

# NECESSITATS DE LES DONES AMB CÀNCER DE MAMA FINALITZADA LA FASE AGUDA DEL TRACTAMENT

---

**PROJECTE DE RECERCA QUALITATIU**

**MARTA GARCIA CANOVAS**

**Tutora: Dra Cristina Bosch Farré**

Treball final de Grau d'Infermeria

Curs: 2020-2021

## AGRAÏMENTS

Ha estat un camí llarg i difícil, en alguns moments perdia la paciència i la motivació, el perfeccionisme i l'autoexigència podien amb mi, però ara que tot ha finalitzat estic feliç d'haver-ho aconseguit i no hagués sigut possible sense l'ajuda de moltes persones que han estat al meu costat. Per aquest motiu vull agrair:

A la meva tutora, la Dra. Cristina Bosch Farré per guiar-me, per transmetre'm tranquil·litat, seguretat, confiança i per fer que el camí fos més fàcil. Gràcies a ella aquest llarg i dur projecte de recerca ha estat finalitzat, i no podria estar més contenta. Gràcies pels teus coneixements, la teva experiència, els ànims i per tot el suport rebut durant tot aquest temps. Gràcies.

Als meus pares, per fer-me costat en tot moment, confiar i donar-me una empenta sempre que ho he necessitat, ensenyar-me valors únics, i fer que sigui la persona que sóc avui en dia.

A la meva germana, per ser la meva meitat i el meu exemple a seguir. Quan he caigut m'ha ajudat a aixecar-me, m'ha recordat cada dia que podia amb tot el que em proposés i que aconseguiria el meu somni tot i passar per moments difícils; ser infermera.

A les meves amigues, per confiar des del primer moment, per animar-me, per aguantar-me en els moments de desesperació i fer que desconnectes del món en general. Són el meu motor.

Al meu grup d'amistat de la universitat, per fer que aquests quatre anys siguin inoblidables i immillorables. Gràcies per compartir una professió tan bonica.

A la Marina Figueres, per tota l'ajuda rebuda, la paciència que ha tingut, i per animar-me en tot moment, tot i la meva desesperació. Ha sigut la meva llum durant aquest trajecte.

A en Kirian Mirabet, perquè ha viscut gairebé la constància dels meus alts i baixos d'humor, ha estat en tots els moments d'estrès, mal humor, plors, ganes d'abandonar... Tot i això, ha fet que tot fos més fàcil, sense perdre la paciència, amb un somriure i repetint-me constantment que podia amb tot i que ho aconseguiria. Gràcies per agafar-me de la mà i acompanyar-me en tot el que em proposi.

Gràcies a tota la gent que ha fet possible que aquest projecte de recerca hagi finalitzat, ja sigui donant-me ànims, facilitant-me informació, o preguntant com estava. Gràcies.

**Toca't perquè no et toqui.  
Sempre amb amor tot obstacle és millor.**

# ÍNDIX

<b>AGRAÏMENTS</b> .....	<b>1</b>
<b>RESUM</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>MARC TEÒRIC</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Aspectes generals i epidemiològics del càncer</b> .....	<b>7</b>
<b>2. El càncer de mama</b> .....	<b>7</b>
2.1. Aspectes generals .....	7
2.2. Epidemiologia .....	8
<b>3. Tractament del càncer de mama</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Necessitats de les dones amb càncer de mama durant el seu procés oncològic.</b> <b>17</b>	
4.1. Avaluació de les necessitats en les dones amb càncer de mama .....	17
4.2. Necessitats de les dones amb càncer de mama .....	18
4.3. Necessitats segons el moment del procés de la malaltia.....	19
4.4. Necessitats de les dones segons variables sociodemogràfiques. ....	23
4.4.1. <i>Edat</i> .....	23
4.4.2. <i>Sexe</i> .....	24
4.4.3. <i>Socioeconòmic</i> .....	24
4.4.4. <i>Suport familiar i social</i> .....	24
4.5. Rol infermer en l'atenció a la dona amb càncer de mama .....	24
<b>JUSTIFICACIÓ</b> .....	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>27</b>
<b>OBJECTIUS DE L'ESTUDI</b> .....	<b>33</b>
<b>Objectiu general</b> .....	<b>33</b>
<b>Objectius específics</b> .....	<b>33</b>
<b>MATERIAL I MÈTODES</b> .....	<b>34</b>
<b>1. Disseny de l'estudi</b> .....	<b>34</b>
<b>2. Àmbit de l'estudi</b> .....	<b>34</b>
<b>3. Població i mostra d'estudi</b> .....	<b>35</b>
3.1. Mostreig.....	35
3.2. Criteris d'inclusió i d'exclusió.....	36

3.2.1.	<i>Criteris d'inclusió</i> .....	36
3.2.2.	<i>Criteris d'exclusió</i> .....	36
3.3.	Mida de la mostra .....	36
3.4.	Reclutament de la mostra.....	37
<b>4.</b>	<b>Recollida de dades: instruments i tècniques .....</b>	<b>37</b>
<b>5.</b>	<b>Descripció del procediment .....</b>	<b>40</b>
<b>6.</b>	<b>Anàlisi de dades .....</b>	<b>41</b>
<b>7.</b>	<b>Criteris de rigor i qualitat de l'estudi qualitatiu.....</b>	<b>41</b>
<b>8.</b>	<b>Consideracions ètiques i legals .....</b>	<b>42</b>
<b>9.</b>	<b>Limitacions de l'estudi .....</b>	<b>43</b>
<b>10.</b>	<b>Aplicabilitat en infermeria .....</b>	<b>43</b>
<b>CRONOGRAMA .....</b>		<b>44</b>
<b>PRESSUPOST ECONÒMIC.....</b>		<b>45</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>47</b>
<b>ANNEX 1.</b>	<b>Carta de presentació i permís a la Fundació Oncolliga Girona .....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEX 2.</b>	<b>Full d'informació pels participants .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEX 3.</b>	<b>Consentiment informat de participació.....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEX 4.</b>	<b>Consentiment per a la gravació de veu .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEX 5.</b>	<b>Qüestionari sociodemogràfic .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEX 6.</b>	<b>Qüestionari clínic.....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEX 7.</b>	<b>Guió de la conversa planejada pel grup focal .....</b>	<b>53</b>

## RESUM

**Marc teòric:** El càncer de mama és el tumor maligne diagnosticat amb més freqüència arreu del món, i correspon a la segona causa de mort per càncer. Tot i això, les dades respecte a la supervivència d'aquestes dones, són taxes elevades, positives i esperançadores. El fet d'haver finalitzat la fase aguda del tractament, implica tenir esferes de necessitats, aquestes poden ser físiques, mentals, socials i espirituals. Per aquest motiu, aquestes persones necessiten una atenció integral i continuada que pugui respondre a les seves necessitats.

**Objectiu:** Conèixer les necessitats de les dones amb càncer de mama finalitzada la fase aguda del tractament.

**Metodologia:** Es tracta d'un estudi qualitatiu genèric que es durà a terme de setembre de 2021 a maig de 2022. L'àmbit d'estudi és l'oncologia i el comunitari en la Regió Sanitària de Girona. La població d'estudi seran dones entre 25 i 65 anys que hagin superat la fase aguda del càncer de mama i seran escollides segons un mostreig intencional. En el present estudi, inicialment, es partirà d'una mostra de 36 participants (aproximadament), dividits en 4 grups focals entre 8 i 10 participants, amb possibilitat d'emmotllar la mostra en funció de la saturació d'informació que s'hagi obtingut en el transcurs del projecte. Es realitzaran grups focals i es complementarà la informació a partir d'un qüestionari sociodemogràfic i clínic, d'una conversa guiada i, s'utilitzarà l'anàlisi temàtic per respondre als objectius d'estudi. El projecte es presentarà al Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, assegurant que aquest compleix els requisits ètics i legals.

**Implicacions pràctiques:** A través dels resultats del present estudi, es pretén donar coneixements a la infermeria sobre les necessitats, preocupacions, sentiments i emocions que manifesten les dones que han patit un càncer de mama. D'aquesta manera, es podrà oferir una atenció integral, continuada i individualitzada a través de la planificació d'intervencions centrades en les necessitats de cada una de les dones.

**Paraules clau:** càncer de mama, dona, tractament, necessitats, infermeria

## ABSTRACT

**Background:** Breast cancer is the most frequently diagnosed malignant tumour worldwide as well as the second most common cause of cancer related deaths. However, the evidence of women's survival rates is high, positive and encouraging. Completing the acute phase of treatment, implies the arising of different needs that can be of a physical, mental, social and spiritual nature. For this reason, these people need comprehensive and continuous care that can respond to their needs.

**Aim:** Learn the needs of women with breast cancer following the acute phase of treatment.

**Methodology:** A generic qualitative study that will be carried out from September 2021 to May 2022. The field of study is oncology and the community in the Girona Health Region. The target population will be women between 25 and 65 years old who have gone through the acute phase of breast cancer and will be chosen according to intentional sampling. This study, initially, will be based on a sample of 36 participants (approximately), divided into 4 focal groups of between 8 and 10 participants, with the possibility of molding the sample according to the saturation of information obtained during the course of the project. Focus groups will be carried out and the information will be complemented through a sociodemographic and clinical questionnaire and a guided conversation and the thematic analysis will be used to respond to the study goals. The project will be presented to the Clinical Research Ethics Committee of the University Hospital of Girona, Doctor Josep Trueta, ensuring that it meets the ethical and legal requirements.

**Practical implications:** Through the results of this study, it is intended to provide nursing with knowledge about the needs, concerns, feelings and emotions expressed by women who have suffered from breast cancer. Hence a comprehensive, continuous and individualized care could be offered through the planning of interventions focused on the needs of each of the women.

**Keywords:** breast cancer, woman, treatment, needs, nursing

# MARC TEÒRIC

## 1. Aspectes generals i epidemiològics del càncer

El càncer és una malaltia amb un gran impacte per a la salut pública, ja que la seva tendència creixent a escala mundial, desperta una enorme tensió física, emocional i econòmica, tant per a les persones afectades, com per les seves famílies i el sistema sanitari<sup>1</sup>.

El càncer és un gran grup de malalties que poden manifestar-se en qualsevol òrgan o teixit del cos quan les cèl·lules anòmales creixen de manera incontrolable i van més enllà dels seus límits habituals per envair parts del cos adjacents i/o propagar-se a altres òrgans a través dels sistemes sanguinis i limfàtics<sup>2</sup>. Aquest darrer procés s'anomena metàstasi i és la principal causa de mort per càncer. Una neoplàsia i un tumor maligne són sinònims comuns de càncer<sup>1</sup>.

L'any 2018, el càncer va ser la segona causa de mort mundialment, ja que s'estima que hi ha 9,6 milions de defuncions l'any. Els càncers més habituals són els de pulmó, mama, colorectal, pròstata, pell, i estómac. El càncer de pulmó, colorectal, estómac, fetge i el de mama, són els més freqüents en relació amb la mortalitat<sup>3</sup>.

## 2. El càncer de mama

### 2.1. Aspectes generals

El càncer de mama consisteix en la proliferació accelerada i incontrolable de cèl·lules de l'epiteli glandular mamari i pot iniciar-se en diferents parts del pit<sup>4</sup>. El pit consta de tres parts: lobels mamaris, conductes i teixit connectiu. Els lobels mamaris són les glàndules que produeixen llet. Els conductes, els tubs que transporten la llet al mugró, i el teixit connectiu (format per teixit fibrós i adipós) rodeja i sosté totes les parts de la mama. La majoria dels càncers de mama comencen en els conductes o en els lobels<sup>5</sup>.

Els tipus de càncer de mama més comuns són el carcinoma ductal infiltrant, on les cèl·lules cancerígenes es multipliquen fora dels conductes i envaeixen altres parts del teixit mamari, i el carcinoma lobular infiltrant, on aquests es disseminen dels lobels als teixits mamaris més propers<sup>5</sup>.

El càncer de mama no només s'associa a hormones específiques o factors de risc relacionats amb la reproducció, sinó que principalment, està associat a factors ambientals d'un àmbit



més genèric, relacionats amb les condicions socioeconòmiques i els estils de vida (tabaquisme, estrès, exercici físic i, particularment, hàbits dietètics)<sup>6</sup>.

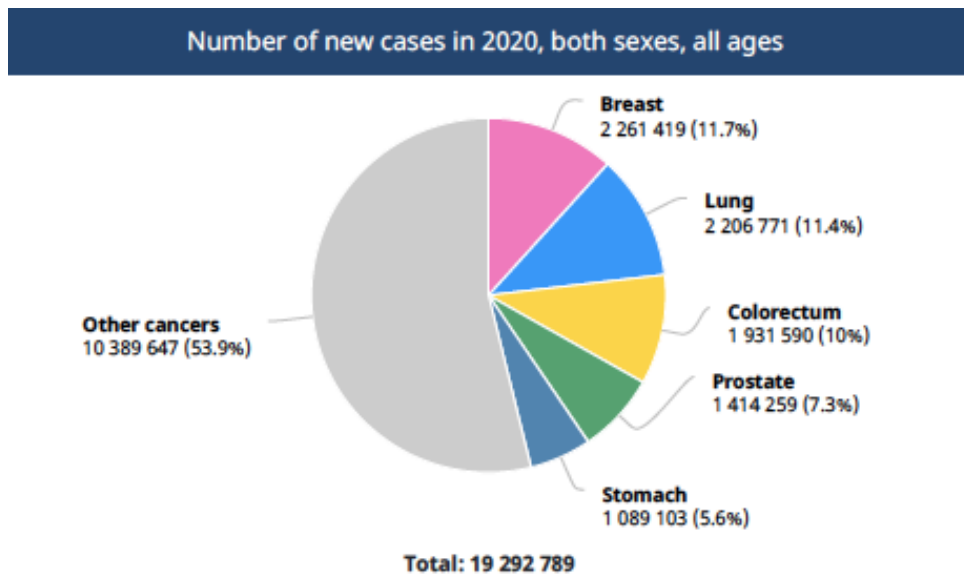
Dins del càncer de mama podem identificar dos tipus de factors de risc, els modificables i els no modificables. Pel que fa als primers, destaquen no mantenir-se activa físicament, tenir sobrepès o ser obesa després de la menopausa, prendre hormones, historial reproductiu i prendre alcohol<sup>7</sup>.

