

GRADU AMAIERAKO LANA

Erizaintzako Gradua – Leioako Atala

Berrikuspen bibliografikoa

Isilpeko samina: erditze osteko depresioaren aurrean emakumeek laguntza eskatzean sumaturiko oztopoak. Begirada bat erizaintzaren ikuspuntutik.

ANE ARNAIZ SANCHEZ
Leioan, 2018 ekainaren 26an

ESKERRAK

Garaziri, prozesu honetan bidaide izateagatik; Nereari, beldurrekin dantzatzen irakasteagatik; erizaintzako koadrilari, entzuteko eta animoak emateko prest egoteagatik; Txaro eta Xabier, uneoro nigan sinistegatik; Zipiri, beti ondoan egoteagatik; ama, nitaz harro egoteagatik.

Isilpean egondako eta dauden emakume guztien omenean.

LABURPENA

Aurrekariak: Erditze osteko depresioaren mundu-mailako prebalentzia %10-20an dagoela estimaturik, osasun publikorako ardura nagusi bilakatu da, azken honen abordatze goiztiarra beharrezkoa delarik. Eritasun honen arrisku-faktoreak zein emakumearen, haurraren zein bikotearen gain sorturiko inpaktu negatiboa ezaguna den arren, gaur egun azpidiagnostikatua eta azpitratatua mantentzen jarraitzen du, emakumeek laguntza profesionala eskatzerakoan sumaturiko oztopoak kausa posible bezala identifikatzen direlarik. Osasun-profesionalek gaixotasun honen detekziorako erantzukizun handia dutela jakinik, eta Ebidentzian Oinarrituriko Erizaintzaz baliaturik, emakumeek erditze osteko depresioari nola erantzuten dioten eta prozesuan zehar hautemandako oztopoen inguruko ulermena zein depresioaren abordatzeaz arduratuko diren erizaintza praktika gaurkotuak diseinatu ahalko dira.

Helburua: erditze osteko depresioaren aurrean laguntza profesionala eskatzean emakumeek hautemandako oztopo nagusiak identifikatzea.

Metodologia: berrikuspen bibliografiko bat burutu zen 2018ko urtarril eta martxo artean, *Pubmed*, *Web of Science (WOS)* eta *Scopus* osasun datu baseetan. *MeSH* termino eta termino askeaz baliaturik, bilaketa estrategikoa burutzeko hitz gako egokien konbinazioa egin zen. Artikuluak hautatzeko barne-eta kanpo-irizpideak definitu ziren baita ikerketen irakurketa kritikoa burutu ere.

Emaitzak: 11 artikulu barneratu ziren guztira, jatorri kultural ezberdineko emakumeek erditze osteko depresioarekin izandako esperientziak batzen zituztenak eta arreta profesionalaren bila jotzerako orduan maila indibidualean, interperzonalean zein maila asistentzian hautemandako oztopoak deskribatzen zituztenak.

Ondorioak: lan honen bitartez ondoriozta daiteke emakumeentzako gaixotasun mentalei leporaturiko estigma eta depresioaren gaineko kontzientzia hartzea zailtzen dituzten zenbait faktore oztopo izan daitezkeela; maila interperzonalean, aldiz, familiak arreta profesionalaren eskuratzea ahalbidetu edota oztopa dezakeela ikusi izan da; maila asistentzian zehar profesionalek bideraturiko zenbait jokaera arretaren onarpenean edota errefusean erabakigarriak direla ikusi izan da, baita osasun-arretaren antolamenduak berak oztopo gisa jardun dezakeela ere.

Hitz-gakoak: erditze osteko depresioa, laguntza eskatzeko jokamoldea, osasun mentaleko zerbitzuak, Lehen Mailako Arreta, erditze osteko osasun-arreta, erizaina, profesional-paziente arteko harremana.

Hitz-gakoak MeSH termino gisa: postpartum depression, help-seeking behavior, mental health services, primary health care, postnatal care, nurse, professional-patient relations.

AURKIBIDEA

SARRERA	1-5
Asaldura mental perinatalen aurrekari historikoak.....	1-2
Erditze osteko asaldura psikologikoen sailkapena.....	2-3
Erditze osteko depresioaren etiologia eta arrisku- faktoreak.....	3-4
Detekzio-tresnak: Edinburgoko Erditze Osteko Depresioaren Eskala (EPDS).....	4-5
Erditze osteko depresioaren ondorioak.....	5
JUSTIFIKAZIOA	5-6
METODOLOGIA	7-9
Erabilitako datu-baseak eta bilaketa egiteko estrategia.....	7-8
Ikerketen aukeraketa egiteko irizpideak.....	8-9
EMAITZAK	9-16
EZTABAIDA	16-22
<i>Maila indibidualean sumaturiko oztupoak:</i>	
Estigma.....	17-18
Sintomak eta hauen maneia.....	18
Depresioaren gaineko ikuspegia.....	18-19
Migrazioaren eta kulturaren eragina eritasunaren agerpenean.....	19-20
<i>Maila interpertsonalean sumatutako oztupoak:</i>	
Familia eta gertukoaren erreakzioa gaixotasunaren aurrean.....	20-21
<i>Maila asistentzian sumatutako oztupoak:</i>	
Osasun profesionalen erreakzioa asalduraren aurrean.....	21-22
MUGAPENAK, ALBORAPENAK, INPLIKAZIO ETA IKERLERROAK ..	22-25
ONDORIOAK	25
BIBLIOGRAFIA	
ERANSKINAK	

SARRERA

Aldaketa fisiologiko, psikologiko eta sozial nabarmenak hauteman ditzake emakumeak ama bihurtzean⁽¹⁾. Bizitzan zehar eraikitako identitate ezberdinen uztartzeari ekin behar dio, ama gisa eraikitako nortasunaren garapena eta gizarte aurrean sorturiko rol berriaren barneratzea bitartean burutuz^(1,2). Haurren jaiotzak berak zorientasun eta asebetetze-sentimenduen agerpenen iguripena sustatzen du hainbatetan^(1,3). Beste batzuetan, ordea, emakumeak normatiboak ez diren emozio negatiboak suma ditzake, erditu osteko bizipenak erruduntasunarekin oroitu ahal direlarik⁽¹⁾. Alegia, garai perinatalak amaberriaren osasun mentalean inpaktu nabarmena sor dezake, umore-asaldura ezberdinak garatzeko zaugarritasun handiko unea bezala deskribatu baita⁽⁴⁾. Erditze osteko depresioa osasun publikorako arduraren nagusia bilakatzeaz gain^(1,5) lehentasunezko arduraren bihurtu da ere nahasmen honen abordatze goiztiarra bermatzea^(6,7).

ASALDURA MENTAL PERINATALEN AURREKARI HISTORIKOAK

K.A. IV. mendetik jada⁽⁸⁾ oso iritzi ezberdinak garatu dira haurdunaldi eta puerperio garaia asaldura mentalen agerpenerako faktore bultzatzaileak edo babesgarriak direnentz⁽⁹⁾. Garai horretan Hipokrates, Greziako mediku ezaguna, erditze ostean azaleratutako buru ondoezak deskribatzen hasi zen^(5,8,9), azken hauek puerperio garaian edota edoskitzaroan propio garatzen zirela argudiatuz⁽⁵⁾.

