vulnerable than men when facing risk for treatment-induced infertility: a qualitative study of young adults newly diagnosed with cancer. *Acta Oncol*. 2014;54(2):1–10.
- 5-** Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Mothering and self-othering: the impact of uncertain reproductive capability in young women after hematological malignancy. *Health Care Women Int*. 2014;35(3):249-65.
- 6-** Richter D, Geue K, Sender A, Paasch U, Brähler E, Stöbel-Richter Y, et al. Medical consultation about fertility preservation with haematological patients of childbearing age: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;3:1-7.
- 7-** Garvelink MM, Ter Kuile MM, Bakker RM, Geense WJ, Jenninga E, Louwe LA, et al. Women’s experiences with information provision and deciding about fertility preservation in the Netherlands: “satisfaction in general, but unmet needs”. *Heal Expect*. 2015;18(5):956-68.
- 8-** Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qual Health Res*. 2015;25(3):408-16.

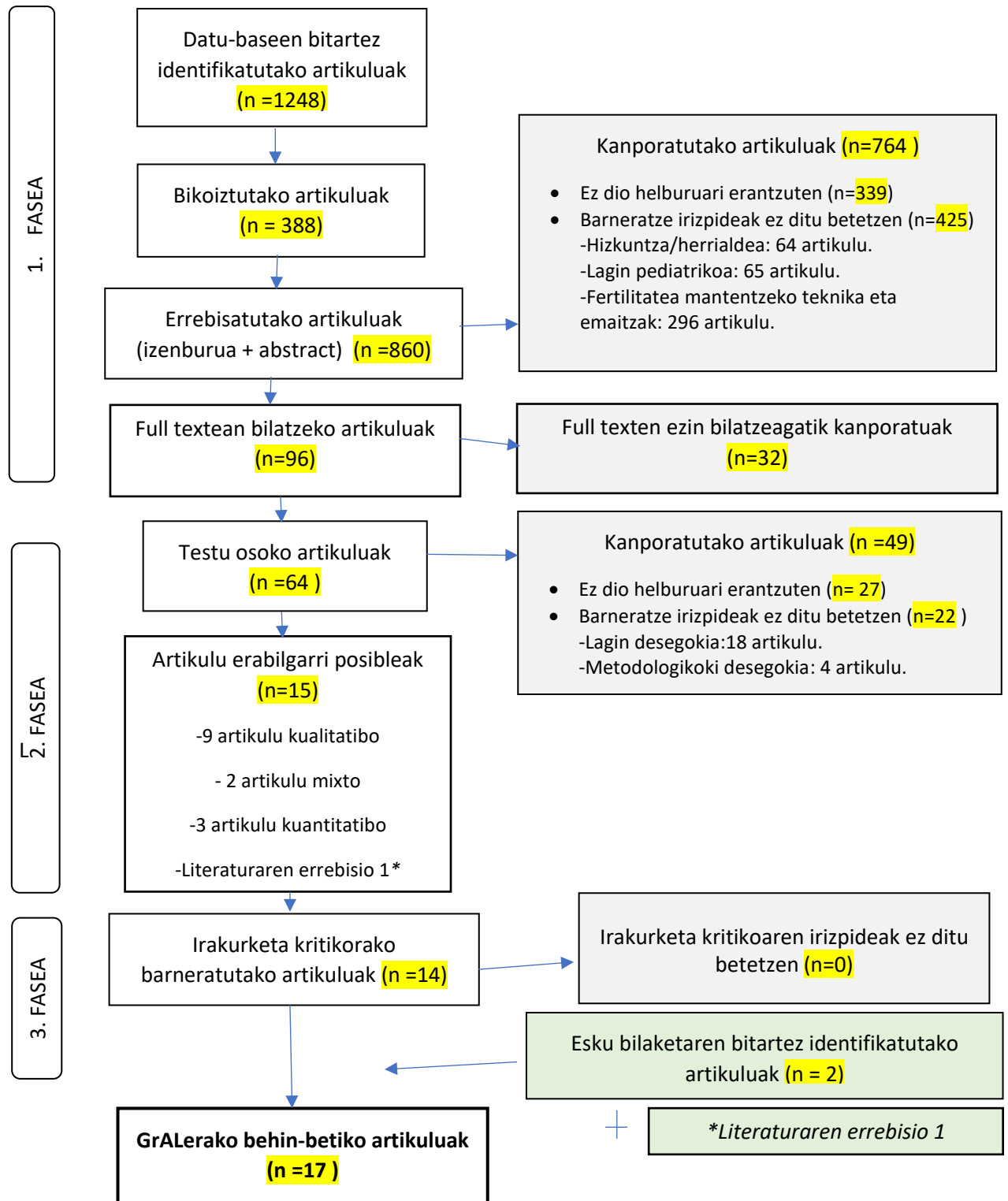
9- Benedict C, Hahn AL, McCready A, Kelvin JF, Diefenbach M, Ford JS. Toward a theoretical understanding of young female cancer survivors' decision-making about family-building post-treatment. Support Care Cancer. 2020;28(10):4857-67.										
	Irizpideak	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Helburuak eta hipotesiak.	Helburuak eta/edo hipotesiak argi zehaztuta daude? Ikerketa kualitatibo baten helburu bat da?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
Metodologia eta metodoa	Metodologia kualitatiboa egokia al da ikerketaren helburuari erantzuteko?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	
	Ikerketa-metodoa egokia da helburuak lortzeko? (Ikertzaileak esplizitua egiten badu eta aukeratutako metodoa justifikatzen badu, Fenomenologia, Oinarritutako Teoria, Etnografia...)	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
HH		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	
Populazioa , lagina eta laginketa	Populazioa identifikatu eta deskribatzen da?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH

		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Ba al dago parte-hartzaileen hautaketari buruzko azalpenik? Justifikatzen du zergatik ziren hautatutako parte-hartzaileak egokienak azterketak eskatzen zuen ezagutza-mota eskuratzeko? Ikertzaileak azaltzen du nor, nola, non egin zitzairen deialdia azterketako parte-hartzaileei?	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
	Kalitate-estrategiak, hala nola saturazioa, esplizitatzen al dira laginketa amaitzeko?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
Informazioa biltzea	Datuak biltzeko teknikak bat datoz azterketaren helburuekin eta orientazio teoriko-metodologikoarekin?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Justifikatzen al da datuak biltzeko teknika hautatzea? (Sakoneko elkarrizketak, eztabaida-taldeak, talde fokalak, behaketa parte-hartzailea, etab.)	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
	Datuak erregistratzeko formatua zehazten al da (adibidez, audio/bideo grabazioak, landa-koadernoak, etab.)?	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
	Lekua eta denbora-tartea egokiak izan dira?									

Okertasunak kontrolatzea	Hausnartu al da ikertzaileak berak ikerketa-prozesuan izan dezakeen eraginari buruz? (Erreflexibitatea): Alderdi etikoak kontuan hartu dira? Batzorde etiko baten onspena eskatu da. Kontuan hartu al da azterlanaren eragina parte-hartzaileengan?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
	Aipatzen al dira azterketaren baliozkotasuna ziurtatzeko erabiltzen diren teknikak? Datuen analisia triangulatu da? Ikertzaileen artean datuen triangulazioa egin da? Datuak triangulatu dira parte-hartzaileekin? Datuak triangulatu dira informazio-iturrien artean?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez
Emaitzak, eztabaida eta ondorioak	Azaltzen al da egindako azterketa mota (edukikoa, diskurtsokoa)? Azaltzen al da analisi-prozesua (errekurtsozkoa, induktiboa edo deduktiboa)? Azaltzen al da nola egin zen zuhaitz kategoriala? Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete? Emaitzen azalpena argia al da? Aurkeztutako «verbatim»-ek ebidentzia ematen diete emaitzei? Kontuan hartu al dira emaitza kontraesankorrak edo kasu bakarrak? Emaitzak aurretiko azterlanekin edo esparru kontzeptual/teorikoekin eztabaidatzen dira?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez

	Aipatzen al da emaitzak beste testuinguru batzuetara transferitzeko aukera?									
Amaitu balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Emaitzak aplikagarriak al dira testuinguru kultural, sozial eta sanitario honetan?	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez

4.Eranskina: Fluxu-diagrama



OHARRA: Fluxu-diagrama hau PRISMA irizpideak¹ oinarri gisa hartuta eraldatu da GrAL baten eskakizuna betetzeko.