Dins dels factors no modificables es troba el sexe (ser dona), l'edat (es detecten en major freqüència en dones de 50 anys o més), haver patit mutacions genètiques, historial reproductiu, tenir la glàndula mamària densa, tenir antecedents personals i familiars del càncer de mama o, d'ovari o certes malalties de les mames que no són canceroses, i haver realitzat tractaments previs amb radioteràpia<sup>7</sup>.

## **2.2. Epidemiologia**

Tant en els països desenvolupats com en els que es troben en vies de desenvolupament, el càncer de mama és el càncer més prevalent en dones. Tot i que el càncer de mama pot aparèixer en dones i en homes, més del 99% dels casos es manifesten en dones<sup>4</sup>. La incidència d'aquest càncer augmenta en els països desenvolupats a causa de l'augment de l'esperança de vida, la urbanització, i l'adopció d'estils de vida occidentals<sup>8</sup>.

Segons l'observatori Globocan, l'any 2020 el càncer de mama va ser el tumor maligne diagnosticat amb més freqüència mundialment, amb la detecció estimada de 2.261.419 nous casos: (11.7% del total de tots els càncers, segons edat i sexe; 24,5% del sexe femení) (vegeu Figura 1). Per tant, per cada 100.000 dones, 48 són diagnosticades d'aquest tipus de càncer<sup>9</sup>. Altrament aquest tipus de càncer correspon a la segona causa de mort per càncer, obtenint una taxa de mortalitat que afecta 13,6 de cada 100.000 persones.



**Figura 1.** Nombre de nous casos dels diferents tipus de càncer, 2020 (Font: Globocan)<sup>9</sup>.

La incidència anual de la malaltia segueix incrementant, mentre que la mortalitat relacionada té una tendència descendent<sup>6</sup>.

A nivell europeu, les dades no varien gaire, ja que aquest càncer l'any 2020 es va diagnosticar en 531.086 persones, conformant el 12.1% de tots els càncers. Pel que fa a la mortalitat, 14,8 per cada 100.000 persones moren amb aquest diagnòstic. Respecte a la supervivència a 5 anys vista en tots els adults, segons la revisió sistemàtica publicada per Dafni et al<sup>10</sup>. l'any 2019, la supervivència més alta (89%) s'observa als països nòrdics (Suècia i Finlàndia), seguida de tots els països d'Europa occidental, on s'observa una elevada supervivència i homogeneïtat, amb una taxa de supervivència entre el 85 i el 87%, així com a l'Europa Sud amb un 84-88%. En altres països del nord, com per exemple Dinamarca (86%), Regne Unit(86%), i Irlanda(82%), la supervivència és similar a la d'Europa Occidental. Hi ha una diferència amb els països de la regió d'Europa central i oriental, on la supervivència és notablement inferior (75-78%).

A Espanya, el càncer de mama és el càncer més freqüent en dones. Respecte a la taxa d'incidència, s'estima que a Espanya, l'any 2020, s'han diagnosticat aproximadament 32.953 nous casos. Es calcula que 1 de cada 8 dones espanyoles tindrà un càncer de mama en algun moment de la seva vida. Tot i que la mortalitat ha disminuït els últims anys gràcies als programes de cribratge i a la millora dels tractaments, el càncer de mama segueix sent la primera causa de mort per càncer en dones en aquest país. La supervivència mitjana relativa del càncer de mama a 5 anys vista és del 89,2% de forma global<sup>11</sup>. Segons dades de REDECAN

(Red Espanyola de Registres de Càncer), un dels càncers amb la supervivència neta més alta en el període 2008-2013 va ser el càncer de mama (85,5%)<sup>12</sup>. Amb relació a les taxes de supervivència a 5 anys vista, aquestes indiquen el percentatge de persones que viuen almenys 5 anys després d'haver patit un càncer de mama. Pel que fa a les dones que han patit un càncer de mama invasiu no metastàtic, la taxa de supervivència a cinc anys és d'un 91%, si el càncer invasiu es localitza només a la mama, aquesta taxa és del 99% (amb un 62% les dones són diagnosticades en aquesta etapa) i per a les dones amb càncer de mama invasiu, la taxa de supervivència de 10 anys, és del 84%. En cas que el càncer s'hagi estès als ganglis limfàtics regionals, la taxa de supervivència a 5 anys és del 86%, i si s'ha estès a una part distant del cos, és del 27%<sup>13</sup>.

A Catalunya, durant l'any 2019, el càncer de mama ha estat el més freqüent entre dones, i suposa el 28% del total de casos nous en aquesta població, diagnosticant un total de 4.528 dones i, segons dades dels Registres de Càncer poblacional de Girona i Tarragona, del Registre de Mortalitat de Catalunya i del Pla Director d'Oncologia de Catalunya, la supervivència a 5 anys vista és d'un 84%<sup>14</sup>. L'any 2017, hi va haver un total de 979 defuncions per aquest tipus de càncer<sup>15</sup>. Segons dades de CanGir, la supervivència relativa a cinc anys en la majoria de localitzacions tumorals està en el rang de la mitjana europea, amb un 85,5%<sup>16</sup>.

### **3. Tractament del càncer de mama**

Davant el diagnòstic del càncer de mama, podem trobar diferents opcions terapèutiques, com poden ser la cirurgia, la quimioteràpia, la radioteràpia, la teràpia hormonal, les teràpies dirigides molecularment contra el càncer, i els tractaments específics de suport. Hi ha diferents tipus de càncers i cada un d'ells es comporta de manera diferent, creixen a diferents velocitats i responen a tractaments diferents, per aquest motiu, l'objectiu del tractament serà curar i allargar o millorar la qualitat de vida de les persones afectades. Aquest tractament es basa en l'aplicació d'un o diferents mètodes terapèutics, com per exemple la cirurgia, la quimioteràpia o la radioteràpia<sup>17</sup>. S'han de tenir en compte els beneficis, els possibles riscos i efectes adversos de cada una de les opcions de tractament de manera individualitzada, ja que cada persona ho pot patir d'una manera diferent<sup>18</sup>.

Els professionals que acompanyen a les persones durant la trajectòria de la seva malaltia per combatre el càncer pertanyen a diferents disciplines, com la infermera, el metge oncològic o oncohematòleg i el metge de l'especialitat de l'òrgan, l'aparell, el sistema o el

teixit afectat de càncer, i durant tot el procés, poden formar part d'aquest equip un fisioterapeuta, un psicòleg i un treballador social<sup>17</sup>.

El tractament local és el que tracta el tumor sense afectar a la resta del cos, com per exemple, la cirurgia (tractament d'elecció en el càncer de mama i de diagnòstic histològic definitiu) i la radiació per al càncer de mama. La majoria de dones amb càncer de mama es veuran sotmeses a algun tipus de cirurgia per extreure el tumor. Depenent del càncer i la seva fase de desenvolupament, podrà ser que necessitin algun altre tipus de tractament. Aquest es podria aplicar abans, després o abans i després de la cirurgia<sup>18</sup>.

Respecte a la cirurgia, es troba la de tipus conservadora, la mastectomia i l'abordatge de l'axil·lar<sup>19</sup>, tot i que en funció dels objectius que es pretenen aconseguir, la cirurgia pot ser preventiva, diagnòstica, d'estadiatge, curativa, citoreductora, reconstructiva o reparadora i pal·liativa<sup>17</sup>. La finalitat és eliminar el teixit neoplàsic el màxim possible, sigui amb conservació de la mama (mastectomia parcial) o resseccionant tota la mama (mastectomia total)<sup>17</sup>.

Per descobrir si el càncer s'ha disseminat als ganglis limfàtics de sota del braç, és necessari fer una biòpsia del gangli sentinella o dissecció del gangli limfàtic axil·lar i per tal de restaurar la forma del pit després d'extreure la massa, es pot efectuar una reconstrucció del pit o, fins i tot, acabar de resseccionar-lo, per tal d'alleugerar els símptomes del càncer avançat<sup>18</sup>.

La cirurgia conservadora (CC) i la mastectomia total són cirurgies per extreure el teixit neoplàstic de la mama, l'estudi d'aquest és molt important per les seves implicacions pronòstiques i terapèutiques. Aquesta primera, conjuntament amb la radioteràpia, s'ha convertit en el tractament d'elecció en moltes persones. La CC té com a objectiu extirpar només la part del pit que té càncer i una part de teixit normal circumdant, tot i que la quantitat de pit que s'extirparà dependrà de la zona i la mida del tumor, amb l'objectiu d'aconseguir el màxim control de la malaltia local, generant la menor alteració estètica possible. Hi ha diferents tècniques quirúrgiques dins la cirurgia conservadora, com la tumorectomia (exèresis simple del tumor amb un marge de seguretat), la segmentectomia (escissió àmplia d'un segment mamari amb marges amplis) i la quadrantectomia (extirpació d'un quadrant de la mama, incloent-hi parènquima mamari, fàscia subjacent del múscul pectoral major i la pell que recobreix)<sup>19</sup>.

Pel que fa a la mastectomia, és una cirurgia en què s'extirpa totalment el pit, inclòs el teixit mamari i sovint, altres teixits propers<sup>18</sup>. La indicació d'aquesta cirurgia ha quedat limitada a

un nombre cada vegada menor, tot i que la mastectomia modificada de Madden (extirpació total de la mama: pell, complex areolar-mugró i tot el teixit glandular mamari, preservant els músculs pectorals), és la més utilitzada actualment. Es recomana en casos en què mitjançant la cirurgia conservadora no es pot mantenir un bon control local de la malaltia, i un bon resultat estètic de la mama. Aquest tipus de tractament també està indicat en casos d'impossibilitat de radioteràpia adjuvant i per desig expressat de la persona<sup>19</sup>.

Per una altra banda, podem trobar la cirurgia per extirpar ganglis limfàtics adjacents, un procediment important per tal d'analitzar aquests ganglis i saber si el càncer de mama s'ha propagat. Els principals tipus de cirurgia són la biòpsia de gangli limfàtic sentinella (SLNB) i la dissecció de ganglis limfàtics axil·lars (ALND)<sup>18</sup>. En tots els casos, s'ha d'oferir reconstrucció de la mama, sigui de manera immediata o diferida, ja que s'ha demostrat que no compromet la supervivència global ni emmascara recidives. L'objectiu és evitar l'impacte psicològic de la persona, per aquest motiu s'intentarà aconseguir un efecte el més similar possible a la mama natural<sup>19</sup>.

Dins el tractament local, també podem trobar la radiació per al càncer de mama (radioteràpia), un pilar bàsic per aquesta malaltia, tant en estadis precoços com en fase metastàtica, i en funció dels objectius aquesta pot ser curativa o pal·liativa. Aquest és un tractament que consisteix en l'ús de radiacions ionitzants, es pot fer servir sol o combinat amb els altres tractaments i pot ser administrat de dues maneres, o bé a través de radiacions internes o braquiteràpia, o radiacions externes o teleteràpia<sup>17</sup>. Aquest tipus de tractament s'utilitza en diferents situacions, com per exemple: després d'una cirurgia amb conservació de pit, per tal d'ajudar a reduir la probabilitat de què el càncer reaparegui al pit o als ganglis limfàtics adjacents; després d'una mastectomia, especialment si les dimensions del càncer eren més grans de 5 cm, o si es troba càncer en molts dels ganglis limfàtics, o bé si certs marges quirúrgics, com els de la pell o els músculs, tenen càncer; i finalment, també s'utilitza en els casos en què el càncer s'ha propagat a altres parts del cos, com als ossos o el cervell<sup>18</sup>.

Els principals tipus de radioteràpia que trobem per tractar el càncer de mama són els rajos externs (EBRT) i la braquiteràpia. La més utilitzada i comuna és la primera, en la qual una màquina fora del cos dirigeix radiació a l'àrea afectada. Aquestes àrees que necessiten radiació dependran de si han fet una mastectomia, una cirurgia amb conservació de mama, o si el càncer s'ha estès als ganglis limfàtics<sup>18</sup>. La radioteràpia com a tractament conservador consisteix a irradiar tot el pit després de l'operació durant un període aproximat de cinc

setmanes (dosis total 45-50 Gy). Després del tractament sobre el pit, pot administrar-se una sobredosificació a la base tumoral en dones menors de 50 anys i en les que presentin algun factor de risc de recidiva local (ganglis limfàtics axil·lars positius, invasió limfovascular, marges quirúrgics afectats, etc.), durant cinc dies o més (dosis total 10-16 Gy<sup>1</sup>). En els casos en què es realitzi limfadenectomia completa, es pot prescindir de la radioteràpia axil·lar. La radioteràpia postmastectomia s'administra en persones amb alt risc de rescissió, com en dones amb més de quatre ganglis limfàtics afectats, tumors T3-T4 i quan la mastectomia i/o dissecció axil·lar siguin incompletes. Consisteix a irradiar la paret toràcica i en el cas de presentar marges insuficients, també es recomana la sobreimpresió del llit quirúrgic. En persones amb un o tres ganglis positius, l'administració de radioteràpia es valora de forma individual segons el risc de rescissió<sup>19</sup>.