XVIII. eta XIX. mendeetan zehar Alemaniako eta Frantziako medikuntza erditze ostean agertuz joaten ziren gaitz mentalen adierazpen sistematikoak burutzen hasi zen⁽⁸⁾; 1818an, zehazki, Jean Esquirol Psikiatra Frantsesak gaixotasun mentalen inguruko tratatu bat idatzi zuen, erditze osteko psikosiaren ehun bat kasu deskribatzen zirelarik⁽⁹⁾. Azken honek, era berean, garaiko estatistikek eritasun honen benetako intzidentzia-tasa islatzen ez zutela argudiatu zuen, emakumeen gehiengoa etxean erditzen baitzen, leku horietan gertaturiko kasu berriak kuantifikatzea ezinezkoa zelarik⁽⁹⁾. 1856. urtean, Louis Victor Marcé Psikiatra Frantsesak erditze ostean sortutako asaldura mentalei buruzko liburua publikatu zuen, *Traite de la Folie des Femmes Enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet* deiturikoa^(5,8,9). Urte batzuk geroago, 70. hamarkadan zeharreko ikerketek psikosiarekin loturik ez zegoen erditze osteko depresioa deskribatu zuten⁽⁸⁾; 1980an, nazioarte mailan eritasun hauen inguruko ulermena hobetzeko asmoz, *Marcé elkarte*a sortu zen⁽⁹⁾. 1990tik aurrera, Ingalaterrako, Frantziako edota Estatu Batuetako ospitaleetan zehar Psikiatria Perinataleko sailen

garapena hasi zen⁽⁹⁾. Garai horretan ere gaixotasunaren inguruko definizio unibertsal baten beharrezana ikusi zen, hein handi batean osasun-sistema orotan aitorpena jasoko zuen asaldura bihur zedin⁽⁵⁾. 1994an Ameriketako Psikiatria Elkarteak (APA Ingelesez) erditze ostean azaleratutako depresioa Osasun Mentaleko Asalduren Diagnosi eta Estatistika Eskuliburuaren 4. edizioan barneratu zuen lehenbiziko aldiz (DSM-IV)^(5,9).

ERDITZE OSTEKO ASALDURA PSIKOLOGIKOEN SAILKAPENA

Erditze ostean zehar, 3 umore-asaldura nagusi deskribatzen dira^(5,9,10):

POSTPARTUM BLUES

Erditze osteko 2. egunetik 7. egunera agertu eta patologia psikiatriko gisa klasifikaturik ez dagoen egoera bat da^(7,8,10). %50etik %80ra bitarteko prebalentzia estimatu da^(6-8,10). Sintoma arinak eta iragankorrak ditu nagusi^(6,8,10), hala nola, narritadura^(7,8), tristura^(8,10), labilitate emozionala^(7,8), antsietatea^(7,10), insomnioa⁽⁷⁾, nekea^(7,8) eta haurraren zaintzaren inguruko etsipen-sentimenduak^(7,10). Aldaketa hormonal^(8,10), psikologiko⁽¹⁰⁾ eta sozialek⁽¹⁰⁾ azal dezakete, eta zenbait arrisku-faktore deskribatu izan dira⁽¹⁰⁾: sintoma depresiboen agerpena edo gertakari estresagarriak haurdunaldian zehar, lo-asaldurak, hileroko zikloko umore-aldaketak zein haur-galerak, besteak beste⁽¹⁰⁾. Laguntza profesional barik konpondu daitekeen arren⁽⁶⁾, 2 aste baino gehiagoko iraupena dituzten sintomak larriagotuz gero, emakumea erditze osteko depresioa pairatzen egon daiteke⁽⁷⁾. Gainera, *postpartum blues* duten emakumeek erditze osteko depresioa pairatzeko %20ko arriskua dutela estimatzen da⁽⁸⁾.

ERDITZE OSTEKO PSIKOSIA

Erditu osteko lehenbiziko egun, hilabete, edota haurra jaio eta urtebetera ager daiteke^(7,10). Prebalentzia %0.1-0.2an dagoela estimatzen da^(7,10), emakume primiparoetan nagusiki eman daitekeelarik⁽¹⁰⁾. Sintomak denboran zeharreko fase ezberdinetan ager daitezke⁽¹⁰⁾: emakumea lo egiteko arazoekin has daiteke eta narritadura zein antsietatea ere agertuz joan daitezke⁽¹⁰⁾; honi jarraiki, jokaera mesfidatiak, nahasmen-zeinuak, huskeriengatik gehiegizko kezka edota janaria errefusatzea bezalako erreakzioak eman daitezke⁽¹⁰⁾; gaixotasunaren fase akutuan, ordea, eldarnioak edota haluzinazioak azaleratuko lirateke, haurrari min egitea edota haien buruaz beste egiteko ideiekin batera^(7,8,10). Arrisku-faktoreen artean, erditze osteko psikosi aurrekari pertsonalak edota familiarrak^(8,10), psikosia^(8,10), asaldura afektibo bipolarra^(7,8,10) edota eskizofrenia⁽¹⁰⁾ izatea eta haurdunaldi zein erditze ostean izandako konplikazio obstetrikokoak⁽¹⁰⁾ daude.

ERDITZE OSTEKO DEPRESIOA

Gaur egun, Osasun Mentaleko Asalduren Diagnosi eta Estatistika Eskuliburuaren 5. edizioak (DSM-V)⁽¹¹⁾ haurdunaldian edota erditu osteko hurrengo 4 asteetan zehar azaleratzen den depresio nagusiko pasarte bezala definitzen du; hala ere, haurra erditu eta urtebetean zehar ager daitekeen afekzioa bezala deskribatu izan da maiz^(3-5,7,10,12). Gaitz unibertsal gisa kontsideraturik⁽⁵⁾, mundu mailako prebalentzia %10etik 20ra bitartean dagoela estimatu izan da^(3,5-8,10). Estimazio hau, ordea, ezberdina izan daiteke ikerketatik ikerketara, askotan erabiltzen diren laginak ez baitira mundu osoko populazioarekiko esanguratsuak eta mendebaldeko herrialdeak dira, oro har, gehien aztertutakoak⁽⁶⁾. Maiz baieztatzen da, ordea, garapen bidean daudela deituak diren herrialdeetan erditze osteko depresioaren prebalentzia mendebaldeko herrialdeen berdina edo altuagoa dela⁽⁵⁾.

Eritasun honen koadro klinikoan bizitzaren une ezberdinetan zehar gorpuztu daitekeen depresio nagusiko sintomak islaturik ager daitezke⁽¹¹⁾, hala nola, anhedonia^(7,8,10), erruduntasun-edo baliogabetze-sentimenduak^(7,8), tristura edota labilitate emozionala^(7,8), insomnio zein hipersomnia^(7,8,10), nekea^(7,8), elikadura-patroiko asaldurak⁽¹⁰⁾, kontzentratzeko zailtasunak⁽⁶⁻⁸⁾ eta eguneroko jarduerak egiteko zailtasunak⁽⁸⁾. Antsietatearekin loturiko sintomatologiaren agerpena ere eman daiteke^(6,7,10,11), paniko atakeekin⁽¹⁰⁾ edota hurraren ongizatearekin erlazionatuta egon daitezkeen pentsamendu obsesibo eta jokaera konpulsiboen garapenarekin batera^(6,10); era berean, ideia suizidak^(6-8,10) edota hurrari min egiteko ideia intrusiboak ager daitezke^(6,8,10,11), nahiz eta sintoma hauek nagusiki tratamendurik gabeko erditze osteko depresioetan, kasu larrietan edota pasarte psikotikoetan maizago ematen diren^(6,11). Ospitalean dagoen bitartean, gerta liteke ere emakumeak sintomatologia depresibo esanguratsurik ez erakustea edota sintoma hauek Lehen Mailako Arretako erditze osteko errutinazko kontrolak bukatzean ematea⁽¹⁰⁾. Nekea^(6,10), kexa psikosomatikoak⁽⁷⁾, labilitate emozionala⁽⁶⁾, loaren edota elikaduraren ohituretan asaldurak^(6,7) zein emakumeak adierazitako kezkak⁽¹⁰⁾ umore deprimituaren aurrean lehendabizi erakutsitako sintomak izan daitezke. Beste alarma zeinu bat ere haurra sarritan osasun zerbitzuetara edo larrialdi-zerbitzuetara eramatea izan daiteke^(2,7).