¹ Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

5.Eranskina: Laburpen-taula

Datu esankorrak	Helburua	Diseinua	Laginareen ezaugarriak	Metodologia	Emaitzak
Lee RJ et al. ³² UK, 2010	Emakumeen erreakzioak ikertzea minbiziaren aurkako tratamenduak beraien fertilitatean eragin dezakeela jakitean eta eskainitako osasun zerbitzuen eraginkortasuna aztertzea	Ikerketa kualitatiboa Methodological framework	-Fertilitate zerbitzu eta minbiziaren zentru espezializatu bateko datu baseetan identifikatutako parte hartzaileak → 113 -Bular minbizidunak etapa goiztiarrean. -40 urte baino gutxiago diagnostikoaren orduan (fertilitate tratamendurako barneratze irizpidea). -Ingelesez hitz egiten dutenak.	Gonbidapena: -Gutun bitartez, ikerketaren buruzko informazioa eta baimen informatua bidali. Galdetegia: -8 parte hartzaileko 3 talde osatu, ospitaleko gela pribatu batean. -1,5h iraupena. -Bi ikerlari taldez talde joan galdetegia gauzatu. -Grabatu, Verbatim, traskribatu, kodeatu, analisi tematikoa 3 ikerlari desberdinek, saturaziora arte. -Parte hartzaileei gaien zerrenda bidali interpretazioa berrikusteko.	-Gehienak fertilitate zerbitzua martxan ez zegoela diagnostikatu → 6 parte hartzaile. -Minbizi hormonodependienteak/ fertilitatea mantentzeko teknikak beldurra → Osasun profesionalen gomendioak behar (ebidentzialtasuna, ikuspuntu amankomunak) -Erabaki zaila, lehentasunak argi izan beharra → sekula haurrik nahi izan ez dutenak, fertilitatea galtzeko arriskua dutenean planteatzen hasi. -Osasun profesionalak beraien pazienteak erabakia hartzetik eskluitu → inteligente bezala tratatzea nahi, eztabaida ireki eta profesionala, bi gaiei buruzko jakinduria duen talde multidisziplinarra. -Kontsuta indibiduala, bikotearen presentzia posiblea. -Idatzizko informazio gehiegi vs. Idatzizko informaziorik ez → oinarriko informazio idatzia + baliabideen erreferentzia. Diagnostiko ondorengo astean informazioa eskaini.

<p>Yee S et al.²⁵</p> <p>Canada, 2012</p>	<p>Minbizia igaro duten emakumeen ikuspuntua ezagutzea fertilitatea mantentzearen inguruan kontsulta bat izanda minbiziaren aurkako tratamendua hasi aurretik.</p>	<p>Ikerketa kualitatiboa Retrospektiboa</p>	<p>2005 urtarriletik 2008 abendura IVT klinikan kontsulta jaso duten minbizidun emakumeak → 104</p> <p>Galdetegia: -70etik → 64ek onartu etxera ikerketari buruzko informazioa iristea, baimen informatu eta galdetegiarekin → 41 pertsonak egin galdetegia (gehienbat bular minbizidunak)</p>	<p>Telefono mugikorrez kontaktatu (ikerlariak/ klinikako erizainek)</p> <p>Galdetegia: -21 itemeko galdetegia -5 galdera ireki</p> <p>-Independienteki analizatu (bi ikerlari desberdinek), deskriptiboki kodeatu, kategoriak identifikatu.</p>	<p>Arriskuaz ohartzearen inpaktuak → beldurra + estresa.</p> <p>Fertilitatea mantentzeko aukerak → itxaropena, dena galdu ez dutela sentitu, osotasun emozional eta mentala, indarra eman prozesuan jarraitzeko eta etorkizunean ez damutzeko.</p> <p>Fertilitatea mantentzeko aukerak ez hautatzearen arrazoiak → tratamendu onkologikoak presa izatea, berriro prozesu mediku bat ez hastea, arrazoi ekonomikoak, bikoterik gabe espermatzoide beharra sentitu.</p> <p>Hobetzeko alderdiak: -Askok ez arriskua ezagutu → profesionalen betebeharra inizatiba hartzea → modu errutinario batean, paziente guztiei azaldu + identifikatu interesatuak → fertilitate espezialistarengana deribatzea baloratu -Erlazio enpatikoagoa eta flexiblea.</p>
<p>Armuand GM et al.²⁹</p> <p>Sweden, 2012</p>	<p>Minbiziaren aurkako tratamendua jaso duten adin erreproduktiboko pazienteen pertzepzioa fertilitatearen inguruko informazio eta hau mantentzeko aukeren inguruan ikertzea + informazioa jasotzeak zein</p>	<p>Ikerketa kuantitatiboa Deskriptiboa Transbertsala + Pilot- study</p>	<p>Ikerketan: -Sueziako Minbizi Erregistroan, 810 parte hartzailetatik → 484 (328 emakume eta 156 gizon). -Diagnostikotik 3-7 urte igarota. -2003-2007 bitartean minbizia (linfoma - Hodgkin/ ez Hodgkin-, leuzemia akutua - mieloide/linfoma-, barrabil, ovario eta</p>	<p>Galdetegia: -2010 ean, etxera iritsitako karta bidez. -9 item: adina, sexua, hezkuntza, etxeko kideak, diagnostikoan haur kopurua, tratamenduaren aurretik haurrak izateko nahia, diagnostikoa, tratamendua, egoera menopausikoa emakumeetan.</p>	<p>Informazioa: %59 fertilitate arriskuari buruz → %92 tratamendua hasi aurretik.</p> <p>Emakumeen %48, arriskuak: Amenorrea %81, haurdun geratzeko posibilitatea murriztu %79, menopausia goiztiarra %71.</p> <p>Gizonezkoen %80, arriskuak: Esperma produkzioa jaitsi %90, erekzio arazoak %28.</p> <p>Fertilitatea mantentzeko aukeren informazioa %31: -Gizonezkoen %68. %54 fertilitatea mantentzeko teknikak erabili. Tratamendu aurretik haurrak nahi zituztenen %77. -Emakumezkoen %14. %2 fertilitatea mantentzeko teknikak erabili. Tratamendu aurretik haurrak nahi zituztenen %11.</p>