Com tot tractament, podem trobar efectes adversos, i en el cas de la radiació externa els principals efectes són la inflamació de la mama, canvis en l'àrea tractada semblants a una cremada, com per exemple, envermelliment, descamació de la pell, coloració més fosca de la pell i l'astènia. Com a efectes secundaris a llarg termini, podem trobar que les dones notin que el pit sigui més petit i ferm, tinguin problemes amb la lactància, presentin danys en alguns nervis del braç (plexopatia braquial), debilitat en l'espatlla, braç i mà... a més, la radiació als ganglis limfàtics sota el braç poden causar limfedema, entre altres<sup>18</sup>.

La braquiteràpia, coneguda com a radiació interna, és una manera diferent d'administrar radiació. En comptes d'aplicar rajos des de l'exterior del cos, aquesta tracta de col·locar un dispositiu que conté llavors o perdigons radioactius en un període curt de temps en el teixit mamari de l'àrea d'on es va extreure el teixit neoplàsic<sup>18</sup>.

Existeixen diferents tipus de braquiteràpia, com per exemple, la intracavitària i la intersticial. Els efectes secundaris d'aquest tipus de tractament poden ser l'envermelliment i/o hematomes en el lloc del tractament, dolor del pit, infecció, acumulació de líquid en el pit, entre altres<sup>18</sup>.

El tractament sistèmic es caracteritza per l'administració de medicaments que s'utilitzen per tractar el càncer de mama, ja que aquest pot assolir les cèl·lules cancerígenes en qualsevol part del cos. L'administració d'aquest tractament pot ser per via oral o directament al

---

<sup>1</sup> Gray: unitat internacional de mesura de la radiació absorbida, que equival a un joule d'energia absorbida per cada kilogram de substància irradiada. 1 Gy = 100 rad<sup>59</sup>.

torrent sanguini per via intravenosa. Depenent del tipus de càncer de mama es poden utilitzar diferents tractaments amb fàrmacs, incloent-hi la quimioteràpia, la teràpia hormonal dirigida, i la immunoteràpia per al càncer de mama<sup>18</sup>.

La quimioteràpia, un altre pilar del règim terapèutic del càncer de mama, consisteix a utilitzar medicaments citostàtics<sup>2</sup> contra el càncer de mama, aquests fàrmacs passen al torrent sanguini per tal d'arribar a les cèl·lules cancerígenes en la majoria de les parts del cos. L'administració es pot dur a terme en tres escenaris diferents: adjuvant a la cirurgia, neoadjuvant o prequirúrgica i/o en la malaltia metastàtica<sup>19</sup>. Sovint, poden ser administrats directament en el líquid cefalorraquidi que envolta el cervell i la medul·la espinal<sup>18</sup>.

Aquest tipus de tractament no sempre està indicat en dones amb càncer de mama, però hi ha diferents situacions en què sí que es recomana, com per exemple després de la cirurgia, per tractar d'eliminar les cèl·lules cancerígenes que puguin haver quedat o que s'hagin propagat, però no es puguin veure. Una altra opció, seria la quimioteràpia prèvia a la cirurgia per tal de reduir el tumor, amb l'objectiu que es pugui extirpar mitjançant una cirurgia menys extensa i, per als càncers avançats que es pot utilitzar com a tractament principal<sup>18</sup>.

En la majoria dels casos, la quimioteràpia és més eficaç quan s'utilitzen combinacions de medicaments (de dos a tres fàrmacs), tot i que no hi ha una que sigui millor que l'altra.

L'administració de la quimioteràpia, depenent del fàrmac i de la localització del càncer, es pot administrar per via intravenosa (IV), via oral (VO), via intramuscular (IM), via subcutània (SC), via intratecal, i intracavitària, que inclou la via intrapleural, intravesical, intraperitoneal, i intraarterial<sup>17</sup>, i es pot realitzar en un consultori mèdic, en un centre d'infusió, o a l'hospital<sup>18</sup>.

Normalment, és necessària la inserció d'un catèter venós central (CVC) o un catèter venós central d'inserció perifèrica (PICC), ja que l'administració d'aquest tipus de fàrmac per accés venós perifèric és agressiu i a més són perllongats en el temps. La inserció serà en el costat oposat de l'axil·la on s'hagi realitzat l'extirpació dels ganglis limfàtics<sup>18</sup>.

La freqüència i la durada de la quimioteràpia depenen del tipus de càncer, dels medicaments que s'utilitzin i de la manera com el cos respon a aquests. El tractament es pot rebre de

---

<sup>2</sup> Fàrmacs que es fan servir com a anticancerosos, capaços de frenar el creixement o la multiplicació de les cèl·lules.

manera diària, setmanal o mensual, i en forma de cicles<sup>17</sup>, que duren 2 o 3 setmanes, en un total de 3 a 6 mesos de durada de tractament, on el pla establert dependrà dels fàrmacs que s'utilitzin i del tipus de càncer. Hi haurà un període de pausa enfocat a la persona per assegurar el descans dels efectes secundaris, com per exemple, caiguda del cabell i ungles, úlceres a la boca, pèrdua de l'apetit o canvis en el pes, nàusees i vòmits, i diarrea entre altres<sup>18</sup>.

La teràpia hormonal correspon a un altre tipus de tractament sistèmic que trobem per al càncer de mama. Està indicada en dones que presenten tumors amb receptors hormonals positius (40% de les dones), com per exemple l'estrogen i la progesterona (no serà eficaç en tumors amb receptors hormonals negatius), com opció única o bé després de la quimioteràpia<sup>19</sup>. Aquestes cèl·lules cancerígenes tenen receptors (proteïnes) que s'adhereixen en aquestes hormones i els ajuda a créixer, per aquest motiu, aquest tractament té com a objectiu impedir que les hormones s'adhereixin, els fàrmacs més habituals són el Tamoxifè i el Toremifè<sup>18</sup>. L'administració pot ser de forma independent o de forma complementària d'altres tractaments, és un tractament llarg, de diversos anys de duració (5-10 anys), i per aquest motiu els efectes secundaris es toleren millor que els d'altres tractaments, tot i això, poden aparèixer sufocacions, augment de pes, dolors articulars, osteoporosi, sequedat vaginal entre d'altres. Diferents estudis han demostrat beneficis en la supervivència global, per tant, es recomana independentment de l'edat, estat menstrual, afectació ganglionar i mida del tumor<sup>17</sup>.

Dins el tractament sistèmic, també podem trobar la teràpia dirigida per al càncer de mama també anomenada teràpia biològica, o diana. Aquesta correspon a fàrmacs que interfereixen en la proliferació, en el creixement i en la supervivència de les cèl·lules tumorals<sup>17</sup>. Entren directament al torrent sanguini i arriben a totes les parts del cos, fent que sigui útil contra el càncer que ha fet metàstasi. Tot i que aquesta teràpia és molt semblant al tractament de la quimioteràpia, es diferencien en el fet que aquests medicaments estan més desenvolupats per als canvis cel·lulars que com a causa del càncer, i poden ser més eficaços que la quimioteràpia<sup>17</sup>.

En aquest tractament podem trobar diferents tipus de teràpies dirigides, com per exemple, per al càncer de mama HER2 positiu, per al càncer de mama amb receptors d'hormones positives, per les dones amb mutacions en el gen BRCA i per al càncer de mama triple



negatiu<sup>18</sup>. No totes les persones que tenen càncer poden ser tractades amb aquests medicaments, una biòpsia del tumor ho indicarà<sup>17</sup>.

Alguns dels efectes secundaris més habituals que es poden manifestar són la diarrea i els problemes al fetge, com ara l'elevació del nivell de les transaminases i l'hepatotoxicitat, els quals poden limitar les dosis de medicament recomanades. També podem trobar problemes a la pell (irritació en forma d'acne, sequedat de pell, canvis a les ungles o decoloració del pèl), problemes en la guarició de ferides i d'hemorràgies, problemes cardiovasculars (augment de la pressió arterial i insuficiència cardíaca), cansament i úlceres a la boca<sup>17</sup>.

La immunoteràpia per al càncer de mama, és un altre tipus de tractament sistèmic que utilitza els fàrmacs per estimular el sistema immunitari de la persona amb la finalitat que reconegui i destrueixi a les cèl·lules cancerígenes amb més eficàcia, tot i que només es durà a terme en alguns càncers de mama concrets.

Com tot tractament, ens podem trobar amb efectes secundaris, com l'astènia, tos, nàusees, èczema a la pell, anorèxia, restrenyiment i diarrea<sup>18</sup>.

S'ha de tenir present, que davant d'un pla de tractament es té en compte el tipus de càncer de mama, l'etapa en la qual es troba el càncer, i qualsevol situació especial. La decisió del tractament dependrà de tot l'esmentat anteriorment, incloent-hi l'estat general de salut i les preferències de cada persona<sup>18</sup>. Durant i després del procés oncològic, és important que els professionals de la salut i les persones que han patit càncer de mama, treballin juntes per tal de poder desenvolupar un pla d'atenció personalitzat de seguiment per als pròxims mesos i anys. Aquest pla inclouria la gestió dels efectes secundaris, la recurrència del càncer al lloc d'inici o a altres parts del cos, comprovar que es mantingui un bon estat de salut, etcètera<sup>20</sup>.

El càncer de mama, conjuntament amb els tractaments, implica canvis físics, emocionals i socials que generen diferents necessitats en les dones. Per aquest motiu, s'ha de tenir en compte per tal de poder proporcionar mesures d'autocura, ajudar amb els problemes de salut i satisfer les necessitats no cobertes que puguin tenir aquestes dones.

## **4. Necessitats de les dones amb càncer de mama durant el seu procés oncològic**

### **4.1. Avaluació de les necessitats en les dones amb càncer de mama**

La identificació de les necessitats de les dones amb càncer de mama, en el marc de la literatura, es realitza de múltiples formes. En el cas de la teràpia contra el càncer de mama, tots els aspectes s'avaluen i es gestionen simultàniament, ja que aquest tipus de persones solen perdre molts components de la seva identitat junts, i no es destaca gaire diferència entre diferents tipus de necessitats i la seva interrelació, ja que per exemple, un suport familiar òptim pot alleujar el dolor físic<sup>21</sup>. Per fer una bona avaluació de la persona, es tindran en compte les variables sociodemogràfiques, mèdiques, estat mental, informació i comunicació, factors de vulnerabilitat (personalitat, recursos personals i socials, i trastorns psicooncològics) actuals i del passat, així com els problemes associats amb el càncer (procés de la malaltia, símptomes físics, psicològics i socials, i necessitats espirituals)<sup>22</sup>.

En relació amb el moment del diagnòstic de la malaltia oncològica, Fiszer et al<sup>20</sup>. l'any 2014, en una revisió sistemàtica, afirmava que l'avaluació de les necessitats d'atenció de suport, és un pas crucial en el desenvolupament d'intervencions adequades per tal de poder millorar la qualitat de vida de les persones amb càncer de mama. En aquesta revisió, es va poder observar que les preocupacions d'aquestes dones es van concentrar al voltant de les necessitats psicològiques i d'informació, sent la preocupació principal la "por al retorn del càncer". Un altre domini que s'hauria de tenir en compte i que es passa per alt, són les dificultats financeres i els factors psicosocials<sup>20</sup>.

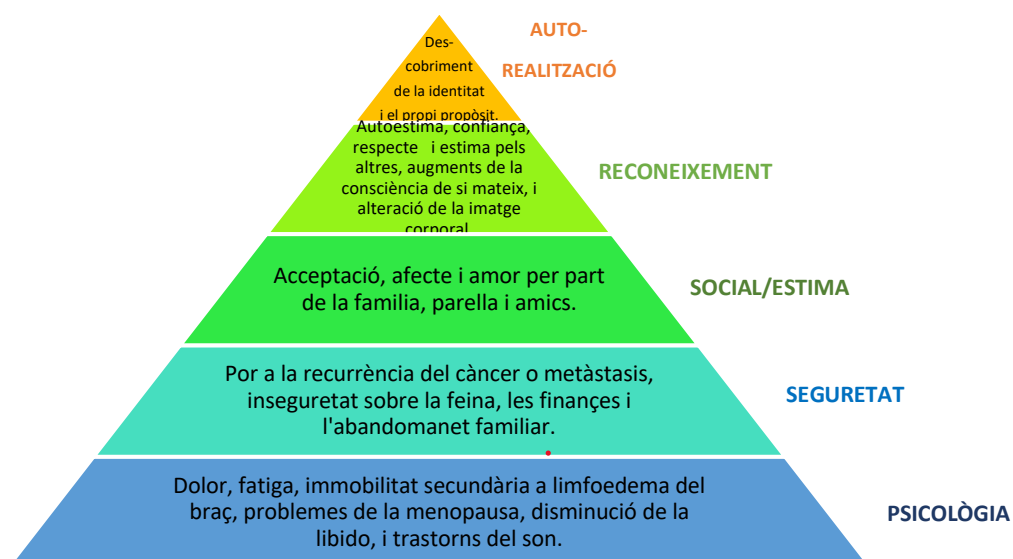
La multidisciplinarietat de l'equip de professionals (metges, infermeres, psicòlegs, etcètera) que atenen aquest tipus de persones amb aquesta afecció, es caracteritza per tenir com a objectiu l'abordatge de múltiples aspectes en l'atenció a la persona amb càncer de mama, com per exemple, proporcionar una visió general de les necessitats holístiques en cada etapa del càncer i abordar les necessitats físiques, psicològiques i socials. S'ha de tenir en compte que cada persona és diferent, i per tant, la planificació terapèutica s'ha d'individualitzar en funció de l'avaluació holística de les necessitats. És important saber i conèixer com des de la perspectiva dels professionals de la salut, familiars i cuidadors es pot proporcionar suport, per així centrar-nos en la curació integral de la persona<sup>21</sup>.