ERDITZE OSTEKO DEPRESIOAREN ETIOLOGIA ETA ARRISKU-FAKTOREAK

Afekzio honen kausa zehazteke geratzen den arren, arrisku-faktore ezberdinak identifikatu dira eritasunaren agerpenean lagun dezaketenak⁽¹⁰⁾. Faktore

fisiologikoen kasuan, esteroide gonadalen eta erditze osteko umore-asalduren arteko erlazioa aztertu da⁽⁸⁾. Aldiz, ez da aldaketa esanguratsurik aurkitu depresioa duten eta ez duten emakumeen hormona-mailetan haurdunaldi- eta puerperio-garaiei dagokionez⁽⁸⁾; tiroide-funtzioaren baitan emandako asaldurek depresioaren agerpenean erantzukizuna izan dezaketela argudiatu da^(8,10) baita haurdunaldi eta erditze ostean emandako prolaktina, kortisola eta triptofano-mailen aldaketa plasmaticoen ere⁽⁸⁾. Hala ere, eritasun honekin harreman estuagoa erakutsi duten faktoreak alor psikosozialean kokatu ohi dira⁽⁶⁾: depresio- edota antsietate-aurrekariak izatea^(6,8,10), erditze osteko depresioaren aurrekariak izatea^(7,10) (hurrengo erditzeetan %10-35eko errepikapen-arriskua deskribatu izan da⁽¹⁰⁾), haurdunaldian zehar garatutako depresioa edota antsietatea⁽⁶⁻⁸⁾ zein fase hauetan zehar bizitako gertakari estresagarriak^(6,8,10) eta amak sumaturiko sostengu sozial gabezia^(6,10) dira sarritan aipaturiko faktore nagusiak; horretaz gain, umore-asalduren familia-historiak⁽⁸⁾, autoestimu baxuak⁽⁶⁾, haurtzaroan pairatutako indarkeriak⁽¹⁰⁾, senide baten banaketak edo heriotzak⁽¹⁰⁾, planifikatu gabeko haurdunaldiak^(6,8,10), konplikazio obstetrikoez^(6,8,10), bikote-harreman disfuntzionalak^(6,8), zein maila sozioekonomiko baxuak^(6,10) emakumea depresioa izateko zaugarriago bilakatzea eragin dezakete ere bai. Edoskitzean eta haurraren zainketan zehar hautemandako zailtasunek^(6,10), haurraren jokaera zailak^(6,8,10) zein amak berak edota haurrak gaixotasunak edo anomaliak izateak^(8,10) eritasun honen agerpenean ere ekarpena egin dezakete.

DETEKZIO-TRESNAK: EDINBURGOKO ERDITZE OSTEKO DEPRESIOAREN ESKALA (EPDS)

Depresioaren detekziorako eskala ezberdinak diseinatu badira ere, eskalarik ezagunena eta sarrien erabilitakoa Edinburgoko Erditze Osteko Depresioaren Eskala da (EPDS, Ingelesez)^(7,8,10,13). Haurdun edota erditze ostean dauden emakumeen sintoma depresiboak detektatzeko diseinatu zen, fase hauetan zehar eman daitezkeen erreakzio psikologiko normal eta patologikoen artean bereizten laguntzeko⁽¹⁰⁾. Pazienteak bete dezakeen galdetegia da^(8,10); Otik 3ra bitarteko puntuazioak bermatzen dituen 10 itemez osaturik, puntuazioa guztira Otik 30erako tarte artean egon daiteke^(8,10), azken 15 egunetan sintomen agerpenik eman denentz aztertzen duelarik⁽¹⁰⁾. Ez dago bat-etortzerik eskala honen ebaketa-puntuaren egokitasunari dagokionez, nahiz eta sarritan 10 edo 10etik gorako eta 13 edo 13tik gorako ebaketa-puntuak erabiltzen diren depresio arinaren eta nagusiaren detekziorako, hurrenez hurren⁽¹³⁾. Eskala honek, ordea,

ez du balio diagnostikorik⁽³⁾. 1987an argitaratu zenetik, hainbat herrialdeetan erabilia izan da⁽⁹⁾, emaginek, erizainek, familia-medikuek, obstetrek zein pediatrek, oro har, aplikatzen dutelarik^(2,7).

ERDITZE OSTEKO DEPRESIOAREN ONDORIOAK

Erditze osteko depresioa pairatu izana etorkizunean depresio-pasarteak izateko atea dela deskribatu izan da^(3,4,7,10,12), emakumearen guraso izateko funtzioan inpaktu negatiboa sortuz⁽⁵⁾. Ondorio hauen magnitudea gaixotasunaren iraupenaren araberkoa litzateke⁽⁹⁾; mundu mailan, erditze ostean emandako suizidio-tasa %20ra ailegatu daitekeela estimatu da^(5,9). Lehen mailako zaintzailearen eta haurraren ziurtasunezko atxikimendua ezinbesteko elementua da azken honen garapena egokia izateko⁽⁷⁾. Depresioa duten ametan zein haien haurretan bestelako atxikimendu motak eta interakzio-arazoak ikusi dira^(2,4,6,7,10,14,15). Highet eta kideek⁽¹⁵⁾ bideraturiko ikerketan, adibidez, azken 5 urteetan zehar erditze osteko depresioa edota antsietatea izandako 28 emakume Australiarrei eginiko elkarrizketak bideratu zituzten, azken hauek asaldurarekin izandako esperientzia pertsonalak batuz. Iraganean depresioa izandako partaideek aipatutako sintoma batzuek, hala nola, emozioetatik deskonektatua sentitzea, dohakabe sentitzea, isolatzeko eta ingurukoengandik ihes egiteko joera izatea maiz zuten ondorio gisa hurrekin interakzioak ez sortzea. Amaren depresioak umearen maila psikomotorrean, kognitiboan, emozionalean edota maila linguistikoan inpaktu negatiboa duela ikusi da^(5-7,10,12). Haurrek erakutsitako arreta zailtasunek^(10,12), jokaera zailek⁽¹⁰⁾ eta nerabezaroan emozioak kudeatzeko arazoek⁽²⁾ epe laburrera eta luzera begirako efektuen inpaktua jartzen dute agerian⁽¹⁾. Bikote-harremanaren ongizatea ere kolokan gera daiteke⁽¹²⁾, bikotekidean depresioa garatzeko arriskua eman ahal delarik^(6,7,12,14) eta guraso deprimituaren eta haurraren artean interakzio positibo urriago eman daitezkeelarik⁽¹²⁾.