	<p>erlazio duen pazientearen ezaugarri soziodemografiko, diagnostiko eta tratamendu aurreko haur bat izateko nahiarekin.</p>		<p>emakumeetan bular minbizia kimioterapiarekin tratatutakoak) diagnostikaturiko emakume zein gizonak. - 18-45 adin tartekoak (36 urte bataz-beste) -%32ak haurrak izan nahi tratamendu aurretik -%91,5 Kimioterapia + %56,4 Erradioterapia</p>	<p>-4 item: informazioa jaso bai / ez/ ez daki EZ→ galdera irekietan komentatu. BAI→noiz, zein arrisku, modua, FP aukerak bai/ez BAI→informazio asko jaso 3 item: FP aukera desberdinak, formatua -Anlisi estadistikoa +Pilot-study (66 parte hartzaile): ikerketa honetan parte hartzearen pertzepzioa aztertzeko</p>	<p>Emakumeei informazioa errazago iritsi: aurretik nahi izanda, leuzemia diagnostikoa, 35 urtetik behera, aurretik haurrik izan gabe (BALDINTZA GEHIAGO BETE BEHARRA) Gizonei informazio errazago iritsi: 35 urtetik behera (BALDINTZA GUTXIAGO BETE BEHARRA) Emakumeen tekniken konplexutasuna: arrakasta zalantzatsua, aurreprestakuntza...→ mediku-paziente komunikazio eta informazio murrizta→ informaziorik gabe ezin erabaki fertilitatearen inguruan. *Kontuan hartzekoa: Suezian fertilitatea mantentzeko teknikak osasun sistema publikoaren zati.</p>
<p>Garvelink MM et al.²⁶ Netherlands, 2013</p>	<p>Minbiziaren aurkako tratamenduen ondoriozko efektu gonadotoxikoa jasateko arriskua duten emakumeen esperientziak ezagutzea, informazioaren irispina, gomendioak eta erabakia hartzeari buruz, hobetzeko gomendioekin batera.</p>	<p>Ikerketa kualitatiboa Retrospective Semi-structured interviews</p>	<p>Elkarrizketan: -53 emakumetik→ 34 emakume. -Gehienak bularreko minbizia -Kimioterapia, erradioterapia (lokal edo gorputz osokoa), kirurgia edo zelula trasplantea jaso dutenak. -Fertilitateari buruzko kontsulta batetik aurrera izan dutenak 2002-2007 bitartean→24 hilabete igarota kontsultatik.</p>	<p>Gonbidapena: -Eskutitza + 2 astera telefono mugikor bidez zitzatu elkarrizketarako. Elkarrizketa: -2007ko azarotik 2008 apirilera bitartean. -Etxean/LUMCK (emakumeen lehentasunaren arabera) -Ikertzailea tratamendu edo kontsultarekin zerikusirik gabekoa (bat izan ezik)→ entrenatuak. -51 minutukoak eta anonimotasuna mantendu.</p>	<p>Hobetzeko alderdiak: 1-Asertibitatea: norbere eskubideak jakin beharra laguntza eskatu nahi izanez gero. Gaia onkologoak proposatu %49. Pazienteak %30. Tratamendu gonadotoxikoaren ondoren eztabaida %55. 2-Informazioa hobetu beharra: -Argiagoa, gehiago→ lagundu erabakia hartzen. Informazio eskuratzeko baliabideak etxean (berriro irakurri ahal izateko) -Profesionalak: zabalik galderak entzutera, atseginagoak→Aurrez - aurreko kontaktua, konfidantza, hezkuntza beharra -Medikuek adin/prognosi txarragatik fertilitatea mantentzeko aukerak baztertu→ informaturik norberak hartu nahi erabakia→Paziente guztiak informatu (kontuan hartu gabe bere ezaugarri klinikoak)→ estandarizazioa, lehentasunak identifikatuz.</p>

			<p>-18-40 urte zituztenak kontsulta garaian.</p> <p>-LUMC datu basean erregistratuak</p> <p>-Holandarra ulertzen zutenak.</p>	<p>-Grabatu, transkribatu. 15 elkarrizketa kodeatu, gaiak identifikatuz kanpoko bi ikerlariak (+azpikode eta azpigai). Saturazioa. Ikerlari guztien artean kodeak onartu. 2 ikerlariak kodeak interpretatu, gero taldean.</p>	<p>-Itxaropena, motibazioa, ongizatea vs. Kezka, intsegritate, damuari beldur, arrakasta ziurrik ez.</p> <p>3-Denbora murrizta egoera onartu + erabakitze. (informazio gehiegi aldi berean, nahiko berandu)→ Fertilitatea mantentzeko aukerak murriztu %62 ak soilik hautatu.</p> <p>4-komunikazio eskasa profesionalen artean.</p>
<p>Wright C et al.²²</p> <p>UK, 2013</p>	<p>Fertilitatearen inguruko eta hau galtzeko arriskuekiko informazio ulergarriaren beharra eta minbiziaren aurkako tratamenduen ondorengo fertilitate egoeraren ezagutza ikertzea 13-25 urte bitarteko gazteetan.</p>	<p>Ikerketa Kualitatiboa</p> <p>Part of a mixed methods. (observation + semi structured interviews)</p>	<p>Elkarrizketa:</p> <p>-14 gazte: 12-15 urteko 6, 18-24 urteko 8</p> <p>-6 guraso eta bikote.</p> <p>-2 hilabeteetan zehar.</p> <p>-Bataz beste 4,5 urte tratamenduaren ondoren.</p> <p>-Unitate berezi batean trataturikoak.</p>	<p>Elkarrizketa:</p> <p>-Aurretik erabakiriko galderak formulatu + elkarrizketan sorturiko gai berriak onartu.</p> <p>-Gaiei buruzko datuak erregistratu (Nvivo9 software).</p> <p>-Pseudonimoak, identitatea ezkutatzeko.</p> <p>-Kodeatu (See Wright 2012).</p>	<p>Parte hartzaile ia guztiek informazioa arriskuari buruz baina asebetetze desberdina:</p> <p>1-Ez kontziente jasotako informazioaz (informatzeko modua eta pazientearen adin murriztatik).</p> <p>2-Emakume gazteenek informazio ez osatua. (Fertilitatea mantentzeko tekniketarik kanpo uztea ez arrazoitu, tekniken konplexutasuna, denbora murrizta aukeratzeko).</p> <p>3-Fertilitate egoera aktualaren ezjakintasunak estresa eragin→ segurtasun falta, antikonzeptibo gisa, haurdunaldi ez planifikatuak, ITS...</p> <p>12-16 urte: Gurasoekin eztabaida pazientearen presente izan gabe, fertilitatea mantentzeko teknikerarako ez nahiko garatuak kontsideratu biologikoki, aktiboki parte hartu nahia. Babesa vs. Baztertea.</p> <p>18-24 urte: Mutilek informazio egokia, fertilitatea mantentzeko teknikak guztiei eskaini, bideratu eta gomendatu (badaezpada). Neskek informazio gutxiago eta insensiblerak→ estresa handitu. TYA unitatean asistentzia hobea.</p> <p>Gurasoen presentzia sostengua vs. Lotsa, masturbazioari buruz hitz egitean.</p> <p>Haur biologikoetan zentratu, gainontzeko aukerak alboratuak geratu (adopzioa).</p>