Per proporcionar una atenció d'alta qualitat i així aconseguir satisfacció per part de la persona i els familiars, és important dur a terme l'avaluació de les necessitats en la cura de les persones amb càncer. Per aquest motiu, hi ha diferents instruments per planificar les cures, com per exemple el qüestionari d'avaluació de necessitats (*Needs Evaluation, Questionnaire, NEQ*), el qüestionari breu de necessitats de càncer (*The short-form Cancer Needs Questionnaire, CNQ*), l'instrument d'avaluació de les necessitats de la persona (*Patient Needs Assessment Tool, PNTA*) i el qüestionari de les necessitats de les persones supervivents (*Cancer survivors survey of needs*). També podem trobar altres instruments d'avaluació de necessitats espirituals<sup>22</sup>.

#### 4.2. Necessitats de les dones amb càncer de mama

Les dones diagnosticades de càncer de mama, durant tot el procés oncològic (diagnòstic, tractament, posttractament i recuperació) s'enfronten a un ampli ventall de reptes. Aquestes persones se sotmeten a un diagnòstic greu que requereix prendre decisions importants durant tot el transcurs de la malaltia. És per aquest motiu que és fonamental que les dones estiguin ben informades<sup>23</sup>.

Segons Abraham Maslow, hi ha cinc aspectes bàsics dins de les necessitats de les persones: la psicologia, la seguretat, el fet social i l'estima, el reconeixement i l'autorealització. Tot i que en la **Figura 2**, es pot trobar les necessitats amb les seves respectives categories, aplicades al context del càncer de mama, segons exposen Xuan Ng et al, en l'article de revisió publicat al *Journal of Clinical Nursing*.



**Figura 2:** Maslow Hierarchy of Needs applied in the context of breast càncer. Font<sup>24</sup>.

En relació amb les necessitats holístiques, Xuan Ng et al<sup>21</sup>, l'any 2017 identifica que el benestar d'una persona amb càncer de mama ve determinat per la satisfacció de les seves necessitats físiques, socials, psicològiques, emocionals i espirituals, fet que tindria relació amb la jerarquia de les necessitats de la piràmide de Maslow.

En la supervivència del càncer de mama, s'ha estudiat també la qualitat de vida, els problemes i les necessitats després de cinc anys del diagnòstic. Segons un article publicat en 2018 de Schmidt et al<sup>25</sup>. es va observar que molts supervivents van patir efectes adversos d'aquesta malaltia, i que encara hi havia unes necessitats de cribratge i suport continu d'astènia, problemes de son, cognitius, artràlgies, dolor, símptomes menopàusics i sexuals, rendiment físic i problemes de pes durant i diversos anys després de la teràpia del càncer de mama. Alhora, Cheng et al<sup>26</sup>. va observar que en la fase de supervivència, a major temps transcorregut des del final del tractament, majors són les necessitats relacionades amb l'àmbit psicosocial.

### **4.3. Necessitats segons el moment del procés de la malaltia**

La persona durant la seva malaltia oncològica ha de passar per diferents fases, com el diagnòstic, el tractament primari del càncer, la cirurgia, la quimioteràpia, la radioteràpia o tractament hormonal, la terminació del tractament, la tornada a la vida normal, la possible recurrència i en algun cas, el tractament pal·liatiu. Per aquest motiu, aquestes persones i els seus familiars estan sotmesos a fonts potencialment altes d'estrès en totes les fases del procés sanitari<sup>22</sup>.

En el moment del diagnòstic, com aquest és inesperat, la primera reacció pot ser de negació, incredulitat, acceptació passiva o de xoc emocional. Les reaccions emocionals després de saber que es té càncer són variables i estan influenciades per molts altres factors, com per exemple l'edat i el sexe, tot i que les reaccions psicològiques més freqüents són l'ansietat i la depressió. L'ansietat és més freqüent en aquest moment de la malaltia i al principi del tractament i les proves diagnòstiques o de control, és una resposta semblant a la por, però molt més elaborada en l'ésser humà, té a veure amb l'anticipació de fets negatius on la persona percep com una amenaça i és dona quan no se sap controlar una situació o creu que serà difícil o amenaçant. L'ansietat reflexa cognitivament, fisiològicament i conductualment. La depressió sol ser una reacció que apareix de forma més tardana, quan la persona està en ple tractament o al llarg del curs clínic. S'ha de tenir en compte, que totes dues poden aparèixer en diferents moments de la malaltia i del tractament<sup>27</sup>. A més a més,

Halkett et al<sup>28</sup>. l'any 2014, en el moment de la detecció de la neoplàsia, va trobar que les dones amb càncer de mama tenen una necessitat d'informació constantment elevada, que no disminueix significativament al llarg del tractament, on moltes d'aquestes persones han expressat la seva frustració per la seva incapacitat per participar en la presa de decisions, obtenir informació que necessiten, ser escoltats i participar en sistemes d'atenció que responen a les seves necessitats. Les quatre àrees amb més necessitats d'informació no satisfetes, segons un article publicat l'any 2014 de Kowalski et al<sup>28</sup>. tenien relació amb activitats de promoció de la salut, tensions físiques i mentals en la vida diària, serveis de rehabilitació i estils de vida saludables.

El període de l'hospitalització constitueix un esdeveniment estressant, ja que comporta una pèrdua de la intimitat, exposició a altres malalts, canvis en els patrons habituals de conducta, àpats, desorganització de l'ambient familiar, inactivitat i l'absència de distractors fet que incrementen les preocupacions. Els principals problemes són l'ansietat i la por davant del procés quirúrgic, els resultats, i les conseqüències posteriors. Aquests estats emocionals poden interferir amb una adequada decisió sobre la modalitat de tractament, com per exemple, mastectomia radical enfront de la cirurgia conservadora, el tipus de reconstrucció de mama, etcètera. En el cas del càncer de mama, aquestes dones després d'una intervenció quirúrgica s'enfronten a nous reptes, com per exemple, canvis subjectius, com pèrdua inicial de mobilitat, possible limfedema, alteració de la imatge corporal, i canvis emocionals. Per una altra banda, trobem els canvis en els rols valorats, com per exemple la visió de la dona en el seu paper com a mare o parella, ja que veu alterades les seves relacions sexuals, els plans de fertilitat, la cura dels fills, l'activitat de mestressa de casa, etc. i per últim, podem veure el maneig de la malaltia crònica, ja que el tractament pot anar seguit de quimioteràpia adjuvant, radioteràpia o altres tractaments que suposen noves situacions a les quals s'han d'adaptar<sup>22</sup>.

A l'hora de sotmetre's a tractaments com quimioteràpia, radioteràpia i altres, tot i ser ben tolerats, existeixen els efectes col·laterals que poden produir símptomes físics que afecten molt negativament a la qualitat de vida, normalment aquests són temporals, però n'hi ha d'altres que poden durar mesos, anys o ser-hi de forma permanent. A conseqüència, això fa que la persona tingui malestar psicològic, canvis en la imatge corporal, en la sexualitat, en les activitats de la vida diària i símptomes d'ansietat, irritabilitat, tristesa i falta d'autoestima. Segons *European Journal of Oncology Nursing*, un article publicat l'any 2013, moltes d'aquestes persones presentaven símptomes relacionats amb el tractament, com

per exemple astènia amb un 87,7%, fogots amb un 71,5%, amb un 55,8% canvi de l'aspecte corporal canviat, angoixa amb un 56,2%, ansietat amb un 24,1%, i depressió un 12,1%. Per tant, el deteriorament físic i social, la deterioració de la imatge corporal, l'angoixa, l'ansietat, la depressió, la manca de suport social, les deficiències laborals o les activitats diàries, les activitats d'oci i els conflictes en les seves relacions personals es van associar a les necessitats més insatisfetes<sup>29</sup>.

Després de finalitzar el tractament i les revisions, s'ha de destacar que encara hi ha símptomes físics presents que continuen manifestant-se durant els mesos posteriors a la finalització, així com les reaccions psicològiques. En el cas del càncer de mama, al cap de sis mesos, el 70% de les persones manifesten insomni, un terç segueix amb nivells alts d'ansietat i tristesa, i més del 50% manifesten problemes sexuals i d'imatge corporal que continuen 18 mesos després. Durant la malaltia i les cures hospitalàries, el contacte directe amb el personal mèdic, l'atenció continuada de la parella, amics i família aporten un fort vincle, però quan es torna a la normalitat, aquest es veu disminuït<sup>22</sup>. La majoria de les persones en veure que s'acabava el tractament, s'han sentit abandonades, tristes, soles i desemparades, i és que en els mesos de tractament és possible que hagin desenvolupat una dependència a l'equip sanitari, sentint-se amb el control, protegides i segures per l'entorn, però el fet de marxar d'aquest àmbit els hi genera por a que reaparegui la malaltia entre altres<sup>27</sup>. Les revisions periòdiques també s'associen a la por a la recidiva i poden provocar alts nivells d'ansietat en els dies previs a la prova i en el moment d'espera dels resultats, fent que es posi en risc la qualitat de vida<sup>22</sup>.

Posteriorment al tractament, Ussher et al<sup>30</sup>, parla de les necessitats d'informació associades a canvis en el benestar sexual després del càncer de mama. El 85% de les participants van informar de canvis en el benestar sexual després de la malaltia oncològica, encara que només el 41% havia obtingut aquesta informació, i el 68% volia rebre informació sobre aquests canvis, que consideraven tan importants. Podem trobar canvis físics, de la resposta sexual, problemes de relació, conseqüències psicològiques, d'imatge o identitat corporal. Aquests resultats poden ser interessants per tal de conscienciar la importància d'informar sobre les necessitats d'informació sexual després del càncer de mama i les modalitats informatives que es prefereixen per prevenir i millorar l'angoixa.

Els supervivents de càncer de mama, després d'haver passat per una malaltia oncològica i haver finalitzat el tractament, es troben amb seqüeles que provoquen canvis en la imatge, l'estètica i la funcionalitat. Un gran exemple, són les dones que s'han sotmès a una mastectomia radical o cirurgies més petites i el seu nivell estètic es troba alterat, ja sigui perquè la seva imatge ha canviat, o perquè els resultats estètics siguin aparents.

En l'àmbit funcional, la dona pot deixar de dur a terme activitats que impliquin exposar el seu cos o que facin veure el canvi, com per exemple, anar al gimnàs, portar escot, etcètera. Aquestes repercussions no són només pel que fa a la imatge, sinó que també les podem trobar en l'autonomia o funcionalitat, ja que algunes dones no poden portar una vida normal, els hi costa vestir-se, conduir, o agafar en braços a un nadó. L'obesitat és un altre factor que moltes dones experimenten, i això s'afegeix a la disminuïda autoestima i autoimatge, i inclús a certa depressió, ja que la persona pot ser que no se senti capaç de dur a terme una dieta. I un altre factor que es veu alterat, és la sexualitat, un dels problemes que té més barreja entre causalitat física dels tractaments i psicològica i relacional<sup>27</sup>.

Segons una revisió crítica de la literatura sobre les necessitats no cobertes en les persones supervivents de càncer, publicat a la Revista Oficial de la Sociedad Española Oncológica (SEEO), es va evidenciar que les supervivents de càncer de mama s'enfronten a una nova normalitat que s'han d'adaptar, ja que després del tractament el seguiment és més espaiat i amb freqüència només dirigit a la realització de proves per la detecció precoç de possibles recidives. S'ha observat que aquestes persones tenen tres esferes de necessitats no cobertes, com són les físiques (astènia, dolor, alteracions digestives, canvis en la imatge física i esfera sexual), psicosocials (canvis de l'autoconcepte i en els rols habituals, la por a la recidiva, malestar emocional i ocasionalment, aïllament social) i espirituals (necessitat de redefinir el significat de la vida i replantejar-se les prioritats). Per aquest motiu aquestes persones necessiten una atenció integral i continuada que pugui respondre a les seves necessitats, on serà necessari crear espais on es pugui dur a terme una valoració integral de les necessitats i dissenyar intervencions de manera multidisciplinària<sup>31</sup>.

En alguns casos, el fet d'haver patit un càncer pot produir un creixement posttraumàtic, és a dir, un canvi positiu que una persona experimenta com un resultat del procés de lluita que emprèn a partir de la vivència d'un succés traumàtic, això pot ser causat per la millora de les relacions interpersonals, major apreciació de la vida, millores en la corresponent

percepció dels recursos psicològics, habilitats i característiques personals, major benestar mental, i canvis en les prioritats i metes a la vida.

Segons l'Institute of Medicine (USA), es recomana atenció rutinària després del càncer de mama per a totes les supervivents, com per exemple als efectes previstos a curt i llarg termini de la teràpia, la vigilància posttractament de toxicitat i recurrència, necessitats psicosocials i laborals, així com modificacions preventives de l'estil de vida<sup>21</sup>.