JUSTIFIKAZIOA

2015 urtetik aurrera, depresioa mundu osoko populazioaren %4.4ak pairatzen duela estimatzen da⁽¹⁶⁾. Afekzio honen agerpena handituz doa urteetan zehar 2005etik 2015era bitartean depresioarekin bizi den pertsonen kantitatea %18.4 handitu zela estimatzen delarik⁽¹⁶⁾. Erditze ostean azaleratuz gero, osasunean zein giza-funtzionamenduan inpaktu bortitza eragiten duela jakinik, osasun publikorako ardura nagusia bilakatu da^(1,5). Eritasun honen ondorioak nabarmenki aztertu diren arren, paradoxikoa da preeklampsia edota haurdunaldiko diabetesa

baino prebalentzia handiagoa edukitzea eta kasurik larrienetan bakarrik diagnostikatutako gaitza dela ikustea⁽⁹⁾, azpidiagnostikoa eta azpitratamendua nagusi direlarik^(6-9,10). Egoera hau ulertzeko arrazoi ezberdinak planteatu badira ere, laguntza eskatzerakoan maila ezberdinetan zehar kokaturiko oztopoak deskribatzen dira kausa posible bezala^(6,7,10). Laguntza eskatzea bera prozesu dinamikoa da, faktore anitzen ondoriozko elkarreraginak sortua eta fase batzuen bitartez egituratua egon daitekeena⁽¹⁴⁾: osasun-arazoaren gaineko kontzientzia hartzen du banakoak lehendabizi eta askotan hurbileko sare-sozialen inplikazioak jarraitzen dio⁽¹⁴⁾; laguntza profesionalaren beharrezkoa hauteman ostean, arreta formalaren bilaketa sustatuko duten ekintzak eramaten dira aurrera⁽¹⁴⁾. Depresio perinatala tratatu ahal den afekzioa da, haurdunaldi edo erditze ostean zehar identifikazio goiztiarra bermatuz gero⁽⁷⁾. Kasu gehienak Lehen Mailako Arretan izaten dira tratatuak⁽¹⁾. Gaixotasun honen detekzioan paper garrantzitsu bat jokatzeko duen profesionala emagina da⁽⁹⁾; erreferentziazko osasun-langilea da erditze ostean ager litezkeen konplikazio emozionalak atzemateko eta prozesu honetan beharrezkoa izatekotan beste profesional batzuen interbentzioei bide egiteko⁽⁹⁾.

Ebidentzian Oinarrituriko Erizaintza deritzon estrategiaren bitartez erizain oro ebidentzia zientifikoaz, esperientzia klinikoaz eta pazientearen lehentasunak kontuan hartzeaz baliatzen da erabaki klinikoak garatu ahal izateko⁽¹⁷⁾; etengabeko prozesu dinamiko hau paziente-erizain arteko harremanaren bitartez sortua dago, eta bertan sumaturiko arazo edo galdera baten formulatzea, hauxe erantzuteko ebidentzia zientifikoa era kritikoan aztertzea, azken hau eguneroko praktikan inplementatzea eta interbentzio berri horren bitartez lorturiko ondorioak ebaluatzea bezalako jarduerak hartzen ditu bere baitan⁽¹⁷⁾. Beraz, ama izateko trantsizioan zehar gorpuztutako aldaketa emozionalen aurrean emakumeek sumatu ahal dituzten oztopoak aztertzea lagungarria izan daiteke banako hauen osasun-zerbitzuen erabilera deskribatzeko, erditze osteko umore-asaldurei nola erantzuten dieten ulertzeko eta arazo hau abordatuko duten erizainek ebidentzian oinarritutako praktika eguneratuak aplikatu ahal izateko⁽¹²⁾.

HELBURUA

Berrikuspen honen helburua, beraz, hauxe izango da: erditze osteko depresioaren aurrean laguntza profesionala eskatzean emakumeek hautemandako oztopo nagusiak identifikatu.

METODOLOGIA

ERABILITAKO DATU BASEAK ETA BILAKETA EGITEKO ESTRATEGIA

Berrikuspen bibliografiko bat egin da; horretarako osasun-zientzietako datu base ezberdinetan burutu da bilaketa. 2018ko urtarril eta martxo artean eraman zen aurrera, azkenengo bilaketa martxoaren 12an izan zelarik. Hasiera batean erabilitako datu baseak *Pubmed*, *Web of Science (WOS)* eta *Scopus* izan ziren. *Pubmed*en burutu zen lehenengo bilaketa. Lanaren helburuari erantzuteko hitz gako egokien aukeraketa egin zen. Hitz gako horiei loturik “*Medical Subject Headings*” edo MeSH deritzen terminoak bilatu ziren eta lan honen autoreak formulatutako helburuari hobekien egokitzen ziren terminoak barneratu ziren (*Ikusi 1. taula*).

Hitz gakoak	MeSH terminoak	Termino askeak
<i>Erditze osteko depresioa</i>	Depression, Postpartum[MeSH]	-
<i>Laguntza eskatzeko jokamoldea</i>	Help-Seeking Behavior[MeSH] (2016) ¹	“Help Seeking Behavior*” “Help*” “Seek*”
<i>Ezagutaraztea</i>	Disclosure[MeSH]	-
<i>Edinburgoko Erditze Osteko Depresioaren Eskala</i>		“Edinburgh Postnatal Depression Scale”
<i>Osasun arreta</i> ²	Mental Health Services [MeSH] Primary Health Care [MeSH] Postnatal Care [MeSH]	
<i>Profesional paziente arteko harremana</i>	Professional-Patient Relations[MeSH]	
<i>Osasun arretaren onarpena</i>	Patient Acceptance of Health Care[MeSH]	-
<i>Erizaina, erizaintza (erizain*)</i>	Nurs*[MeSH]	

1. taula: hitz gakoak, MeSH terminoak eta termino askeak. Iturria: norberak egina.

2. *taulan* ikusiko den bezalaxe, termino guztien konbinazioa egiteko *AND* eta *OR* operadore boolearrak erabili ziren, azken hauen lotura logikoa bermatzeko eta pareko esanahia eduki zezaketen terminoen arteko konbinaketa burutzeko, hurrenez hurren. Hitz batzuetan *trunkamendua* (*) bezalako erreminta txertatzea ere baliagarria izan zen hitz zehatz batekin eraiki daitezkeen termino guztiak

¹*Help Seeking Behavior* deritzon terminoa MeSH termino gisa kontsideratu zen 2016tik aurrera; aldeztatik termino horretaz baliaturiko artikulua bilaketan lortzeko asmoz, *trunkamendun* termino aske gisa ere txertatu da.

²Osasun-arretaren espezialitate maila ezberdinak bilaketa estrategikoan islaturik egon zitezen, *Mental Health Services*, *Primary Health Care* eta *Postnatal Care* MeSH terminoak barneratu dira.

bilaketan islaturik gera zitezen. Datu-base bakoitzean eginiko bilaketa zehatza, 1. *eranskinean* ikus daiteke.



2. taula: bilaketarako aukeratutako terminoen konbinazio orokorra. Iturria: norberak egina.

IKERKETEN AUKERAKETA EGITEKO IRIZPIDEAK

Bilaketa mugatzeko helburuarekin, hizkuntzari dagozkion (Gaztelaniaz eta Ingelesez), denbora-tarteari dagozkion (azken 10 urteak) iragazkiak ezarri ziren datu-baseetan. Horretaz gain, *Pubmed* eta *Scopusen* bilaketa gizakietara edota emakumeetara mugatzeko iragazkia ere ezarri zen. Azken hauek aplikatuta, autoreak artikuluen aukeraketa zehaztuko zituzten kanpo-eta barne irizpideak ezarri zituen (*Ikusi 3. taula*).