<p>Armuand GM et al.³¹</p> <p>Sweden, 2014</p>	<p>Ikertzea fertilitatearekin erlazionatutako komunikazio esperientzia eta honen lotura etorkizuneko infertilitate arriskuarekin, minbizia diagnostikatu berri dioten pazienteetan.</p>	<p>Ikerketa Kualitatiboa</p> <p>Semi-structured</p>	<p>-29 parte hartzailetik → 21 (10 mutil, 22-40 urte) eta 11 neska (20-41 urte)</p> <p>-la erdiak gurasoak , erlazio establea eta etorkizunean haurrak izateko gogoia .</p> <p>-Kimitoterapia tratamendua (gehienek erradioterapiarekin, antiestrógenoekin, ebakuntzarekin, antigorputz edo zitokinekin konbinatua)→ sendatzeraz bideratua.</p> <p>-Sueziarrez komunikatzeko gai.</p> <p>-Sueziako ospitale unibertsitarioko Hematologia eta Onkologia zerbitzuan daudenak edo egondakoak.</p> <p>-Diagnostikatu berriak (aste batzuk lehenago)</p>	<p>Gonbidapena:</p> <p>-Erizain talde/ ikerlari taldearen bitartez unitatean. Eskutitz bidez kontaktatu, baimen informatua sinatu.</p> <p>Elkarrizketa:</p> <p>-Trataturiko ospitalean, 3 egongeletan elkartu.</p> <p>-Banakakoak</p> <p>-Galdera semi-estrukturatuak, 3 gaietan zentratuak.</p> <p>-15-51 minutu.</p> <p>-Grabatu. Transkribatu behin baino gehiagotan, esanahiak identifikatu, laburtu eta kodeatu, Saturaziora are. Kategorietan eta subkategorietan banatu.</p>	<p>Gizonezkoa guztiek jaso informazioa fertilitate + teknikei buruz. 7k esperma bankura jo , prozesu automatikoa→ ez denborarik pentsatzeko, diagnostikatu eta denbora gutxira masturbatuaz. Segurtasuna vs. Lotsa. Proposamena: etxean egin ahal izatea. Teknikenganako konfiantza, maskulinitate galerari beldur.</p> <p>Emakume erdiek (4/11) jaso informazioa, horietako 2k teknikei buruz, 0k burutu→ kontrol galera, gutxiegitasun sentimendua.</p> <p>Idatzizko informazioa→ ez irakurtzeko arriskua. Aldaketak erlazioetan→pozik egon behar minbizia gaitzizkoetatik baina ez horrela sentitu (erakargarritasun murrizpena, abandonu beldurra)</p> <p>Aurre egiteko neurriak: informazioa individualizatu, norbera prestatu infertilitaterako, positibotasuna, emozioen konfrontazioa saihestu. Pazienteak ez damutu arriskuaren ezagutzaz.</p> <p>Emakumeak zaurgarriagoak arrisku honen aurrean→adinduagoak eta haurrak izanda gutxiago informatu</p>
<p>Halliday LE et al.²³</p> <p>Australia, 2014</p>	<p>Minbizi hematologikoa izan duten emakume gazteen esperientzia ezagutzea, fertilitate, haurdunaldi eta</p>	<p>Ikerketa Kualitatiboa</p> <p>Phenomenological Interviews (Van Manen 1990)</p>	<p>Galdetegia:</p> <p>-Tratamendua bukatu eta bizitza normalera itzulitako 25-39 urte tarteko 12 emakume.</p> <p>-Minbizi hematologikoaren diagnostikotik urte betera behintzat.</p>	<p>-Iragarkia jarri, 4 web orrialdetan, sostengu talde eta email 1ean. Interesatuak idatzi, informazio gehigarria eman eta galdetegira gonbidatu, baimen informatua sinatu.</p>	<p>Desberdintasun sentimendua, ez ulertuak, akatsdunak sentitu→Ziurgabetasuna:</p> <p>1-Konparatu gainontzekoekin:</p> <p>1.1-Desbideratu arau sozialetatik, ezkondu, haurrak eduki→ bestela anormala</p> <p>1.2-Lagun haurdunekin ezin berdin poztu, haurdun geratzea lortuta ere, desberdin sentitu, prozesu</p>

	amatasunaren inguruan.		-Haurdun egon direnak, momentuan daudenak, egon ez direnak	Galdetegia: -Aurrez-aurre/ telefonoz→ emakumeak aukeratu eguna, ordua. -2010 Urtarriletik 2011ko martxora. -40 min-1,15h -Grabatu, traskribitu, esperientziak kodeatu. -Gai nagusiak fenomenoekin erlazionatuta kategorizatu. -Pseudonimoak erabili.	naturalari uko protokoloz→arrisku altuko haurdunaldia 1.3-Animatu beharra: “beti egongo da norbait okerrago”, “zortea duzu bizirik egoteaz” 2-Denbora gutxi adin erreproduktiboan: 2.1- Amatasun sena vs. Ugaltzeko gaitasun galera 2.2-Presioa, saiakera errepikakorrek→uneoro pentsakor 2.3 Lagunekin sinkronizazioa (haurdun ez dauden bitartean normaltasun sentsazioa, kontziente hau aldatuko dela) 2. mailako arazotzat → gero kezka iturri handia bihurtu.
Halliday LE et al. ²¹ Australia, 2015	Adin erreproduktiboan minbizi hematologikoen aurkako tratamendua jaso eta ama izan nahi duten emakume gazteen fertilitate, haurdunaldi eta amatasunaren inguruko esperientziak ikertzea.	Ikerketa Kualitatiboa Hermeneutical phenomenology (Veseth, Binder, Borg 2012)	Elkarrizketa: -Neoplasia hematologikoari aurre egiteko tratamendua jaso duten 12 emakume. -25-39 urte bitartean. -Diagnostikotik urte betera behintzat. -Ugalkortasunaren inguruan zalantzati agertu direnak. -Bikotedunak/gabeak -Haurdun egon direnak, daudenak, egon ez direnak.	Elkarrizketa: -Galdera irekiak, aurrez fenomenoetan banatuak., -Gehienak aurrez aurre, emakumeen etxean, aukeratu eguna eta ordua/ telefonoz. -40-90 min -Grabatu, traskribatu, parte hartzaileak gonbidatu balidatzera, kodeatu, fenomenoekin erlazionatuta interpretatu.	Bizirautea lortu arren, liminalitatea: ez sentitu leku jakin batean zein bestean→ segurtasunik ez. Arrazoiak: 1-Fertilitate egoeraren ezjakintasuna: ez fertila baina oraindik ez guztiz infertila→frustrazioa, antsietatea vs. Itxaropena. 2-Arrisku altuko haurdunaldia: poztasuna vs. Beldurra, haurraren osasuna bermatu nahi→ minbizia itzuliko da? Estresa sentitu. 3-Amatasuna disruptiboa: lorpena vs. Heriotzaren beldur, gaixotasunak ez utzi haurra zaintzen→ haurra sufriarazi.
Richter D et al. ²⁸ Germany, 2015	Onkologistek modu errutinario batean guraso izateko plangintza eta fertilitate arriskuei buruz	Ikerketa kualitatiboa Semi escrutured interview	Elkarrizketa: -120 pazienteetatik→ 28 (16 emakume eta 14 gizon). -18-45 urte bitartean.	Gonbidapena: Eskutitz / osasun langileen bidez. Elkarrizketa:	Gehienek eztabaidatu guraso izateko plangintza tratamenduaren aurretik→ 2. Maila batean, 5-10 minutu, motza eta zuzena. ½ fertilitate arrisku eta teknika aukerei buruz hitz egin→ deribatu endokrinologo/ fertilitate espezialistara.

	<p>eztabaidatzen duten eta zein modutan egiten duten hau ikertzea fertilitatea mantentzea erabakitzen duten pazienteak ikertu eta hauen erabakiaren zergatia ikertzearekin batera, pazienteen espektatibak beteko dituen kontsulta arrakastatsua eraikitzeke.</p>		<p>-Minbizi hematologikoekin (Hodgkin, ez Hodgkin linfoma eta leuzemia) -Diagnostikatu aurreko hiru urteetan guraso izateko nahia zutenak. -Diagnostikatu eta 20 hilabetera behintzat. -Kimioterapia jasoak (parte hartzaile bat izan ezik).</p>	<p>-2011ko otsailetik, 2012ko maiatzera -Gidan oinarrituriko 30 galdera, pazienteak proposaturiko gaiak barne hartu -Aurrez-aurre. -Ospitalean/etxean -10-60 min. -Grabatu, transkribatu, Verbatim, kategoriak identifikatu, Kodeatu (bi ikertzaile kanpokoek), gai berriak inductiboki azaldu. Azpigaletan banatu eta sorutiko gai berriak kodeatu. Natiboa den itzultzaile batekin, Alemanetik ingelesara itzuli, esatera kolokialak mantendu.</p>	<p>½ ez du tekniketara jo, informazio falta. Tekniketan parte hartu dutenek haurrak izateko nahi sakona.</p> <p>Kontsultan: -Pazientea, medikua + beste paziente bat egoteak deseroso sentiarazi→ Pribatutasuna behar, bikotearen presentzia eskertu. -Arriskuaren berri diagnostikoaren orduan jakiteak inpaktua sortu -Teknikai buruzko informazioa behar (kostuak, arrisku eta arrakastak – haur + gurasoentzat- -ldatzizko informazioa (zalantzak argitzeko edo gero galdetzeko).</p>
<p>Flink DM et al.³⁴ Colorado, 2017</p>	<p>Lehentasanak eta erabakia hartzeko beharrak ulertzea diagnostikatu berri diren nerabe eta heldu gazteetan, ikertuz zergatik fertilitatea mantentzea erabakitzen den ala ez (emakume eta gizonak konparatu). Honen inguruan eragiten duten faktoreak ikertuz, osasun</p>	<p>Mixed methods. -Ikerketa Kuantitatiboa -Ikerketa kualitatiboa Critical theory</p>	<p>-Minbizi diagnostikatu berridun 27 -Denverreko 2 erreproduzio kliniketako onkofertilitate kontsulta izan dutenak, 2014ko apiriletik, 2015eko uztailera arte. -Fertilitate kontsultako informazioa: fertilitate galera arriskua, fertilitatea mantentzeko</p>	<p>Elkarrizketa: -Kontsulta eta 30 egun beranduago behintzat. -30 min -Grabatu, traskribatu, verbatim, analisi tematiko bidez deskonposatu, kodeatu, saturaziora arte. Analisia: -Elkarrizketatik ateratako 328 kode lortu. Deduktiboki gaietan taldekatu.</p>	<p>Fertilitatea mantentzeko aukerak hautatzeko arrazoiak: Lehentasanak guraso izatea.</p> <p>Fertilitatea mantentzeko aukerak ez hautatzearen arrazoiak: -Etorkizuneko haurra kaltetzeko beldur. -Adin ez emankorra iada -Gomendio eta informazio falta → Lehentasanak minbiziaren aurkako tratamendua.</p> <p>Lehentasanak: emakumeak guraso izatea vs. gizonak etorkizuneko damuaren beldur→ beharrezkoa aukerak eskaintzea, informazioa, segurtasuna transmititzea, beraiek esku hartzea erabakietan, beldurrari sostengua, guraso izateko nahia kontsideratzea.</p>