#### **4.4. Necessitats de les dones segons variables sociodemogràfiques.**

##### *4.4.1. Edat*

Pel que fa a l'**edat**, s'ha identificat que en el moment del diagnòstic i després d'aquest, en les persones més joves, és freqüent que hi hagi certa afecció emocional, responent amb molta més ansietat respecte als col·lectius d'edat més avançada, ja que requereixen molta més informació, senten major temor, no només per la seva vida, sinó pel sentit de feminitat, imatge corporal, fertilitat, cura dels fills, projectes vitals i situacions econòmiques<sup>22,31,32</sup>. Les reaccions psicològiques més freqüents, tal com s'ha esmentat, són l'ansietat i la depressió. De manera contraposada, les persones més grans responen amb menor ansietat i amb major indefensió, les necessitats i símptomes que pateixen són amb freqüència pitjor avaluades i tractades que en les persones joves i de mitjana edat. A més **edat** més habilitats per afrontar les adversitats de la vida. Com es tracta d'una malaltia que inclou amenaça de mort, també s'entén perquè les persones d'edat avançada tenen unes reaccions menys extremes davant el diagnòstic de càncer<sup>27</sup>. En un article de recerca publicat l'any 2019 per Joo Chae et al<sup>33</sup>, on s'investigaven les necessitats no satisfetes i els factors relacionats dels supervivents de càncer de mama coreans, els resultats que se'n van obtenir van ser que les necessitats més freqüents no satisfetes es van trobar al domini de la "informació i educació". El grup de 50 a 59 anys, l'atur, l'estrès, i els pensaments suïcides s'associen amb nivells més alts de necessitats insatisfetes.

Per altra banda, segons Fiszer et al<sup>20</sup>, els estudis confirmen que la intensificació de problemes en les persones joves es troben en els dominis sexuals i la imatge corporal, tot i que s'incrementa quan es conviu amb la parella.



#### 4.4.2. *Sexe*

En funció del **sex**e, les dones accepten millor els fets negatius i tenen més capacitat d'afrontar i adaptar-se a la malaltia, tot i que les dades objectives reflecteixen, però que són les dones les que mostren uns nivells més alts de depressió i ansietat davant del càncer. Per un altre costat, les dones són més hàbils en acceptar i expressar les emocions negatives, mentre que els homes són més tancats. Això fa pensar que quan s'avalua l'ansietat i la depressió, observem nivells més baixos en els homes, perquè no s'expressen tan obertament com les dones<sup>27</sup>.

#### 4.4.3. *Socioeconòmic*

Respecte al **nivell socioeconòmic**, sembla que hi ha relació entre un nivell social i econòmic elevat, ja que implica una millor adaptació i capacitat per fer front a la malaltia. Segons Cheng et al<sup>26</sup>. com major és aquest nivell, també ho són les necessitats de les persones i les demandes al sistema sanitari, això es demostra amb un estudi on es van estudiar 250 dones supervivents de càncer, i el 21,2% presentaven estudis universitaris, i a la vegada, presentaven més necessitats en l'àmbit psicològic i van sol·licitar més informació sobre el període postterapèutic en comparació amb aquelles que tenien estudis primaris.

#### 4.4.4. *Suport familiar i social*

S'ha demostrat que un **bon suport familiar** ajuda en l'adaptació a la malaltia, igual que el **suport social** i les persones properes, això fa que la persona s'adapti millor i se senti acompanyada en el trajecte de la seva malaltia. Per aquest motiu, són d'especial importància davant del càncer i les seves connotacions<sup>27</sup>.

### 4.5. **Rol infermer en l'atenció a la dona amb càncer de mama**

El rol de la infermera té una gran importància, ja que l'aspecte social del càncer està canviant i requereix estratègies de cures i models d'organització més avançats. L'efecte d'aquesta malaltia és tan profund en l'individu i la seva família, que pot amenaçar el seu benestar físic, emocional, psicològic, espiritual i social, fent que aquestes condicions requereixin una atenció especialitzada. El fet de conèixer les necessitats d'aquestes persones tant en l'etapa de la malaltia, com en la fase de supervivència és imprescindible per avaluar la vulnerabilitat de la persona i la seva família davant d'aquestes necessitats, i així poder planificar l'atenció amb l'objectiu de mitigar el risc al llarg del continu d'atenció espiritual, emocional, i benestar mental dins d'un context holístic. La Sociedad Española de Enfermería Oncológica

(SEEO), manté que les infermeres/s que treballen en la cura de les persones amb càncer ofereixen a la població uns serveis específics i representen una contribució a la lluita contra aquest problema de salut. Per aquest motiu, les infermeres tenen un paper molt especial emfatitzant en la prevenció de complicacions, destacant i controlant els efectes secundaris i proporcionant en els episodis crítics atenció especialitzada, fent que al mateix temps incorporin a les cures, els aspectes psicosocials del malalt i la família, per tal d'aconseguir una atenció integral que respongui a les necessitats d'aquestes persones<sup>34,35</sup>.

## JUSTIFICACIÓ

Pel que fa a les dades epidemiològiques, el càncer de mama és un dels tumors més malignes i diagnosticats entre les dones arreu del món. Tot i això, les dades respecte a la supervivència d'aquestes dones en els àmbits mundial, europeu, espanyol i de Catalunya, són taxes elevades, positives i esperançadores.

Encara que aquestes taxes siguin optimistes, la paraula càncer segueix essent estigmatitzada, provocant un gran impacte emocional, afectant diferents esferes de la vida i portant amb el diagnòstic, una gran diversitat d'emocions: por, tristesa, depressió, ansietat, frustració, inseguretat, i baixa autoestima, entre altres.

El procés de la malaltia, conjuntament amb el tractament, pot fer-se llarg i dur, fins a arribar al moment més esperat (o no) de la malaltia, la finalització del tractament hospitalari. Aquestes dones hauran d'afrontar una nova normalitat a la qual s'hauran d'adaptar sense l'acompanyament constant dels professionals, i on les visites a l'hospital o als centres de control seran més espaciades, ja que durant aquestes només es faran proves per la detecció precoç de possibles recidives.

Aquestes dones després de finalitzar el tractament oncològic, es desvinculen del que ha estat el seu entorn de seguretat i protecció, i que els hi ha aportat una sensació de control, per aquest motiu, moltes d'elles quan finalitzen el tractament se senten soles, abandonades i amb molta por, ja que han creat un vincle de dependència amb els professionals sanitaris i amb l'entorn hospitalari sense ser conscients. Els efectes secundaris d'haver patit un càncer de mama són varis, i aquests poden provocar canvis físics, socials i psicològics que es mantenen encara en la fase aguda del tractament. És per aquest motiu que l'estudi planteja conèixer les necessitats que tenen les dones que han finalitzat la fase aguda del tractament del càncer de mama, per tal de tenir coneixement i així poder aportar una bona atenció holística i continuada, i donar resposta d'una manera multidimensional per tal d'ajudar que durant aquesta fase estiguin acompanyades respecte a les seves necessitats.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2018 [citat 2 gener 2021]. Disponible a: [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)
2. National Cancer Institute. Cancer [Internet]. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. 2020 [citat 6 novembre 2020]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/cancer>
3. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2018 [citat 4 gener 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de mama [Internet]. 2020 [citat 8 gener 2021]. Disponible a: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=1>
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What Is Breast Cancer? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2020 [citat 6 novembre 2020]. Disponible a: [https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic\\_info/what-is-breast-cancer.htm](https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm)
6. Iacoviello L, Bonaccio M, Gaetano G De, Benedetta M. Epidemiology of breast cancer, a paradigm of the “common soil” hypothesis. 2020;72:4-10.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What are the risk factors? [Internet]. 2020 [citat 12 desembre 2020]. Disponible a: [https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic\\_info/risk\\_factors.htm](https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm)
8. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control [Internet]. 2021 [citat 3 gener 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
9. World Health Organization. World Source: Globocan 2020. Vol. 419. 2020. 1-2 p.
10. Dafni U, Tsourti Z, Alatsathianos I. Breast cancer statistics in the european union: Incidence and survival across european countries. Breast Care. 2019;14(6):344-53.
11. Sociedad Española de Oncología Médica. Epidemiología y factores de riesgo

- [Internet]. 2020 [citad 20 gener 2021]. Disponible a: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=2>
12. Guevara M, Molinuevo A, Salmerón D, Marcos-Gragera R, Chirlaque MD, Quirós JR, et al. Supervivencia de cáncer en España, 2002-2013. Red Española Regist Cáncer [Internet]. 2019; Disponible a: [https://www.redecan.org/redecan.org/es/Informe\\_Supervivencia\\_REDECAN\\_2020.pdf](https://www.redecan.org/redecan.org/es/Informe_Supervivencia_REDECAN_2020.pdf)
  13. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Breast Cancer: Statistics [Internet]. 2020 [citad 15 febrer 2021]. Disponible a: <https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/statistics>
  14. Generalitat de Catalunya. 19 de octubre, Día Mundial contra el Cáncer del Mama [Internet]. Instituto Catalán de Oncología. 2019 [citad 20 gener 2021]. Disponible a: <http://ico.gencat.cat/es/detall/noticia/Nova-Noticia-00721>
  15. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). El Càncer a Catalunya. Pla Director d'Oncologia de Catalunya; 2018.
  16. Izquierdo Font À, Marcos-Gragera R, Vilardell Gil L, Fuentes Fernandez J, Vidal Vila A, Borràs Andrés JM, et al. El càncer a Girona 2010-12. Projeccions de la incidència 2017. CanGir [Internet]. 2017;108. Disponible a: [http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis\\_i\\_programes/registre\\_del\\_cancer/](http://ico.gencat.cat/ca/professionals/serveis_i_programes/registre_del_cancer/)
  17. Rodríguez Ortega A, Azor Portolés R. Càncer [Internet]. Infermera virtual. 2021 [citad 22 febrer 2021]. Disponible a: [https://www.infermeravirtual.com/cat/problemes\\_de\\_salut/malalties\\_trastorns/cancer](https://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/malalties_trastorns/cancer)
  18. American Cancer Society. Treating Breast Cancer [Internet]. 2019 [citad 24 gener 2021]. Disponible a: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment.html>
  19. Iglesias Míguez C, López Gil R. Cáncer y cuidados enfermeros [Internet]. 2a ed. DAE editorial; 2018. 440 p. Disponible a: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/715/>

20. Fiszer C, Dolbeault S, Sultan S, Brédart A. Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: A systematic review. *Psychooncology*. 2014;23(4):361-74.
21. Ng ZX, Ong MS, Jegadeesan T, Deng S, Yap CT. Breast Cancer: Exploring the Facts and Holistic Needs during and beyond Treatment. *Healthcare*. 2017;5(26):1-11.
22. Cruzado Rodríguez JA. Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Síntesis, editor. 2010. 208 p.
23. Ng Z, Ong M, Jegadeesan T, Deng S, Yap C. Breast Cancer: Exploring the Facts and Holistic Needs during and beyond Treatment. *Healthcare*. 2017;5(2):26.
24. Schmid-Büchi S, Halfens RJG, Dassen T, Van Den Borne B. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *J Clin Nurs*. 2008;17(21):2895-909.
25. Schmidt ME, Wiskemann J, Steindorf K. Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Qual Life Res* [Internet]. 2018;27(8):2077-86. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-018-1866-8>
26. Cheng KKF, Cheng HL, Wong WH, Koh C. A mixed-methods study to explore the supportive care needs of breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2018;27(1):265-71.
27. Estapé Madinabeitia T. Cáncer cómo afrontar los tres días esenciales. UOC E, editor. Barcelona; 2018.
28. Kowalski C, Lee SYD, Ansmann L, Wesselmann S, Pfaff H. Meeting patients' health information needs in breast cancer center hospitals - A multilevel analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):1-9.
29. Schmid-Büchi S, Halfens RJG, Müller M, Dassen T, van den Borne B. Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013;17(1):22-9. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.003>
30. Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Information needs associated with changes to sexual

- well-being after breast cancer. *J Adv Nurs*. 2013;69(2):327-37.
31. Padura Blanco I, Ulibarri Ochoa A. Revisión crítica de la literatura sobre las necesidades no cubiertas de personas supervivientes de cáncer. *Rev Of la Soc Española Enfermería Oncológica* [Internet]. 2021;23(1):19. Disponible a: <https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncolologica/article/view/2514/3464>
  32. Naik H, Leung B, Laskin J, McDonald M, Srikanthan A, Wu J, et al. Emotional distress and psychosocial needs in patients with breast cancer in British Columbia: younger versus older adults. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2020;179(2):471-7. Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05468-6>
  33. Chae BJ, Lee J, Lee SK, Shin HJ, Jung SY, Lee JW, et al. Unmet needs and related factors of Korean breast cancer survivors: A multicenter, cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2019;19(1).
  34. Sociedad Española de Enfermería Oncología. Estándares [Internet]. 2020 [citad 15 febrer 2021]. Disponible a: <https://seeo.org/la-seeo/estandares/>
  35. Young AM, Charalambous A, Owen RI, Njodzeka B, Oldenmenger WH, Alqudimat MR, et al. Essential oncology nursing care along the cancer continuum. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020;2045(20). Disponible a: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30612-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30612-4)
  36. Kahlke RM. Generic qualitative approaches: Pitfalls and benefits of methodological mixology. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2014;13(1):37-52. Disponible a: <https://doi.org/10.1177/160940691401300119>
  37. Dodgson JE. About Research: Qualitative Methodologies. *J Hum Lact*. 2017;33(2):355-8.
  38. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Rev Enfermería Neurológica*. 2012;11(2):98-101.
  39. Instituto Nacional de Estadística. Girona: Población por municipios y sexo [Internet]. 2021 [citad 20 març 2021]. Disponible a: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2870#!tabs-tabla>

40. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). El municipi en xifres: Girona [Internet]. 2021 [citat 28 març 2021]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/emex/?id=170792&lang=es>
41. Generalitat de Catalunya. ICO Girona [Internet]. [citat 28 març 2021]. Disponible a: [http://ico.gencat.cat/es/l\\_institut/centres/ico\\_girona/](http://ico.gencat.cat/es/l_institut/centres/ico_girona/)
42. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Segunda. Aljibe, editor. 1999. 378 p.
43. Fernández-Lasquetty Blanc B. Introducción a la investigación en enfermería. Difusión Avances de Enfermería (DAE), editor. 2013. 304 p.
44. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int J Morphol. 2017;35(1):227-32.
45. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5a ed. Universidad de Deusto, editor. 2012. 341 p.
46. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016;26(13):1753-60.
47. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(3):613-9.
48. Fundació Oncolliga Girona [Internet]. 2021 [citat 27 abril 2021]. Disponible a: <https://www.oncolligagirona.cat/oncolliga/la-fundacio/qui-som/delegacions.html>
49. Berenguera A, Fernandez MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. 2014;224.
50. Gundumogula M. Importance of Focus Groups in Qualitative Research. 2021;8(11).
51. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Atención Primaria. 2002;29(6):366-73.
52. Thofehrn MB, Montesino MJL, Porto AR, Amestoy SC, Arrieira IC de O, Mikla M.