Barne-irizpideak	Kanpo-irizpideak
<ul style="list-style-type: none"> • Gaztelaniazko edo Ingelesezko artikulua. • Azken 10 urteetan argitaratutako lanak (2008-2018). • Ikerketa kualitatiboak eta kuantitatiboak. • Erditze osteko garaian dauden emakumeetan eginiko ikerketak. • Erditze osteko depresioa soilik ikertzen duten lanak. • Erditze osteko depresioaren diagnostiko klinikoa jasotako edota <i>EPDSn</i> 10etik gorako puntuaketa izandakoak. • Edozein herrialdetan eginiko ikerketak. • Edozein lagin-kopurua duten ikerketak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Haurdun dauden edo haurrik ez duten emakume deprimituetan eginiko lanak. • Erditze osteko depresioaren kasuak detektatzeko <i>EPDS</i> ez den beste eskala bat erabilitako ikerketak. • Erditze osteko depresioa ez den beste asaldura bat lanaren ardatz izatea (antsietatea, psikosia etab.) • Kalitate metodologikoari dagokionez, iritzi-artikuluak edo kasu klinikoak.

3. taula: lanen aukeraketarako ezarritako barne-eta kanpo-irizpideak. Iturria: norberak egina.

Artikuluen azterketa autoreak berak burutu zuen. Lehenik eta behin, bilaketa estrategikoan zehar lortutako artikuluko guztien titulua eta laburpena irakurri zen. Aurretik ezarritako barne-irizpideak betetzen bazituen bereganatu edo autoreei zuzeneko eskaera eginez eskuratu zen. Artikuluak baztertzeko ohiko arrazoiak hauek izan ziren: erditze osteko diagnostiko klinikoak ez jasotako banakoak eta hauxe detektatzeko eskalarik ez erabiltzea, *EPDS* ez zen bestelako eskala baten erabilpena, *EPDS* erabiltzekotan 9tik gorako ebaketa-puntuak ezartzea³, erditze osteko depresioa ez zen beste afekzio bat ikerketaren ardatz izatea, eritasun honen tratamenduz soilik jardutea edota laguntza eskatzeko jokaeraz ziharduten baina prozesu honetan sumaturiko oztopoak aztertzen ez zituzten lanak izatea. Ondoren, “*Critical Appraisal Skills Programme*” edo *CASPe* txantiloien gidalerroaz baliaturik irakurketa kritikoari heldu zitzaion^(18,19).

EMAITZAK

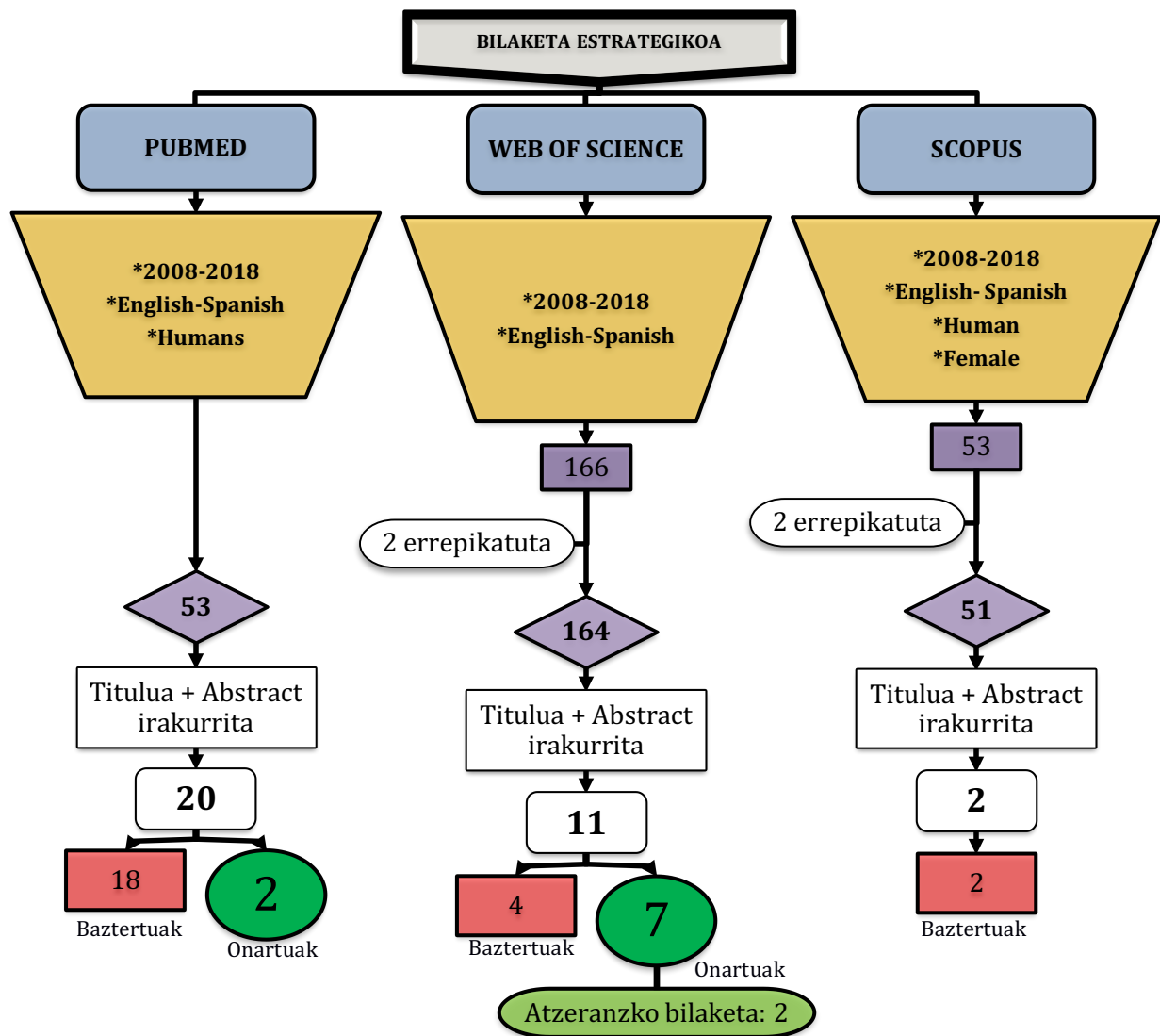
Pubmed, *Web Of Science* eta *Scopus* datu baseetan egindako bilaketek 278 artikuluko emaitza eman zuten guztira. *Scopus*en kasuan, ez zen artikuluko gehigarrik aurkitu, aurreko datu baseetan lortutako eta baztertutako ikerketen errepikapenak nagusi zirelako edota helburuari erantzuteko barne-eta kanpo-irizpideekin bat ez zetozen lanak zirelako. Barneraturiko azterlanen gehiengoak diseinu kualitatiboan oinarrituriko ikerketa originalek^(1,2,12,20-23) diseinu kualitatiboan zein kuantitatiboan oinarrituriko berrikuspen sistematikoek^(5,24), eta meta-etnografian oinarrituriko meta-sintesiak^(25,26) osatzen zuten. Hautatutako berrikuspen sistematikoek^(5,24) barneratzen zituzten artikuluen erabilpena saihesteko asmoz azken hauen bibliografia eta ikerketa berrienen data berrikusi zen, lan honek ebidentzia berriagoa eta gaiari loturiko eztabaida gaurkotua eskainiko duela bermatuz; *atzeranzko bilaketaren* prozesua ikerketa gehiago lortzeko asmoz burutu zen; meta-etnografian oinarrituriko meta-sintesiari dagokionez⁴, esan beharra dago ez zela honen gaineko irakurketa kritikorako gidalerro zehatzik aurkitu. Ikerketa kualitatibo batzuek^(21,22,23) *Teoria fundamentatua* erabiltzen zuten metodologia gisa; honen gaineko informazio gehiago 3. *eranskinean* irakur daiteke.