	profesionalek hezkuntza bidez sostengua eman dezaten eta asistentzia hobetu pazienteen beharrak identifikatuz.		aukerak, aholkularitza, haurrak izateko aukera ez genetikoak, fertilitatea mantentzeko aukeren arriskua. -18-45 urte bitartekoak		
Logan S et al. ³⁰ Australia, 2017	Onkofertilitate sostengu beharren errebisio sistematikoa egin adin erreproduktiboan dauden pazienteentzat (14-45 urte)	Literaturaren errebisio sistematikoa	Artikulu motak: -14-45 urte bitarteko parte hartzaileak -Minbiziaren edozein faseetan -Onkofertilitate zerbitzu baten ondoren emaitza bat adierazten dutenak: 351→ 85→ 30 -2005-2016 urte bitartean argitaratuak (bataz-beste 2012) -Gehienbat emakumeenak. -5 urte baino gutxiago tratamendutik. -Diagnostikoan adina 27,8-39,9 bitartean.	2016ko maiatzean, Medline, EMBASE, PSYCH Info, Web of Science, eta SCOPUS datu-baseetan. Kalitatea MMAT bidez neurtu. Artikulu motak: 17 kuantitatibo, 12 kualitatibo, metodo mixto 1.	1- Informazio beharra: emakume, bikote gabe, gazte, betidanik haurrak nahi dituztenak → ez jakin nora jo (Interneten erabilera). Informazio gehiegi aldi berean, denbora behar pentsatzeko. Ez argi tratamenduak nola kaltetu fertilitatea. 2-Fertilitate zerbitzua, etorkizunari begira atea zabalik. 3-Mediku-paziente interakzioa: ikuspuntu desberdinak nahasketa eragin, gehienek nahi onkologoaren iritzia jakin erabakia hartu aurretik, indibidualizazio beharra. 4-Sostengu psikologikoa: emakume gazteek kezka nabarmena, garrantzia kentzen diotela sentitu. Gizonezkoak maskulinoago sentitu ugalkor izatera itzultzean. 5-Sostengu sozial eta familiarra: erabakia hartzeko laguntza, lotsa eman arren. Pazienteak oinarrizko parte hartzaileak izanda gurasoen presentzia onartu. Bikote paperak teknikak hautatzean eragin. Hobetzeko alderdiak: +Informazioa post-diagnostiko pre-tratamenduan. +Zerbitzuetarako irispen eta eztabaida gehiago behar emakumeek. +Eztabaida irekiak pazienteen kezkak argitzeko. +Denbora kudeatu aukerak, erabakiak hartzeko sostengua, material idatzia, deribazioa kudeatzeko

<p>Benedict C et al.¹⁹ USA, 2018</p>	<p>Informazio behar ez asetuen eragina baloratu, kezkek erreprodukzioaren inguruan eta erabakiei buruzko arazoak ikertu bizi kalitatean duten inpaktuarekin batera.</p>	<p>Ikerketa kuantitatiboa Transbertsala</p>	<p>-18-45 urte (29,9 batz besteko adina) -minbizidun emakume premenopausikoak -Tratamendu gonadotoxikoa jaso dutenak (i.e., systemic chemotherapy, pelvic radiotherapy, and/or pelvic surgery affecting reproductive function) orain dela urte bete behintzat (4,9 urte media) -Bular minbizi + linfoma gehienak -Haurrak nahi dituztenak gehienbat -Oraindik FP aukerak aurrera eraman gabe. -711 parte hartzaileak, 359 barneratze irizpideak→346 galdetegia egin.</p>	<p>Ikerketaren berri eman sare sozialetan eta minbiziari biziraundien dioten sostengu taldeetan. Galdetegia: -online. -5 item→ BAI/EZ (informazio behar ez aseetua neurtu). -18 item →The Reproductive Concerns after Cancer Scale→ 6 dominio sailkatu→ Likert escala (5 puntu). -Decisional Conflict Scale→ fertilitatearen inguruko erabakia hartzeko konfliktua neurtu→ 4 dominio sailkatu -The Quality of Life Scale–Cancer Survivor (ongizatea neurtu) -Analisi esploratorioa (ANCOVA)</p>	<p>Bizi kalitate gutxiago informazio asebeteko gehiago baldin badu eta kezka gehiago baldin baditu. %57-71k . %10ak soilik informazioa talde honetan. %87ak gida edo gomendio gehiago nahi. %60ak sostengu emozional gehiago behar erabakia hartzeko vs. bizi kalitate handiagoa gomendio gehiagorekin. Kezkek fertilitatea (ez gai haurrak izateko %79) Norbere (minbiziaren itzulera %47) + haurraren Osasuna (haurrari minbiziaren igartzeko arriskua %62) Zailtasunak haurdunaldian (estres + presio igoera %53) Bikote tentsioa (%61) Informazio gutxiago + zalantzak= estres + bizi kalitate murrizta.</p>
<p>Young K et al.²⁷ USA, 2019</p>	<p>Fertilitatearen inguruko espezialistek ematen dituzten gomendioak minbiziaren tratamenduaren inguruan eta honen ondoriozko</p>	<p>Ikerketa kuantitatiboa Transbertsala Deskriptiboa</p>	<p>-Reproductive Window study ikerketan parte hartu dutenak 2015eko martxotik 2017ko maiatzera: 15-35 urterekin diagnostikatu eta 18-40 urte bitartean galdetegia egindako</p>	<p>Reproductive Window study ikerketaren galdetegian erantzundako datuen analisia: Web orrialdean inskribatu eta 18 hilabetez galdetegia egin online</p>	<p>%19 tratamenduaren aurretik espezialistarengana joan. Adin altuagoa, kimioterapia eta bular minbiziaren dutenak probabilitate gehiago joateko. %12k fertilitatea mantentzeko aukera izan. %44 kezka moderatu-handia fertilitatearen inguruko aholkularitza jasotakoan (arrisku + teknikak)→ %56 vs. %41 Informazio gehiago jaso duten pertsonen kezka gehiago adierazi. Aurre aholkularitza ez dago lotuta kezka erreproduktibo gutxiago</p>