- Focus group: A technique for data collection in qualitative research [Internet]. 2012. 2013. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100016)
53. Noble H, Smith J. Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evid Based Nurs.* 2015;18(2):34-5.
  54. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care.* 2007;19(6):349-57.
  55. Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC). El CEIC: Presentació [Internet]. [citat 17 abril 2021]. Disponible a: <https://ceictrueta.cat>
  56. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*; 2018 [citat 22 abril 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
  57. Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*; 2003.
  58. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017 [citat 3 maig 2021]. Disponible a: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
  59. Clinica Universidad de Navarra. Diccionario médico [Internet]. 2020 [citat 27 febrer 2021]. Disponible a: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos>

## **OBJECTIUS DE L'ESTUDI**

### **Objectiu general**

Conèixer les necessitats de les dones amb càncer de mama finalitzada la fase aguda del tractament.

### **Objectius específics**

1. Conèixer les necessitats més importants que senten respecte a la dimensió física, mental, social i espiritual.
2. Analitzar si hi ha variació en les necessitats de les dones que han superat la fase aguda de la malaltia segons l'edat.
3. Esbrinar quines són les principals preocupacions que tenen en el moment de finalitzar el tractament actiu.
4. Identificar els recursos que les dones creuen que les poden ajudar a cobrir les seves necessitats després de finalitzar la fase aguda de la malaltia.
5. Explorar la valoració que fan les dones del suport rebut pel que fa a les necessitats per part d'infermeria després de finalitzar el tractament actiu.

## MATERIAL I MÈTODES

### **1. Disseny de l'estudi**

Es tractarà d'un estudi qualitatiu genèric. La investigació qualitativa proporciona una contribució fonamental a la investigació científica, ja que pretén comprendre el significat de les accions humanes i, com les persones construeixen o donen sentit a les seves experiències<sup>36,37</sup>.

Existeixen multitud d'investigacions qualitatives que no segueixen cap tradició de recerca establerta (fenomenologia, teoria fonamentada, etnografia...). Algunes d'aquestes investigacions són d'alta qualitat, ja que utilitzen mètodes d'anàlisi molt rigorosos; però sovint, no és així. Quan s'opta per a realitzar un procés qualitatiu genèric, s'han de descriure molt bé quins seran els processos que s'utilitzaran a l'hora d'obtenir, recopilar i analitzar les dades. El propòsit de l'enfocament genèric és purament descriptiu i té com a objectiu dur a terme una descripció del fenomen investigat<sup>37</sup>.

En definitiva, el present disseny d'estudi ofereix una gran gamma de possibilitats per poder explorar el tipus de context que ha estat plantejat als objectius, a més a més de proporcionar una visió que s'adapti millor al context que el professional d'infermeria necessita examinar. Permetent a partir de les experiències, ajudar a entendre millor a la persona determinant la conducta humana<sup>38</sup>.

Aquest estudi es durà a terme de setembre de 2021 a maig de 2022.

### **2. Àmbit de l'estudi**

L'àmbit d'estudi és l'oncologia i el comunitari. Esmentar aquest últim, ja que s'estudia la fase post aguda de la malaltia, tenint relació amb la part de transició de l'atenció completa i intensiva, on la persona a més de continuar els controls en el centre de referència d'oncologia, també es vincularà al centre d'atenció primària per tractar altres aspectes de salut. Aquest estudi es durà a terme a la Regió Sanitària de Girona, la qual consta d'una població total de 781.788 habitants, repartits en 9 comarques i està situada al nord-est de la comunitat autònoma de Catalunya. La capital pertany a Girona, on la seva població correspon a un 13,22% de la total, amb 103.369 habitants<sup>39,40</sup>.

Al gener de l'any 2002, l'Institut Català d'Oncologia (ICO), unitat de referència d'oncologia per la Regió Sanitària de Girona va començar a funcionar a l'Hospital Universitari Doctor

Josep Trueta, essent aquest l'hospital referent de la província de Girona. L'ICO treballa en col·laboració amb 7 hospitals comarcals, amb l'objectiu principal d'aconseguir una millora qualitativa de l'oncologia, potenciant la integració de l'assistència i la multidisciplinarietat, i donant resposta a la demanda assistencial de la regió<sup>41</sup>.

### **3. Població i mostra d'estudi**

La població d'estudi seran dones que hagin finalitzat la fase aguda del tractament del càncer de mama dins la franja d'edat entre 25 i 65 anys de la regió sanitària de Girona.

Segons la metodologia de la investigació qualitativa, la selecció de la mostra té unes característiques diferenciadores, i és que l'informant ens facilitarà la informació necessària per comprendre el significat i les actuacions que es desenvolupen en determinats contextos. A diferència d'altres mètodes d'investigació, en la metodologia qualitativa els informants seran escollits perquè compleixen certs requisits específics que els fan identificar-se amb el context i a més es troben en la mateixa població, respecte dels que no compleixen altres membres del grup o comunitat. No es busca la representativitat ni la generalització, sinó la comprensió de les experiències, tal com són viscudes. La mostra no es triarà a l'atzar, s'escollirà una a una d'acord amb el grau en què s'ajusten als criteris d'inclusió i exclusió (selecció deliberada i intencional). La selecció de la mostra en aquest tipus d'investigació, no correspon a un esquema o pla d'acció fixada anteriorment, sinó que és el que va succeint a mesura que la recerca evoluciona, és a dir, és una tasca contínua, en la qual diferents estratègies conduents determinaran quines són les persones o grups que, en cada moment del treball de camp, poder aportar la informació més rellevant, finalitzant quan l'objectiu hagi estat saturat (saturació teòrica o saturació de les dades). En aquest abordatge, tenir experiència viscuda del tema que s'estudia és determinant<sup>42</sup>.

#### **3.1. Mostreig**

L'objectiu del mostreig en investigació qualitativa és arribar a comprendre en profunditat l'objectiu d'estudi per la qual cosa s'escullen les mostres intencionadament, per aquest motiu, es buscarà als informants que més i millor informació puguin oferir, cercant la visió completa de les experiències de les persones que han tingut i tenen aquesta vivència<sup>43</sup>.

El mostreig és no probabilístic i es durà a terme, inicialment, amb l'estructura de mostreig intencional, compost per persones voluntàries, que desitgen parlar àmpliament sobre la seva experiència i que a més a més compleixen uns criteris preestablerts. Aquest tipus de

mostreig ens permetrà seleccionar aquells casos accessibles que accepten ser inclosos en el projecte de recerca, assegurant-nos així d'escollir un subjecte idoni, accessible i referent per l'investigador<sup>44</sup>.

### **3.2. Criteris d'inclusió i d'exclusió**

#### *3.2.1. Criteris d'inclusió*

- Dones que hagin superat el tractament agut del càncer de mama en els darrers 12 mesos.
- Franja d'edat entre 25 i 65 anys.
- Parlar i/o entendre el català o castellà.
- Persones que donin el seu consentiment de participació i gravació de les sessions grupals en format de veu.

#### *3.2.2. Criteris d'exclusió*

- Persones que presentin dèficits cognitius.
- No ser de la regió sanitària de Girona.
- Persona que està en situació de malaltia terminal.

### **3.3. Mida de la mostra**

La mida de la mostra davant d'aquest tipus de metodologia només se sap quan la investigació ha finalitzat, però normalment el nombre de persones seleccionades és reduït, ja que es dóna més importància a la diversitat de les dimensions que al nombre de persones<sup>45</sup>.

Per determinar la mida de la mostra en estudis qualitius, el concepte predominant serà la saturació d'informació, entenent aquest concepte com el moment en el qual, ja hagin aportat suficients idees i no apareixen de noves per part dels diferents participants o fonts de dades, permetent així, afirmar que la mostra és suficient i aturar el procés de recollida d'informació, tot i que aquesta, ha de ser prou gran i variada per resoldre els objectius de l'estudi. La mida d'una mostra amb suficient poder d'informació depèn de l'objectiu de l'estudi, de l'especificitat de la mostra, de l'ús de la teoria establerta, de la qualitat del diàleg i de l'estratègia d'anàlisi<sup>46,47</sup>.

En el present estudi, inicialment, es partirà d'una mostra de 36 participants aproximadament, és a dir, 4 grups focals entre 8 i 10 participants, amb possibilitat

d'emmotllar la mostra en funció la saturació d'informació que s'hagi obtingut en el transcurs de l'estudi.

### **3.4. Reclutament de la mostra**

El reclutament dels subjectes d'estudi, es farà a través de la Fundació Oncolliga Girona, formada per un equip de professionals i un centenar de delegacions unides per un objectiu: millorar la qualitat de vida dels malalts de càncer<sup>48</sup>. Per obtenir aquesta mostra assistiré a les activitats que realitzi la fundació durant el mes de novembre de 2020, com l'atenció psicològica en grup, el banc de perruques o l'estètica oncològica. D'aquesta manera, donaré a conèixer el meu projecte, amb els respectius objectius i finalitat de l'estudi. A més a més, se'ls entregaria el full informatiu (vegeu Annex 2), per tal que durant els pròxims cinc dies s'ho poguessin mirar detalladament i pensar si els hi agradaria participar. En cas afirmatiu, ho haurien de notificar mitjançant una trucada o un correu electrònic a partir de les dades que adjuntem al full informatiu.

Una altra manera d'arribar a la mostra, serà a partir del mostreig anomenat bola de neu, ja que a partir d'un participant que compleixi els criteris d'inclusió de l'estudi, se li podrà demanar que identifiqui a altres possibles informants, i així successivament fins a completar la mostra<sup>49</sup>.

## **4. Recollida de dades: instruments i tècniques**

La tècnica per a la recollida de dades es realitzarà mitjançant un grup focal, que consisteix en una entrevista grupal amb un guió acuradament planejat i dissenyat per obtenir informació d'una àrea definida d'interès, en un ambient permissiu no-directiu<sup>43</sup>.

La recollida de dades s'obté a través de la relació que estableix l'investigador amb les persones, en la qual el participant ha de sentir confiança, s'ha de poder expressar amb total llibertat, no s'ha de sentir jutjat, i s'ha de deixar observar. L'instrument per poder dur a terme la investigació és el mateix investigador, encarregat de transmetre amabilitat, cordialitat, simpatia, escolta, interès, i ser una persona amb la ment oberta, per això és necessari adquirir destreses i habilitats per tal de crear un bon vincle amb els participants i una relació de confiança<sup>43</sup>.

Hi ha diferents autors, com Krueger, Seggern i Young, entre altres, que parlen sobre la relació pel que fa al nombre i la mida dels grups, però no hi ha consens a la literatura que determini quins són els més adients. La majoria d'autors recomanen que el nombre de grups

focals sigui entre tres i cinc, que estaran agrupats d'acord amb els criteris d'interès, és a dir, un grup focal homogeni<sup>50</sup>.

Cada grup hauria d'estar format entre 4 i 10 persones, amb menys de 4 persones la dinàmica grupal serà diferent, i amb grups de més de 10 persones seria molt difícil de moderar i els participants tenen poc temps per intervenir, generant-se així discursos més superficials. En definitiva, l'ideal seria grups focals formats de 8 a 10 integrants en cada grup focal<sup>43,51,52</sup>.

En aquest cas, l'agrupació s'efectuarà mitjançant grups d'edat contemplats dins les franges entre 25-45 i 46-65 anys, és a dir, 2 grups focals de cada, entre 8 i 10 participants.

L'edat pot ser un factor que diversifiqui les opinions d'algun participant en un grup focal, és per això que s'ha decidit dividir-ho en franja d'edat per tal que si es parla per exemple de relacions personals, íntimes, fertilitat, moda o algun tema en concret, en trobar-se en el mateix grup d'edat sigui més fàcil parlar-ho<sup>51</sup>.

En darrera instància, és important que els participants no tinguin vincles entre ells, és a dir, que no es coneguin o no tinguin una relació propera, com per exemple: familiars, amics, veïns, companys..., es podrà assegurar que els participants es puguin expressar lliurement, explicar les seves experiències, els seus motius, pors, i desitjos sense sentir-se cohibits per la presència de ningú. Sovint, quan parlem amb desconeguts és més fàcil expressar sense inhibicions el que un pensa d'un tema, sobretot si aquest és controvertit o molt íntim, per aquest motiu, és important que tampoc tingui una relació estable o propera amb l'investigador, això disminuirà la possibilitat de biaixos<sup>50,51</sup>.