Laburbilduz, deskribatutako ekintzak burututa, 11 artikuluko erabili ziren lanerako.

1. *irudian*, bilaketaren prozesua azaltzen duen fluxu-diagrama ikus daiteke.

³*EPDS* eskalan 9 bezalako ebaketa-puntua erabiltzen dituzten ikerketak baztertu dira, oro har, lehen aipatu den bezala 10 edo 10etik eta 13 edo 13tik gorakoak erabiltzen direlako depresio arina zein nagusia detektatzeko ebaketa-puntu gisa⁽¹³⁾.

⁴Meta-sintesia zein meta-etnografia deritzen diseinuen inguruko informazioa 2. *eranskinean* irakur daiteke.



1.irudia: bilaketa estrategikoaren fluxu-diagrama. Iturria: norberak egina.

Jarraian, emaitzetan barneraturiko artikuluen laburpen-taulak aurkezten dira (ikusi 4. taula):

4. taula: emaitzen laburpen-eta. Iturria: norberak egina.

Autoreak, urtea, herrialdea eta diseinua	Lagina eta bere ezaugarriak	Interbentzioak, jarraipen-denbora eta jorratutako gaiak	Emaitza nagusiak
<p>Chew-Graham CA et al⁽¹⁾</p> <p>2009</p> <p>Erresuma Batua</p> <p>Ikerketa kualitatiboa</p>	<p>28 emakume, 19 familia-mediku eta 14 osasun-bisitari.</p> <p>Tratamendu antidepressiboa eta etxez-etxe arreta konparatzen zituen ausazko entsegu kontrolatu baten partaideak.</p> <p>Osasun mentalaren egoera: erditze osteko depresioaren diagnostikoa.</p>	<p>Elkarrizketa sakon-indibidualak.</p> <p>Osasun-profesionalak: lantokietan, 2006ko urtarriletik 2007ko otsaila arte. 25-67 minutuko iraupena.</p> <p>Emakumeak: etxean (n=26) edo telefonoz (n=2), 2006ko azarotik 2007ko ekaina arte, 40-120 minutuko iraupena.</p> <p>Identifikaturiko gaiak: emakumeek arreta jasotzeko sumaturiko oztopoak eta osasun-profesionalak asaldura detektatzeko erabilitako mekanismoak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Langilearen aurrean "ama txarra" ikusia izateko edota hauraren zaintza gizarte zerbitzuen eskutik galtzeko beldurrak arazo emozionalak konpartitzea eragozten ziren. Antidepressiboak tratamendu gisa jasoko zutela aurreikustea ere arreta formala ez onartzeko arrazoia zen. Aurrekari depresiboak izandako emakumezkoek, ordea, joera gehiago erakusten zuten profesionalekin arazo emozionalak konpartitzeko.</p> <p>Osasun-sistemaren eragina eta profesionalen jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Depresioaren maneiuaren aurrean langileek erakutsitako funtzioa mugatua zela eta entzuteko prestutasunik ez zutela adierazten zuten amaberriek. Itxaronaldi luzeengatik berehalako arreta jasotzeko ezintasuna ere oztopo gisa identifikatzen zuten.</p>
<p>Delaney AM et al⁽²⁾</p> <p>2015</p> <p>Ameriketako Estatu Batuak</p> <p>Ikerketa kualitatiboa</p>	<p>92 emakume.</p> <p>Media: 23.5 urte.</p> <p>Arraza edo etnia: %65 Afroamerikarra, %26 Latinoamerikarra eta %5 Kaukasoa.</p> <p>Ikasketa maila: %82ak bigarren mailako hezkuntza bukatua.</p> <p>Osasun mentalaren egoera: erditze osteko depresioaren diagnostikoa partaide batzuetan.</p> <p>20 osasun profesional: %5 familia-medikuak, %50 pediatriak, %45 obstetrak, %20 emaginak eta %15 erizainak.</p>	<p>8-12 emakumez osaturiko 11 talde-eztabaida. 90-120 minutuko iraupena.</p> <p>Osasun-profesionalen kasuan, telefono bidezko elkarrizketa erdi-egituratu eta indibidualak.</p> <p>Identifikaturiko gaiak: depresioaren sintoma arinen gailentzea, erreakzio normalen eta patologikoen artean bereizteko zailtasunak, amek garatutako defentsa-mekanismo indibidualak eta langileek erabilitako detekzio-metodoak.</p>	<p>Emakumeen jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Gehienek erditze ostean gara zitezkeen eritasunen gaineko ezagutza urria zutela onartzen zuten, normalak eta patologikoak izan zitezkeen erreakzioen arteko bereizketa egiteko zailtasunak izanik eta bizitako estresa, tristura edo erruduntasun-sentimenduak normalizatu.</p> <p>Familiaren jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Amaberriek senideen sostengua lehenesten zuten egoera estresagarriei aurre egiteko, hauengandik erditze osteko depresioaren gaineko informazioa jasoz. Senideek depresioaren aurrean erakutsitako ezagutza mugatuak amek erakutsitako umore aldaketak normalizatzea eragiten zien.</p> <p>Osasun-sistemaren eragina eta profesionalen jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Amak erakutsitako sintoma depresiboak normalizatzea emakumei asalduraz kontziente ez izatea eragiten zien.</p>
<p>Bell L et al⁽¹²⁾</p> <p>2016</p> <p>Kanada</p> <p>Ikerketa kualitatiboa</p>	<p>30 bikote heterosexual.</p> <p>Ikerketa kualitatibo handiago baten partaideak.</p> <p>Emakumeen media: 32.5 urte.</p> <p>Gizonen media: 35 urte.</p> <p>Ikasketa-maila: emakumeen %60ak eta gizonen %45ak unibertsitate mailako ikasketak eginak.</p> <p>EPDS eskala: erditze osteko 1. astetik 6. hilabeteen zeuden amaberriei aplikatua, 12tik gorako puntuazioa positibotzat hartuz, 14,8 eta 9,6 izan zen batez besteko puntuazioa errekrutatze eta elkarrizketa uneetan.</p> <p>Osasun mentaleko asalduren aurrekariak: emakumeen %20.</p>	<p>Elkarrizketa indibidual eta erdi-egituratuak, EPDS galdetegia betearaztearekin batera, partaideen etxebizitzetan. 45-90 minutuko iraupena.</p> <p>Identifikaturiko gaiak: emakume zein bikotekideek osasun mentaleko arreta jasotzeko sumaturiko oztopoak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Gaixotasun mentalei loturiko estigmak laguntza eskatzeko oztopo legez jarduten zuten. Amek bizitako erreakzio emozionalen jatorrian depresioa egon zitekeela identifikatzeko zailtasunak sumatzen zituzten. Oztopo hau handiago bilakatzen zen sintomak era espontaneoan edo arreta profesionalaren beharrik gabe desagertuko zirela uste izatean, asaldura laguntza profesional barik maneiatzea nahiago zutelarik.</p> <p>Familiaren jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Emakumeen %35ek familia arreta formala eskatzea errazten zuten faktore gisa identifikatzen zuten; %11.7rentzat, aldiz, faktore oztopatzaile legez jarduten zuten, amaren egoera emozionalaren aurrean ulermen murrizta edo sostengu gutxi eskaintzeagatik.</p> <p>Osasun-sistemaren eragina eta profesionalen jokaera depresioaren aurrean:</p> <p>Arretaren kostu ekonomikoa, itxaronaldi luzeak eta kontsultaren iraupen-denbora laburrak oztopo gisa identifikatzen zituzten. Kultura aldetik sentikorra, fidagarria eta laguntza emateko prestutasuna erakutsitako mediku edo erizaina arreta eskaintzeko banako egokia zela adierazi zuten partaideek.</p>

4. taula: emaitzen laburpen-taula. Iturria: norberak egina.