	kezken arteko lotura neurtzea.		<p>747 emakume (bataz besteko adina 33) .</p> <p>-Obulutegi bat kontserbatuta.</p> <p>-Tiroide, bular eta Hodgkin linfoma diagnostikoak gehienbat.</p> <p>-Tratamendu primarioa bukatuta, Kimioterapia (%61) eta Erradioterapia (%31) jasotakoak gehienbat</p> <p>-Elkarte ezberdinen, medikuen deribazio eta beste zerbitzu batetik kontaktatuta.</p>	<p>Parte hartzaileak informazioa eman datu demografiko, minbizia (mota, diagnostiko eta tratamendu garaiko adina et igaro den denbora) erreproduzioaren aurrekariei buruz (haurdunaldiak, haurrak minbizi ondoren, infertilitatea eta adopzioa). + galdetu aholkularitza noiz eman den, fertilitatea mantentzeko aukeren erabilpena.</p> <p>-RCAC eskala (kezka erreproduktiboak neurtzeko(6 azpiegitura, bakoitzean 3 galdera→ 18 item) Erantzuteko: Likert eskala 5 puntukoa</p> <p>Estatistika deskriptiboak</p>	<p>edukitzearekin→ tratamendu aurretik aholkularitza jaso dutenak agian kezka gehiago zituztenak ziren eta inongo informaziorik jaso ez dutenek ez dute kezkatzeko arrazoirik. Arrazoiak:</p> <p>1-Ez kalitatezko aholkularitza (oraindik kezkatu geratu)</p> <p>2-Kezken onurak arrisku errearen ezagutza dakar. Kasuz kasu indibidualizatu, beldur erreala gauzatu.</p> <p>3- Ez artatu nahikoa kezka, interbentzio eraginkorrek behar.</p> <p>Haurdunaldia, honi buruzko osasuna, eta infertilitatearen inguruko kezka.</p> <p>Gazteagoak, ekonomikoki ingresu baxuagoak, bikote gabe, oraindik haurrik gabe, diagnostiko momentutik denbora gutxi, Kimioterapia eta Erradioterapia jasotakoak kezkatuenak.</p> <p>*Ez da ezagutzen aholkularitzaren edukia</p>
<p>Jayasuriya S et al.²⁴</p> <p>Australia, 2019</p>	<p>Fertilitatea mantentzearen inguruko erabakia hartu ondorengo damua eta erlazonaturiko faktoreak aztertzea, honen inguruko eztabaida izan</p>	<p>Mixed methods.</p> <p>-lkerketa Kualitatiboa</p> <p>-lkerketa kuantitatiboa</p> <p>Descriptive statistics</p>	<p>Galdetegirako:</p> <p>-Fertilitatea mantentzeko tekniken gomendioak jasotako 1987-2016 bitarteko Melbourneko The Royal Children's ospitaleko pazienteak (2013 tik aurrera</p>	<p>Gonbidapena:</p> <p>-2013ko programaren zerrendatze sistematikoaren / 2013 aurretik kontsulta izandakoak, zerrenda faltagatik itzuli direnak edo fertilitatea mantentzeko teknikan parte hartu</p>	<p>-%6,5tratamenduaren ondoren eztabaidatu fertilitatea mantentzea→ teknikak aukeratzean damu gehiago sortu.</p> <p>-Gurasoen %80 eta pazienteen %77 teknikan itxaropena→ %93 ez damutu erabakiaz, berriro aukera berbera vs. %5 damutu (planteaturiko aukerak ez garbi, denbora gutxi, erabakia azkarregi), gainontzekoek ez izan eztabaidarik.</p>

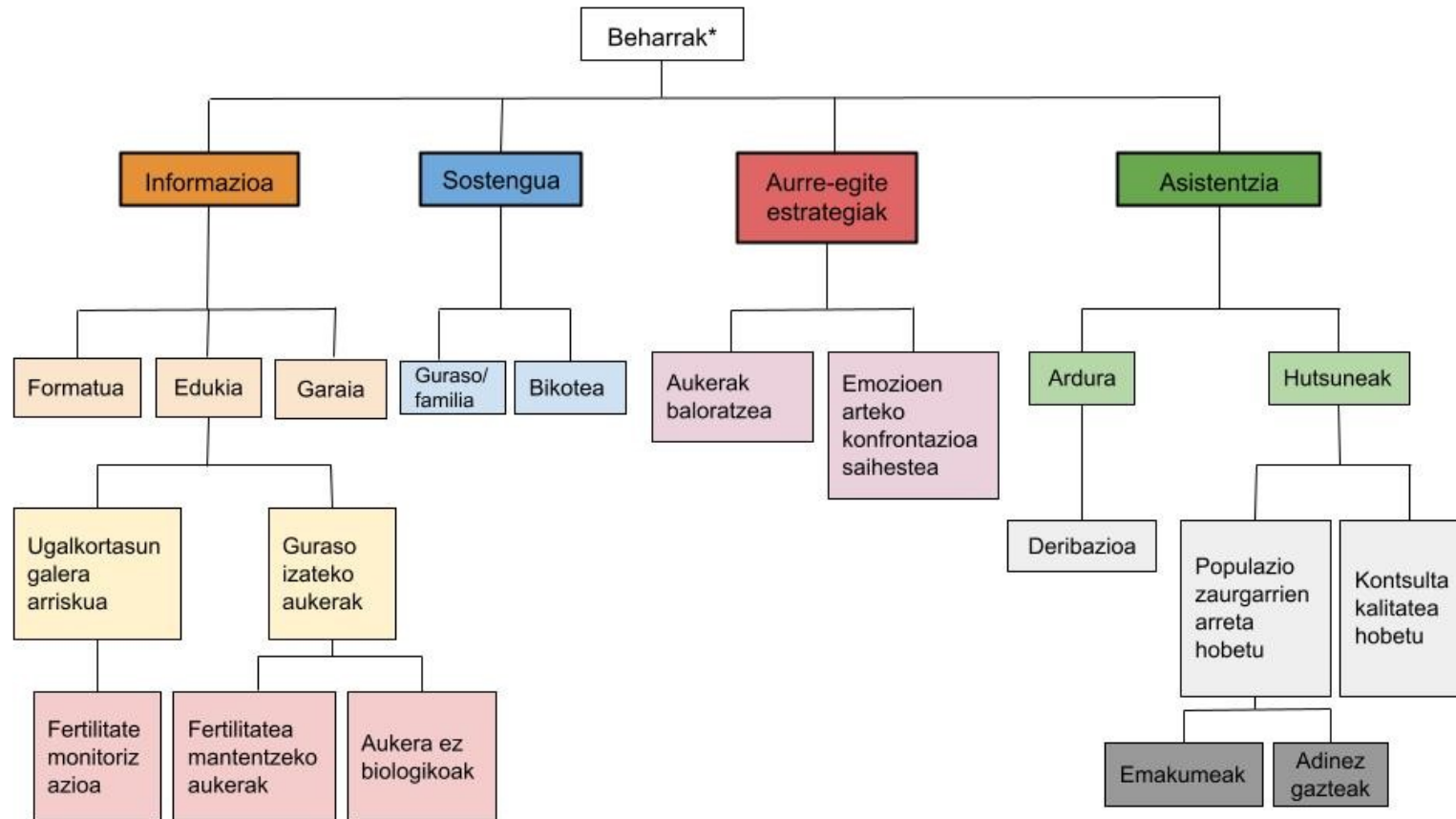
	<p>duten familietan, Melbourneko The Royal Children's ospitalean, Australian.</p>		<p>oncofertility programan) -15 urtetik gorako pazienteak eta beraien gurasoak. -Fertilitateari buruzko eztabaida izan zutenetik, behintzat 6 hilabete igaro dutenak. -Edozein minbizi mota edo tratamendu onkologikoa behar dutenak.</p> <p>- 145 familiatik →110 familia(30 paziente + 108 guraso)</p>	<p>dutenak soilik lokalizatu, ikerlarien ospitaleko bisita/ email bide.</p> <p>Galdetegia: -2015eko otsailetik, 2016ko azarora. -Decision Regret Scale→10 item -Likert-type → 2 galdera -Galdera irekiak→ 2 testu libreko galdera.</p> <p>-Estatistika deskriptiboa erabili (SPSS versión 22) -Testu libreko edukinak, induktiboki (NVivo software).</p>	<p>-Informazioa jaso dutenak tratamenduaren aurretik (gero tekniketari parte hartu edo ez) → damu gutxiago, segurtasuna transmititu →errealitatearekin topo (+) %97,3k satisfazioa:</p> <p>-Hobetzeko alderdiak: Onkologo eta fertilitateari aditua desberdindu → ez eragiteko erabakian. Hizkera sentiberagoa, eztabaidak goizago, pribatutasuna, jarraitasuna, gurasoen zalantzak argitzeko prest agertu.</p>
<p>Benedict C et al.²⁰ USA, 2020</p>	<p>Minbiziaren ondorengo familia eraikitzearen esperientzia eta erabakia hartzea ikertzea nerabe eta heldu gazteetan.</p>	<p>Ikerketa Kualitatiboa Semi-structured interviews</p>	<p>-15-39urte bitarteko emakumeak (batzbesteko adina 29)</p> <p>-Tratamendu gonadotoxikoa jaso (Kimioterapia sistemikoa edo/eta erradiazio pelbikoa),</p> <p>-Ez dutenak haurrik minbiziaren aurretik eta familia plangintza bat aurrera eraman nahi dutenak.</p>	<p>Gonbidapena: Ospitaleetako datu baseetatik lokalizatu, eskutitz bidez/ elkarteekin kontaktatu, sareetan anuntziatu, interesaturiko pertsonen telefono zenbakia erraztu.</p> <p>Elkarrizketa: -Telefonoz -45-60 min -Semi- estrukturatuak, kontzeptu modelo.</p>	<p>1-Ziurgabetasun iturria: teknikek arrakasta segururik ez eskaini (itxaropena vs frustrazioa), egoera fertilaren ezagutza falta, informazio falta, denbora murrizta erabakitzeke, rol, identitate galera, erlazioak zaildu (lagun, bikote, zitak) *Ekonomiko: ez jakin seguru pisua duen.</p> <p>2-Erreakzio emozional/kognitiboak: teknikek arrisku eta presioa murriztu, baina ama izateko esperientzia desberdin bizitu. Ama izan ez diren, bikote gabeko 20-30 urtekoak, iruzur egin dietela sentitu, teknikei buruzko informaziorik ez.</p> <p>3-Aurre egite estrategiak: -Emozioen kontrola eta kudeaketa. -Informazioa lortu beste iturri batzuetatik (%60 Google, %36 espezialista, %32 esperientzia</p>