A l'hora de dur a terme les sessions dels grups focals, hi haurà l'investigador i un observador extern. Per una banda, l'investigador haurà de posseir habilitats per a la conducció del grup i saber en tot moment dinamitzar i estimular el debat entre els participants, haurà d'intervenir en situacions complexes del discurs del grup (silencis, encrespaments o monopolitzacions del debat). D'altra banda, l'observador romandrà en un segon pla, sense intervenir a la discussió. Fonamentalment la seva tasca consistirà a observar la dinàmica grupal, als participants, les seves intervencions i prendrà notes sobre el que diuen i sobre les seves posicions i fraccions discursives<sup>49</sup>.

L'investigador tindrà preparat un guió que s'utilitzarà per orientar la conversa del grup (vegeu Annex 7). Aquesta figura és essencial per introduir el tema d'interès i detectar temes rellevants que van sorgint, tractant d'aconseguir que es cobreixin els assumptes més lligats

als objectius de l'estudi, que les dades siguin detallades, que s'arribi als sentiments dels participants i que aportin les seves experiències<sup>43</sup>.

La conversa del grup focal té com a objectiu que sigui relaxada, confortable i satisfactòria pels participants, ja que exposaran les seves idees i comentaris en comú. Els membres del grup s'influeixen mútuament, pel fet que responen les idees i comentaris que sorgeixen en la discussió sobre el tema que els uneix<sup>43</sup>.

El lloc on es realitzarà el retrobament, per tal de dur a terme el grup focal, ha de ser accessible i convenient per a tots els participants, és per aquest motiu, que el lloc es decidirà prèviament i haurà de localitzar-se a una zona accessible que cedeixi la Fundació Oncolliga per tal que tots els participants puguin arribar sense dificultats. S'ha de seleccionar una sala àmplia amb prou llum i ventilació, evitar cap molèstia ni soroll al lloc del recinte ni als voltants, i que les cadires estiguin situades en circular, d'aquesta manera tots els participants podrien veure's, escoltar i interaccionar entre ells durant les sessions<sup>50</sup>.

També es proporcionarà una etiqueta adhesiva per a cada participant on figuri el seu nom, d'aquesta manera es facilitarà la interacció del grup i la intervenció dels més tímids, evitant la centralització dels testimonis d'alguns participants durant la conversa<sup>52</sup>. S'informarà amb dies d'antelació a tots els participants sobre la data, l'hora i el lloc, per tal que tothom pugui planificar-ho.

El temps de duració de les sessions serà d'aproximadament entre una i dues hores per tal que la fatiga dels participants i les condicions incòmodes no interfereixin en els objectius de la conversa, causant perjudicis en l'obtenció dels resultats. Tot i això, si la informació desitjada fos massa específica, o hi hagués saturació d'informació, el temps de la sessió no haurà de durar més de 40 minuts<sup>52</sup>.

Alguns autors afirmen que la recollida de dades dels grups focals són tasques molt difícils, la qualitat d'aquestes dependrà d'un nombre de factors, com per exemple: la participació dels participants suficients, la selecció de mostres adequades, triar preguntes rellevants, tenir un investigador qualificat, etcètera<sup>51</sup>.

Consegüentment, és important fer una recopilació de les dades enregistrant tota la sessió en format àudio, a fi i efecte de poder fer una transcripció de les dades i poder analitzar-les. És demanarà el consentiment informat, i totes aquelles persones que no l'acceptin quedaran excloses de l'estudi.



## **5. Descripció del procediment**

El procediment a seguir serà:

### **A. Aprovació del projecte, captació i selecció de participants:**

Es presentarà el projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, per tal que donin el vistiplau. Un cop obtinguda l'aprovació es contactarà amb l'entitat Fundació Oncolliga Girona, fent-li entrega de la carta de presentació de la investigació (vegeu Annex 1), amb la finalitat d'obtenir el seu permís en l'elaboració del projecte, col·laboració en la captació dels participants i la cessió d'un espai per a poder dur a terme les sessions.

Un cop confirmat el consentiment de participació per part de l'entitat mencionada anteriorment, es procedirà al reclutament de la mostra. En el moment que rebem la voluntarietat per part d'aquestes persones, es prosseguirà a comprovar que es compleixin els criteris d'inclusió, i tot seguit, es durà a terme la formació dels grups focals en funció de la franja d'edat.

Un cop seleccionats, se'ls hi enviarà un correu electrònic o es contactarà per via telefònica (haurem demanat el contacte prèviament), per tal d'informar del dia, l'hora, i el lloc de la trobada.

### **B. Dinàmica de les sessions dels grups focals:**

Un cop s'hagin establert els grups focals, d'acord amb els criteris d'inclusió, el primer que es farà serà iniciar la sessió amb una breu presentació de l'observador i l'investigador, i s'explicarà l'objectiu d'estudi, fent incís en el per què han estat escollits com a participants. Tot seguit, es lliurarà el consentiment informat de participació i de gravació de veu (vegeu Annex 3 i 4) per procedir a la seva signatura. També s'entregarà el qüestionari sociodemogràfic i clínic (vegeu Annex 5 i 6) que ens servirà d'ajuda per a conèixer les característiques socials, econòmiques, demogràfiques i clíniques, objectes de l'estudi.

Es remarcarà la importància de la confidencialitat de les dades i s'esmentarà que, en qualsevol moment, poden abandonar la participació de l'estudi.

A continuació, s'explicarà que la sessió tindrà una durada entre una i dues hores, fins a completar el guió d'aquesta.

Finalment, s'iniciarà la sessió, s'enregistrerà i se n'obtidran anotacions sobre el llenguatge no verbal dels participants i les seves objeccions.

## **6. Anàlisi de dades**

Aquesta part del procés d'investigació fa referència a una de les darreres parts del projecte.

El respectiu anàlisi s'efectuarà mitjançant el paquet informàtic Nvivo 12 plus (produït per WSR Internacional®) pel sistema operatiu MacOS Big Sur versió 11.2.3, el qual permet analitzar dades no estructurades (anàlisi qualitatiu).

El procediment d'anàlisi de dades es dividirà en quatre fases, tot i que es farà de manera paral·lela al treball de camp.

La primera fase partirà de la preparació del corpus textual, realitzant la transcripció literal en text de les dades enregistrades en àudio de les diferents sessions i, s'agruparà la informació obtinguda i es prepararà per a la seva lectura<sup>49</sup>.

La segona fase serà un preanàlisi textual, el qual consistirà a llegir detingudament els textos fins a estar totalment familiaritzats amb ells, s'elaborarà una llista sumari amb els temes més rellevants i es dissenyarà un esquema provisional amb la classificació de les temàtiques detectades<sup>49</sup>.

La tercera fase serà l'anàlisi en si, el qual es basarà a crear cites i codificar-les; s'elaboraran categories i subcategories i es crearà un marc explicatiu del discurs<sup>49</sup>.

Finalment, la quarta fase, consistirà a verificar i contrastar les troballes i es crearà un marc explicatiu definitiu<sup>49</sup>.

Per tal d'analitzar els continguts expressats de forma directa i poder interpretar el significat, es durà a terme un anàlisi temàtic. Els seus procediments es basen a fragmentar el corpus textual en unitats que posteriorment es recomponen, creant, classificant, agrupant i ordenant categories per tornar a construir una unitat que permeti la compressió global dels textos<sup>49</sup>.

## **7. Criteris de rigor i qualitat de l'estudi qualitatiu**

En tot procés d'investigació s'ha de contemplar el criteri de rigor i qualitat per tal de poder donar una major validesa al nostre estudi, complint l'objectiu general que és realitzar una bona praxi i aconseguir uns resultats de qualitat que aportin coneixements i puguin ser utilitzats en contextos concrets<sup>49</sup>. Per aquest motiu, els investigadors que utilitzen

metodologia qualitativa pretenen dissenyar i incorporar estratègies metodològiques per garantir la fiabilitat dels resultats<sup>53</sup>. El fet de validar l'estudi ens permetrà oferir uns resultats vàlids, fent així que les decisions polítiques, sanitàries, educatives, curriculars, etcètera, es puguin basar entre altres<sup>49</sup>.

A l'hora de validar un estudi d'aquesta tipologia, existeixen diferents eines, entre elles podem trobar la llista de criteris consolidats d'informes d'investigació qualitativa (COREQ), el qual es compon per 32 ítems adreçats a comprovar la validesa d'estudis qualitatius centrats en entrevistes i grups focals<sup>54</sup>.

Aplicar els criteris COREQ en el present estudi ens permetrà informar-nos d'aspectes importants relacionats amb l'equip d'investigació, la metodologia, el context, les troballes, l'anàlisi i les interpretacions realitzades<sup>54</sup>.

## **8. Consideracions ètiques i legals**

Per tal de poder dur a terme el projecte de recerca es presentarà aquest al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, a fi de sol·licitar la seva aprovació, i així assegurar que el projecte compleix els requisits ètics i legals. Aquest comitè està constituït per membres sanitaris i no sanitaris amb la finalitat de vetllar per la protecció dels drets, seguretat i benestar dels subjectes que participen en projectes d'investigació que s'avaluen<sup>55</sup>.

El projecte es trobarà dins del marc legal de la Llei Orgànica 3/2018 del 5 de desembre, amb relació a la protecció de dades personals i garantia dels drets digitals del BOE<sup>56</sup>, de la Llei Orgànica 41/2002 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica<sup>57</sup>. També es tindran en compte els principis bioètics recollits a la declaració de Helsinki, una proposta de principis ètics per investigació mèdica en éssers humans, incloent-hi la investigació del material humà i d'informació identificables<sup>58</sup>.

Amb relació a les consideracions ètiques i legals de l'estudi, tots els participants seran informats del tipus d'estudi i dels objectius que s'esperen complir a través del full informatiu i el consentiment informat i de gravació de veu que se'ls entregarà. Tota la informació que s'obtingui dels participants, serà guardada durant un any. En haver passat aquest termini, s'eliminarà la informació desada.

## 9. Limitacions de l'estudi

Les limitacions que es poden presentar en aquest estudi:

- Dificultat en el reclutament per complicacions logístiques per accedir al lloc on es realitzarà el grup focal.
- Biaix relacionat amb participants amb experiències més positives, atès que les persones amb experiències negatives poden rebutjar-ne la participació.
- Excés de variabilitat d'experiències entre les supervivents, fet que pot dificultar la consecució dels objectius i la trobada del poder d'informació.

## 10. Aplicabilitat en infermeria

L'estudi no només pretén descobrir quines són les necessitats de les dones després de finalitzar el tractament actiu del càncer de mama des de la perspectiva d'elles, sinó que també pretén conèixer quines són les necessitats que requereixen.

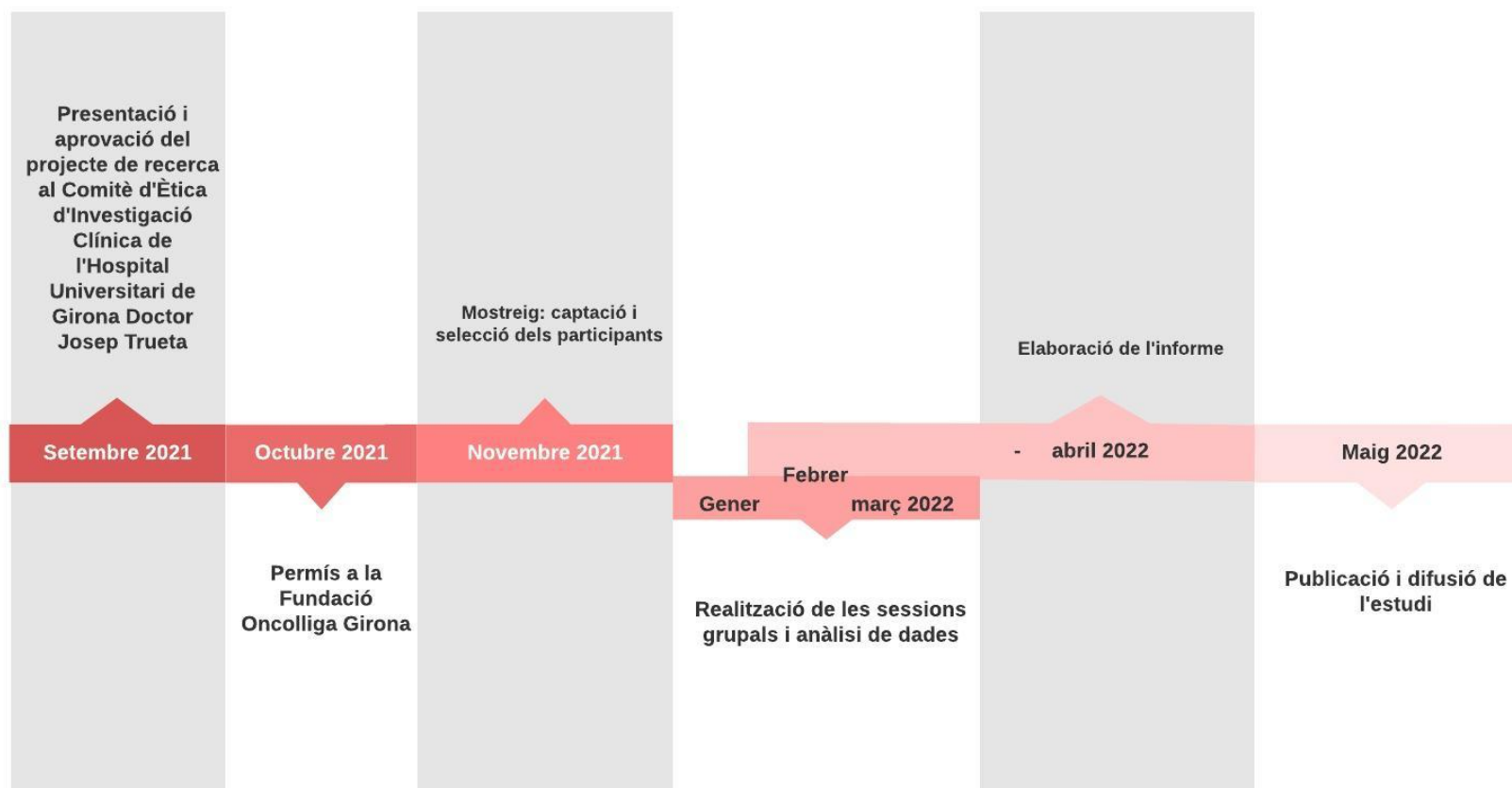
El fet d'haver superat un càncer de mama i haver finalitzat el tractament, comporta tenir seqüeles i un ventall de necessitats. Per aquesta raó, aquestes persones necessiten una atenció integral i continuada que pugui donar resposta a aquestes mancances i, en aquest sentit, la infermera hi juga un paper primordial.