Autoreak, urtea, herrialdea eta diseinua	Lagina eta bere ezaugarriak	Interbentzioak, jarraipen-denbora eta jorratutako gaiak	Emaitza nagusiak
<p>Henshaw EJ et al⁽²⁰⁾</p> <p>2016 Ameriketako Estatu Batuak Ikerketa kualitatiboa</p>	<p>16 bikote heterosexual eta bikote gabeko 7 emakume (n=39), ikerketa prospektibo longitudinal baten partaideak. Media: 29.5 urte. Egoera sozioekonomikoa: maila sozioekonomiko altua. Partaide gehienek etxetik kanpo egiten zuten lan. Arraza edo etnia: 3 arraza beltzekoak eta 36 arraza zurikoak. EPDS eskala: ebaketa-puntua 10ean ezarri zen. 27 emakumee 10etik gorako eta 12k 10etik beherako puntuazioa atera zuten.</p>	<p>Elkarrizketa indibidual eta erdi-egituratuak <i>EPDS</i> eskala betetzearekin batera, partaideen etxebizitzetan edo nahiago izandako lekuetan. 30-70 minutuko iraupena.</p> <p>Identifikaturiko gaiak: erditze osteko depresioaren kontzeptualizazioa eta bikote-barnean asaldura maneiatzeko erabilitako estrategiak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean: Sintomak behin-behinekoak bezala ikusteak arreta formala eskatzea eragozten zuen. Arreta profesionala jasotzea estigma, ahultasuna edo porrotarekin erlazionatzen zuten.</p> <p>Bikotearen jokaera depresioaren aurrean: Amek bikote zein senideengana jotzen zuten emozio negatiboak mintzatzeko eta erreakzio horiek normalak zirentz galdetzeko. Bikoteek arreta formala jasotzearen gaineko errefusa adierazten zuten, azken hau porrota bezala ikusiz eta asalduraren kudeaketa pertsonala lehenetsiz, nahiz eta maiz hauxe maneiatzeko ezagutza eta erreminta gutxi zituztela argudiatu.</p>
<p>Rojas G et al⁽²¹⁾</p> <p>2015 Txile Teoria fundamentatua oinarritutako lan kualitatiboa</p>	<p>38 emakume eta osasun profesional, Santiago de Txilen kokaturiko Lehen Mailako Arretako 6 zentrotik errekrutatutako eta beste ikerketa zabalago baten partaideak. 20 emakume: Media: 28.4 urte. Egoera zibila: %65 ezkongabe. Egoera sozioekonomikoa: %70ak etxean lan egin. Osasun mentalaren egoera: erditze osteko depresioaren diagnostikoa jasoa. Depresio-aurrekariak: %65. EPDS eskala: 17.2.</p> <p>18 osasun-profesional: %22.2 medikuak, %27.8 emaginak, %22.2 erizainak, %27.8 psikologoak.</p>	<p>Elkarrizketa erdi-egituratuak, 2013ko martxotik apirilera bitartean bideratuak eta 45 minutuko iraupenezkoak. Ikerketak ez du zehazten emakumek eta profesionalak batera elkarrizketatu zituztenentz.</p> <p>Identifikaturiko gaiak: amek arreta eskatzeko sumaturiko oztupoak eta langileek depresioaren detekzioarako erabilitako estrategiak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean: Erditze ostean izandako emozio negatiboengatik errudun sentitzen ziren, haien buruak "ama txarra" bezala izendatuz. Zailtasunak sumatzen zituzten emozio horiek asaldura baten ondorioz sortuak zirela ohartzeko. Batzuek tratamenduaren beharrezan aipatzen bazuten ere, beste batzuek, ordea, depresioa arreta profesional barik sendatzen zela argudiatzen zuten. Umearen zaintza galtzeko beldurrak osasun-langileengana jotzea eragozten zuen. Depresio-aurrekariak izatea arreta profesionala onartzeko faktore lagungarria zela adierazten zuten.</p> <p>Familiaren jokaera depresioaren aurrean: Sostenguzko sareen gabeziak edo senideen errefusari beldurrak osasun arreta eskatzea oztopatzen zuen; gertukoengandik egoera emozionalaren inguruko feedback jasotzea, ordea, laguntza profesionala eskatzea ahalbidetzen zuen faktore gisa identifikatzen zuten amek.</p> <p>Osasun-profesionalen jokaera depresioaren aurrean: Lehen Mailako Arretako langileekiko konfiantza izateak kontsultan haien emozioaz mintzatea laguntzen zien.</p>
<p>Patel S et al⁽²²⁾</p> <p>2013 Erresuma Batua T. fundamentatua oinarritutako lan kualitatiboa</p>	<p>11 emakume. Media: 29.4 urte. Arraza edo etnia: zuri Britainiarrak. Osasun mentalaren egoera: erditze osteko depresioaren diagnostiko klinikoa jasoa, haurdunaldian/erditze ostean mantendutako depresioa edo <i>EPDS</i>n 10etik gorako puntuazioa izatea ezarri ziren barne-irizpide legeez. EPDS eskala: 12-23 puntu artekoa.</p>	<p>Elkarrizketa indibidual eta erdi-egituratuak, 2010eko irailetik 2011 apiril artean burutuak eta 45-83 minutuko iraupenezkoak.</p> <p>Identifikaturiko gaiak: depresioaren kontzientzia hartzeko sumaturiko oztupoak eta diagnostikoak sortutako erreakzioak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean: Depresio-aurrekariak ez izandako emakumee zailtasunak zituzten sumaturiko umore aldaketek asaldura batean jatorria zutela ulertzeko, erreakzio normal eta patologikoen arteko bereizketa egitea ere oztopo gisa identifikatzen zutelarik. Horren ordez, sintoma hauek gutxiesteko joera erakusten zuten. Sintomak larriago bilakatzean arreta profesionala eskatzeko joera gehiago erakusten zuten. Erditze osteko depresioaren diagnostiko klinikoa jasotzeak erreakzio bikoitza sortzen zuen partaideetan; emozio negatiboan berezko oinarria identifikatzen laguntzen zien baina gaixotasun mentalei atxikitako estigma handiagotzen zuen, gainerakoan aurrean "ahula" ikusia izateko beldurra eta asalduraz gertukoekin mintzatzeko zailtasunak nabarmentzen zirelarik. Depresio-aurrekariak izandakoekin diagnostikoa eta tratamendua errazago onartzen zuten.</p>
<p>Lam E et al⁽²³⁾</p> <p>2012 Erresuma Batua T. fundamentatua oinarritutako lan kualitatiboa</p>	<p>8 emakume Txinatar elebidun edo elebakarrak. Adina: 24-34 urte. EPDS eskala: 10etik gorako ebaketa-puntua ezarri, 3 emakumee 11, 11 eta 17 puntu atera zituzten. Erditze osteko 4. astetik 9. hilabete artean zeuden.</p>	<p>Elkarrizketa indibidual eta erdi-egituratuak, partaide bakoitzak nahiago izandako hizkuntzan. Identifikaturiko gaiak: isolamendu soziala, emozioen adierazpena saihestea eta erditze osteko tradizio kulturalak.</p>	<p>Emakumeen jokaera emozio negatiboaren aurrean: Umore baxuko oneak bizitzen zituztela onartu arren, gertukoentzat zama ez izateko esperientzia negatiboan inguruaz hitz egitea saihesten zuten.</p> <p>Familiaren eragina erditze ostean: Gertukoaren sostengua zen lehenetsitako laguntza-iturria. Hau eduki ezean, isolamendua sumatzen zuten, amaberri elebakarrek bereziki adierazten zutena.</p>

4.taula: emaitzen laburpen-taula. Iturria: norberak egina.