				<p>-Grabatu, transkribatu, verbatim, profesional talde batek, -Kodeatu bi modutara: 1-Hipotesi kodeaketa. 2-Teoriaren kodeaketa saturaziora arte.</p>	<p>antzekoa bizi dutenekin, %20 Terapia, %8 maite dutenen sostengua) -Emozio positiboei heldu eta onarpena (aktibo) → konfiantza mantendu tekniketari 4-Erabakia: %80ak ziurgabetasuna. Biologikoki haurrak izatea 1. Aukera → adopzioa plan B. (superfizialki tratatu) -Ez kontuan hartu teknikak atzeratzearen arriskua, fertilitate egoera ez ebaluatu, jarraipen falta, birplanteatu askotan erabakia → arrakastaren bila. -Autoerregulazioa, identifikatu lehentasunak (bat-bateko erabakia + inpaktuak efektu negatiboa) → Informazioa STOP beldurragatik (atzeratu erabakia, emozionala eta ekonomikoki prestatuago daudenerako) → itxaropena mantendu ezjakintasunarekin, epe luzeko vs. epe motzeko erabakiak eztabaidatu.</p>
<p>NCCN³³ USA, 2020</p>	<p>Praktika klinikorako gida, Clinical Practice Guidelines in Oncology</p>	<p>Gida klinikoa</p>		<p><i>National Comprehensive Cancer Network. Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology, Version 1.2020</i> Gida Klinikoa oinarrituta.</p>	<p>-Zaintzaren zati esentziala fertilitatea eta sexualitatea tratatzea arrisku populazioarekin (agente alkilante eta irradiazio gonadala jasotzean): fertilitatea mantentzeko tekniken eta antikonzeptiboen eztabaida, tratamendua hasi aurretik → 24hren barruan deribatu interesatuak fertilitatea klinikara/ osasun mentaleko profesionalengana erabakia hartzeko konplexutasuna badu. -Baloratu inpaktu emozionala nerabe eta heldu gazteetan. -Baliabide ekonomikoak eskaini (diru laguntzak) -Kontsiderazio psikosozialak: Gizonezkoetan: esperma bankua eztabaidatu, presentzial/ online zita proposatu → estrakzio testikularra eta elektroieakulazioa eztabaidatu (arrazoi mediku, erlijioso emozional edo garapenezkoengatik) metodo tradizionalarekin esperma lortu ezin denean.</p>

					<p>Emakumeetan: fertilitatearen inplikazioak eztabaidatu tratamendu bitartean eta gerora, obarioen funtzioa monitorizatu beharra uneoro→ eztabaidatu enbrioi/ obozito kriopreserbazioa edo obulutegiko ehunaren kriopreserbazioa (posible bada), teknika hasi osasun profesionalak tratamendua atzeratzea egoki ikusten badu obozito estimulazio ziklo baterako/supresio menstruala.</p> <p>-Fertilitatean eta funtzio sexualean izan dezakeen inplikazioa eztabaidatu tratamenduan eta baita gerora ere→ fertilitate espezialistengana deribatu, antikonzeptibo beharra zehaztu.</p>
<p>ESMO¹⁸ UK,2020</p>	<p>Praktika klinikorako gida</p>	<p>Gida kliniko</p>		<p><i>Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up 2013an publikaturiko Gida klinikoan oinarrituta.</i></p>	<p>-Erreproduktzio adinean dauden paziente guztiek ahal den azkarren tratamenduaren plangintzarekin batera onkofertilitate gomendio osoak jaso behar (minbizi mota edo estadia kontuan hartu gabe).</p> <p>-Gomendioak indibidualizatu; pazienteari(+bikote) minbizi edo tratamenduaren faktore, interes pertsonal, tratamendu antineoplasiko eta adinaren arabera.</p> <p>-Ahal den guztietan informazio idatzia eta/edo baliabideak online eskaini, ahozkoak gain.</p> <p>-Interesatuak deribatu profesional/unitateetara.</p> <p>-Infertilitatea baloratzeko zifra zehatzik ez dagoenez tratamenduaren ondoriozko kalteak sortuta, pazienteek arriskuaren jabe izateko eskubidea eta arriskuan sentitu behar du.</p> <p>-Gizonezkoetan, esperma bankua teknika estandarra (guztiak eztabaidatu). Irradiazioari dagokionez, ahal denean babesteko alden egingo dira testikuluak.</p> <p>-Emakumeetan gonada protektzio modurik ez dagoenez→ GnRH andrógeno/ andrógeno/ progjestina bidezko babesa eskeini.</p>

6. Eranskina: Zuhaitz kategoriala.

**Prozesu onkologiko baten ondorioz Kimioterapia edo/eta Erradioterapia jasotzen duten nerabe eta heldu gazteek, ugalkortasunaren inguruan dituzten beharrak.*



7. Eranskina

TABLE 1. Participant Demographic and Reproductive Characteristics by Reproductive Concerns (N = 747)