Com bé és sabut, el rol de la infermera està *in crescendo* en múltiples àrees i, competencialment, s'estan definint nous perfils específics d'infermeria, entre ells, el d'infermeria de pràctica avançada (IPA), tot i que cal destacar que aquest estudi no només s'encasella en l'àmbit específic de la infermeria oncològica, sinó que la casuística tractada es pot englobar des d'una perspectiva més transversal. En altres paraules, les implicacions que pot tenir aquest estudi respecte a la professió d'infermeria poden tenir cabuda en l'atenció hospitalària, sociosanitària i, sobretot, en l'atenció comunitària. M'agradaria donar èmfasi a aquesta última, ja que poder conèixer quines són les necessitats en aquesta fase de la malaltia, permetria en un futur crear un programa especial per donar suport i acompanyament a aquestes dones.

L'essència de la professió d'infermeria es basa en l'atenció holística centrada en la persona en qualsevol dels seus àmbits, és per aquest motiu que comptar amb els resultats del present estudi permetrà donar una resposta real i planificar cures infermeres adaptades a les necessitats d'aquestes dones.

## CRONOGRAMA

El cronograma de l'estudi comprèn de setembre de 2021 a maig de 2022. A la següent figura, es pot observar gràficament el cronograma:



**Figura 3:** Cronograma. Font pròpia

## PRESSUPOST ECONÒMIC

A continuació podem visualitzar el pressupost econòmic del projecte de recerca qualitatiu. Pertany a la suma total de les despeses del material fungible, no fungible, i d'altres materials. La suma total serà de **4.726,44€**.

**Taula 1:** Despeses del treball de camp; material fungible. Font pròpia.

MATERIAL FUNGIBLE	QUANTITAT	PREU/UNITAT	TOTAL
Paquet de 500 fulls de paper A4	1	8,99€	8,99€
Paquet de 20 bolígrafs blaus BIC	1	7,28€	7,28€
Pack de 40 etiquetes adhesives	1	2,75€	2,75€
Portafoli de 100 fundes de plàstic	1	15,00€	15,00€
Paquet de 100 mocadors	1	1,40€	1,40€
Pack de 6 ampolles d'aigua de 33 cl	5	3,28€	16,40€
Pack de 50 mascaretes	1	12,60€	12,60€
Gel hidroalcohòlic 100 ml	1	7,48€	7,48€
Paquet de 50 sobres	1	5,43€	5,43€
<b>Total</b>			<b>77,43€</b>

**Taula 2:** Despeses del treball de camp; material no fungible. Font pròpia.

<b>MATERIAL NO FUNGIBLE</b>	<b>QUANTITAT</b>	<b>PREU/UNITAT</b>	<b>TOTAL</b>
Carpeta de tapa dura	1	5,60€	5,60€
Gravadora de veu Mibao 34 GB	2	32,99€	65,98€
USB SanDisk 64 GB	1	9,80€	9,80€
Impressió documents	150	0,03€	4,50€
<b>Total</b>			<b>85,88€</b>

**Taula 3:** Despeses per a la part d'anàlisi de resultats. Font pròpia.

<b>ALTRES MATERIALS</b>	<b>QUANTITAT</b>	<b>PREU/UNITAT</b>	<b>TOTAL</b>
Software Nvivo 12 plus	1	1033,13€	1033,13€
<b>Total</b>			<b>1033,13€</b>

**Taula 4:** Despeses per a la difusió científica. Font pròpia.

<b>DIFUSIÓ CIENTÍFICA</b>	<b>QUANTITAT</b>	<b>PREU/UNITAT</b>	<b>TOTAL</b>
Traducció i correcció	1	0,06€/paraula Màxim 16000 paraules/article --> 1 article	960€
Publicació	1	500€ revista d'interès (Oncologia) + 1500€ revista d'interès (Enfermeria Clínica)	500€ + 1500€
Presentació a congrés nacional	1	600€/inscripció	600€
<b>Total</b>			<b>3530€</b>

## ANNEXES

### ANNEX 1. Carta de presentació i permís a la Fundació Oncolliga Girona

Benvolgut Sr/a director/a,

M'adreço a vostè per a sol·licitar la seva col·laboració en l'avaluació d'un projecte de recerca per a finalitzar els estudis del grau en infermeria, sota la direcció de la Dra. Cristina Bosh Farré del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

La temàtica principal està relacionada amb les dones que han finalitzat la fase aguda del tractament oncològic, en concret, les que han patit un càncer de mama. Per tant, l'objectiu de la recerca és conèixer les necessitats de les dones amb càncer de mama finalitzada la fase aguda del tractament, a partir d'un estudi qualitatiu genèric en dones dins la franja d'edat entre 25 a 65 anys de la regió sanitària de Girona.

És per aquest motiu que sol·licito, amb l'objecte i finalitat de la investigació, la facilitació a l'accés de les participants per a poder aconseguir la mostra per a l'estudi i la cessió d'un espai per a poder dur a terme les sessions.

El projecte ha estat aprovat pel Comitè d'Ètica d'investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.

Em podeu contactar per via telefònica (646 008 066) o electrònica ([maarta.g6@gmail.com](mailto:maarta.g6@gmail.com)).

Atesa la demanda, m'agradaria fer pal·les al seu acord pel que fa a la realització d'aquest estudi.

Aprofito l'avinentesa per a saludar-lo/la,

Agraïda,

Marta Garcia Canovas

Girona, 2 d'octubre de 2021



## ANNEX 2. Full d'informació pels participants

### **LES NECESSITATS DE LES DONES AMB CÀNCER DE MAMA FINALITZADA LA FASE AGUDA DEL TRACTAMENT**

Els convidem a participar en l'estudi "Conèixer les necessitats de les dones amb càncer de mama finalitzada la fase aguda del tractament". Ja que vostè, com a dona que ha finalitzat el tractament agut del càncer de mama pot ser una informant molt valuosa per assolir els objectius del nostre estudi. Aquests són: conèixer les necessitats més importants que senten respecte a la dimensió física, mental, social i espiritual, analitzar si hi ha variació en les necessitats de les dones que han superat la fase aguda de la malaltia segons l'edat, esbrinar quines són les principals preocupacions que tenen en el moment de finalitzar el tractament actiu, identificar els recursos que les dones creuen que les poden ajudar a cobrir les seves necessitats després de finalitzar la fase aguda de la malaltia, i explorar la valoració que fan les dones del suport rebut pel que fa a les necessitats per part d'infermeria després de finalitzar el tractament actiu.

La seva participació en aquest estudi seria de gran interès, ja que a través de la seva experiència, es podria donar resposta a les seves necessitats des del sistema sanitari. D'entrada es realitzarà una entrevista grupal entre 8 i 10 persones, tindrà una durada aproximadament entre una i dues hores i serà enregistrada amb una gravadora de veu digital.

Es garantirà en tot moment la protecció i confidencialitat de les seves dades, que seran guardades durant un any, i en finalitzar aquest període de temps, seran eliminades. Recordar que en qualsevol moment podrà abandonar l'estudi.

Per qualsevol dubte o més informació es pot posar en contacte amb mi per via telefònica (646 008 066) o electrònica ([maarta.g6@gmail.com](mailto:maarta.g6@gmail.com)).

Moltes gràcies per la seva atenció.

### ANNEX 3. Consentiment informat de participació

#### **LES NECESSITATS DE LES DONES AMB CÀNCER DE MAMA FINALITZADA LA FASE AGUDA DEL TRACTAMENT**

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

Estic d'acord en participar en l'estudi "Conèixer les necessitats de les dones amb càncer de mama finalitzada la fase aguda del tractament"

He rebut detalladament tota la informació per escrit i, la meva participació és totalment voluntària i en qualsevol moment puc renunciar a la participació en aquest estudi sense cap represàlia. La informació obtinguda de l'estudi, ja sigui en format paper, informàticament i per gravadora de veu es guardarà durant un any, i després serà eliminada. Les meves dades seran totalment confidencials i es mantindran en l'anonimat.

Per tant, en signar aquest document, autoritzo que participo en la investigació.



**Signatura del participant**



**Signatura de l'investigador**

#### ANNEX 4. Consentiment per a la gravació de veu

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

Estic d'acord amb el fet que m'enregistrin en gravadora de veu quan realitzo la conversa guiada del grup focal de l'estudi "Conèixer les necessitats de les dones amb càncer de mama finalitzada la fase aguda del tractament". He rebut detalladament tota la informació per escrit i la meva participació és totalment voluntària i en qualsevol moment puc renunciar a la participació en aquest estudi sense cap represàlia. La informació obtinguda de l'estudi, es guardarà durant un any, i després serà eliminada. Les meves dades seran totalment confidencials i es mantindran en l'anonimat.

L'usuari té dret a rebutjar a ser gravat en qualsevol moment de l'entrevista sense haver de donar cap explicació.

Per tant, en signar aquest document, autoritzo que participo en la investigació.



**Signatura del participant**



**Signatura de l'investigador**

## ANNEX 5. Qüestionari sociodemogràfic

**Nom:**

**Edat:**

**Lloc residència:**

### 1. OCUPACIÓ

- Activa
- Aturada
- Estudiant
- Jubilada
- De baixa
- Altres \_\_\_\_\_

### 2. NIVELL EDUCATIU?

- Primaris
- Educació Secundaria Obligatòria (ESO)
- Batxillerat
- Formació professional (FP) – (FP bàsica, grau mig o superior)
- Grau universitari
- Màster o doctorat

### 3. ESTAT CIVIL

- Soltera
- Amb parella
- Casada
- Divorciada
- Viuda

### 4. AMB QUIN DELS SEGÜENTS GRUPS SOCIOECONÒMICS SE SENT IDENTIFICADA?

- Alt
- Mitjà
- Baix

### 5. FILLS?

- Sí
- No

## ANNEX 6. Qüestionari clínic

### 1. Quin tipus de càncer de mama té entre els dos més comuns?

- Carcinoma ductal infiltrant
- Carcinoma lobular infiltrant
- Altres \_\_\_\_\_

### 2. Amb quina de les següents opcions relaciona el seu càncer?

- Càncer de mama primari
- Metàstasi provinent del mateix càncer de mama
- Metàstasi provinent d'un altre càncer

### 3. A quin/s tractament es va sotmetre? (pot marcar més d'una casella)

- Cirurgia
- Radioteràpia
- Quimioteràpia
- Hormonoteràpia
- Immunoteràpia
- Altres \_\_\_\_\_

## **ANNEX 7. Guió de la conversa planejada pel grup focal**

Em podríeu explicar com us sentiu al saber que finalitzava la fase aguda del tractament en relació amb el vostre dia a dia, sabent que us afrontaríeu a una nova normalitat?

Quines són les necessitats més importants que heu tingut o teniu respecte a la dimensió física? Com per exemple, el canvi d'imatge, la sexualitat...

I pel que fa a la dimensió mental? Heu notat canvis en la vostra autoestima, en el vostre humor, en les vostres emocions...

I si fem referència a l'àmbit social? Hi ha hagut algun canvi en les activitats quotidianes, en les relacions amb la vostra família o els vostres amics...

I per últim, en l'àmbit espiritual, quines són aquestes necessitats que creieu tenir? Per exemple, el sentit que li doneu a la vida, els valors, les creences...

Quines són les majors preocupacions que teniu en aquest moment?

Si ara us diguéssiu que podeu comptar amb un nou recurs que us ajudés a cobrir les necessitats que han emergit un cop finalitzada la fase aguda de la malaltia, quin tipus de recurs triaríeu, o quin us agradaria?

Si haguéssiu de fer una valoració sobre com les infermeres us han acompanyat després de finalitzar el tractament actiu de la malaltia, tenint en compte les vostres necessitats, quin paper creieu que han tingut? Podeu esmentar alguna experiència negativa i positiva si us sembla bé.

Respecte a la pregunta anterior, com us agradaria que la infermeria us acompanyés després de finalitzar la fase aguda del tractament?

Voldríeu afegir algun aspecte que considereu important o què us agradaria comentar abans de finalitzar la conversa, i que no s'hagi comentat durant la sessió?