Characteristic	Overall (N = 747)	RCAC >3 ^a (n = 328)	RCAC ≤3 (n = 419)	P
Age, y				<.001
18-24	61 (8.3)	32 (9.9)	29 (7.0)	
25-30	178 (24.2)	100 (31.1)	78 (18.8)	
31-35	250 (34.0)	96 (29.8)	154 (37.2)	
36-40	247 (33.6)	94 (29.2)	153 (37.0)	
Completion of college				.87
Yes	544 (72.8)	240 (73.2)	304 (72.6)	
No	203 (27.2)	88 (26.8)	115 (27.4)	
Income				.03
<\$51,000	200 (26.8)	104 (31.7)	96 (22.9)	
≥\$51,000	500 (66.9)	204 (62.2)	296 (70.6)	
Prefer not to answer	47 (6.3)	20 (6.1)	27 (6.4)	
Race				.78
White	544 (72.8)	236 (72.0)	308 (73.5)	
Black or African American	16 (2.1)	8 (2.4)	8 (1.9)	
Asian ^b	52 (7.0)	26 (7.9)	26 (6.2)	
Mixed or other race ^c	135 (18.1)	58 (17.7)	77 (18.4)	
Hispanic ethnicity				.35
Yes	183 (24.5)	86 (26.2)	97 (23.2)	
No	564 (75.5)	242 (73.8)	322 (76.8)	
Married or living with a partner				<.001
Yes	498 (66.7)	186 (56.7)	312 (74.5)	
No	249 (33.3)	142 (43.3)	107 (25.5)	
Prior live birth				<.001
Yes	292 (39.1)	86 (26.2)	206 (49.2)	
No	455 (60.9)	242 (73.8)	213 (50.8)	
Live birth after cancer				<.001
Yes	188 (25.2)	48 (14.6)	140 (33.4)	
No	559 (74.8)	280 (85.4)	279 (66.6)	
Prior infertility				.17
Yes	108 (14.5)	54 (16.5)	54 (12.9)	
No	639 (85.5)	274 (83.5)	365 (87.1)	
Prior adoption				1.0
Yes	11 (1.5)	5 (1.5)	6 (1.4)	
No	736 (98.5)	323 (98.5)	413 (98.6)	
Fertility counseling at cancer diagnosis				.001
Yes	141 (18.9)	79 (24.1)	62 (14.8)	
No	606 (81.1)	249 (75.9)	357 (85.2)	
Fertility preservation treatment at cancer diagnosis				.02
Yes	88 (11.8)	49 (14.9)	39 (9.3)	
No	659 (88.2)	279 (85.1)	380 (90.7)	

Abbreviations: RCAC, Reproductive Concerns After Cancer.
 Data are presented as n (%). Due to missing data, some variables do not add up to 747.
^aRCAC score >3 indicates moderate to high reproductive concerns.
^bAmerican Indian or Alaskan native, Native Hawaiian, or other Pacific Islander.
^cMixed or other race, don't know, prefer not to answer.

Iturria: Young K, Shliakhtsitsava K, Natarajan L, Myers E, Dietz AC, Gorman JR, et al. Fertility counseling before cancer treatment and subsequent reproductive concerns among female adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*. 2019;125(6):980-89.

8.Eranskina

Table 3. Receipt of Information About Fertility Preservation Options and Use of Fertility Preservation

Fertility Preservation	Total No. of Participants (N = 484)	Diagnosis (No.)						
		Breast Cancer (n = 245 women)	Ovarian Cancer (n = 17 women)	Testicular Cancer (n = 111 men)	Lymphoma (n = 85)		Leukemia (n = 26)	
					Women (n = 50)	Men (n = 35)	Women (n = 16)	Men (n = 10)
Received information about option								
Embryo cryopreservation	14	9	0	—	2	—	3	—
Oocyte cryopreservation	34	18	3	—	7	—	6	—
Ovarian tissue cryopreservation	4	3	1	—	0	—	0	—
Radiation shielding of gonads	2	0	0	2	0	0	0	0
Ovarian suppression	4	2	0	—	2	—	0	—
Sperm banking	104	—	—	74	—	22	—	8
Use of fertility preservation*								
Embryo cryopreservation	5	3	0	—	2	—	0	—
Oocyte cryopreservation	1	1	0	—	0	—	0	—
Ovarian tissue cryopreservation	0	0	0	—	0	—	0	—
Radiation shielding of gonads	1	0	0	1	0	0	0	0
Ovarian suppression	2	1	0	—	1	—	0	—
Sperm banking	85	—	—	62	—	16	—	7

*Some participants used more than one fertility preservation option.

Iturria: Armuand GM, Rodriguez-Wallberg KA, Wettergren L, Ahlgren J, Enblad G, Höglund M et al. Sex Differences in Fertility-Related Information Received by Young Adult Cancer Survivors. *J Clin Oncol.* 2012;30(17):2147-52.

9. Eranskina

Table 1
Demographic and medical characteristics of the participants (N = 30).

Patients	n	%
<i>Age at survey</i>		
Range (mean, SD)	21–43 years (29.2, 5.4)	
18–25 years	6	20
26–35 years	20	67
36–45 years	4	13
<i>Sex</i>		
Female	16	53
Male	14	47
<i>Children (biological)</i>		
none	21	70
1	7	23
2 or more	2	7
<i>Partner at diagnosis</i>		
Yes	21	70
<i>Education</i>		
less than 8 years	1	3
8 years	2	7
10 years	12	40
12 years	15	50
<i>Time since diagnosis</i>		
0–6 months	3	10
7–12 months	5	17
13–18 months	5	17
19–24 months	9	30
>24 months	8	26
<i>Type of cancer</i>		
Acute lymphocytic leukemia	5	17
Acute myeloid leukemia	5	17
Non-Hodgkin lymphoma	9	30
Hodgkin lymphoma	11	36
<i>Medical treatments (multiple responses possible)</i>		
Chemotherapy	29	97
Radiation	22	73
Stem-cell transplantation	12	40
Surgery	3	10
<i>Fertility preservation</i>		
Sperm cryopreservation	9	30
Administration of GnRH agonists	6	20
Cryopreservation of oocytes	1	3
Cryopreservation of ovarian tissue	1	3
None	13	44

Iturria: Richter D, Geue K, Sender A, Paasch U, Brähler E, Stöbel-Richter Y, et al. Medical consultation about fertility preservation with haematological patients of childbearing age: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;3:1-7.

10.Eranskina

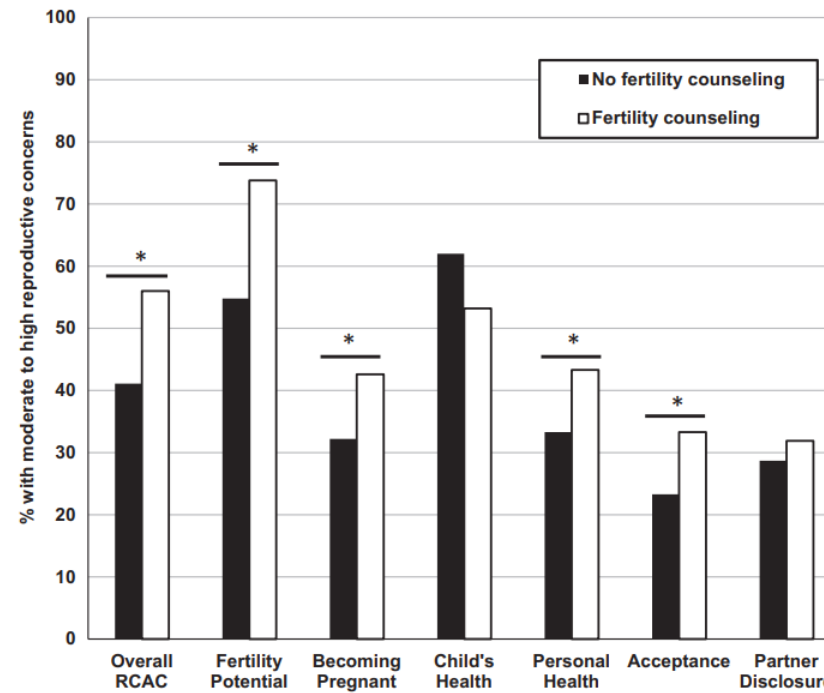


Figure 1. Receipt of fertility counseling at cancer diagnosis and reproductive concerns (overall concerns and individual subscales) in female adolescent and young adult cancer survivors. Reproductive concerns were measured using the Reproductive Concerns After Cancer (RCAC) scale. * $P < .05$.

Iturria: Young K, Shliakhtsitsava K, Natarajan L, Myers E, Dietz AC, Gorman JR, et al. Fertility counseling before cancer treatment and subsequent reproductive concerns among female adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*. 2019;125(6):980-89.