Autoreak, urtea, herrialdea eta diseinua	Lagina eta bere ezaugarriak	Interbentzioak, jarraipen-denbora eta jorratutako gaiak	Emaitza nagusiak
<p>Hansotte E et al⁽⁵⁾</p> <p>2017 Ameriketako Estatu Batuak Berrikuspun sistematikoa</p>	<p>Diseinu mota ezberdineko 18 ikerketa barneratu ziren, 2004-2015 artean publikatuak.</p> <p>Erabilitako datu-baseak: Pubmed eta EBSCO.</p> <p>Lagina: mendebaldeko herrialdeetan bizitako maila sozioekonomiko baxuko emakumeak.</p>	<p>Aztertutako gaiak: osasun-arreta jasotzeko oztopoak, hala nola, estigma, arraza, amatasunaren inguruko pertzepzioa, hizkuntza-oztopoak, atzerritar-egoera eta erlijioaren zein osasun-profesionalen eragina.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean: Depresioaren berezko sintomen gaineko ezagutza urriak gaixotasunaz jabetzea zailtzen zuen. Berrikuspenean barneraturiko ikerketa ezberdinetan tristura bezalako sentimenduak haurra jaio osteko erreakzio arrunt gisa deskribatzen zituzten partaideek. Estigma eta haurraren zaintza galtzeko beldurrak osasun-arreta onartzea eragozten zuen, aurrekari psikiatrikoak izandako emakumezkoetan, ordea, laguntza profesionala sarriago onartzen zelarik. Era berean, eskuragarri zeuden arreta-baliabideen gaineko ezagupen ezak ere laguntza profesionala jasotzea eragozten zuen.</p> <p>Familiaren jokaera depresioaren aurrean: Sostengu informala lehenetsiz, depresioa profesionalen esku-sartze barik maneiatzea nahiago zuten emakumeek.</p> <p>Osasun-sistemaren eragina eta profesionalen jokaera depresioaren aurrean: Langileengandik baztertuak sentitzeak zein azken hauek sentikortasun kulturalik ez izateak eta arretaren kostu ekonomikoak oztopo legez jarduten zuten.</p>
<p>Hadfield H et al⁽²⁴⁾</p> <p>2017 Erresuma Batua Berrikuspun sistematikoa</p>	<p>Ikerketa kualitatiboak zein metodologia mistoko 17 artikulua barneratu ziren, 2004-2015 urte artean publikatuak.</p> <p>Erabilitako datu-baseak: CINAHL, MEDLINE, Pubmed, Ovid eta Web Of Science</p> <p>Lagina: 18-45 urte arteko maila sozioekonomiko ezberdineko emakumeak.</p>	<p>Aztertutako gaiak: laguntza eskatzeko prozesua, laguntza bila joatean edota onartzean hautemandako oztopoak eta jasotako arreta profesionalek gehien baloraturiko elementuak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean: Estigma, lotsa zein beldurra gisako sentimenduen arazo emozionalak konpartitzea eragozten zien, haien buruak "ahul" edo "ama txarra" bezala irudikatzen zituztelarik. Depresioaren gaineko ezagutza ezak asalduraz kontziente izatea eragozten zien, baita eskuragarri zegoen osasun-arreta ez ezagutzea faktore oztopatzailea zen ere.</p> <p>Familiaren jokaera depresioaren aurrean: Lehenetsitako laguntza-iturria izan arren, azken honek depresioaren inguruan izandako jakintza murrizak eragina zuen amaberriak sintomen inguruan egindako interpretazioan.</p> <p>Osasun-sistemaren eragina eta profesionalen jokaera depresioaren aurrean: Profesionalen esku-sartzea ez zen maiz lagungarri ikusten. Azken hauek sintomen aurrean erakutsitako jokaera normalizatzaile edo baztertzaleak kontsultan kezka emozionalaz ez mintzatzea eragiten zien amei; harreman terapeutikoaren oinarri konfidentziala eta emozioak partekatzeak konfiantza helaraztea, ordea, langileengandik hobetsitako jokaerak ziren, osasun-arreta onartzea bermatuz.</p>
<p>Schmied V et al⁽²⁵⁾</p> <p>2017 Australia Meta-etnografian oinarritutako meta-sintesia</p>	<p>15 artikuluetan argitaraturiko 12 ikerketa barneratu ziren, 1999-2015 artean publikatuak.</p> <p>Erabilitako datu-baseak: CINAHL, MEDLINE, EMBASE, PsycInfo eta Scopus.</p> <p>Lagina: 2 urtetik 40 urtera bitartean mendebaldeko herrialde ezberdinetan bizi ziren Erdialdeko Amerikako, Hego Amerikako, Karibeko, Asiako, Afrikako eta Ekialde Hurbileko emakumeak.</p> <p>Osasun mentalaren egoera: erditze osteko depresioaren diagnostikoa jasoa edo afekzio honen zenbait sintoma.</p>	<p>Aztertutako gaiak: erditze osteko depresioaren testuinguru politiko eta soziokulturala, estigmaren eragina, laguntza eskatzeko prozesuan sumaturiko oztopoak eta eritasunari aurre egiteko emakumeek garaturiko estrategiak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean: Tristura edo etsipen-sentimenduak nabaritzean, gainerakoen eskutik "zoroa" etiketa jasotzea saihesteko, emakumezkoek sintoma depresiboak ezkatutzeko edo baztertzeko joera erakusten zuten. Sintomak afekzio batean oinarri zutela ez jabetzeak, depresioa era espontaneoan desagertuko zenaren usteak edota arreta eskuragarria ez ezagutzeak laguntza ez eskatzea eragiten zuten.</p> <p>Familiaren jokaera eta kulturaren eragina depresioaren kudeaketan: Senide eta gainerako sare-sozialak urrun izateak oinarritzko sostengua galtzea eragiten zien. Kultura batzuetan osasun mentaleko arazoaren aurrean arreta formala eskatzea onartezina zen.</p> <p>Osasun-profesionalen jokaera depresioaren aurrean: Arazo fisikoak soilik tratatzen zituen langile gisa ikusirik, harekin emozioaz mintzatzeko zailtasunak identifikatzen ziren oztopo legez; profesionalen eskuragarritasuna eta eraginkortasuna, ordea, faktore lagungarriak ziren arretaren onarpenerako.</p>
<p>Wittkowski A et al⁽²⁶⁾</p> <p>2017 Erresuma Batua Meta-etnografian oinarritutako meta-sintesia</p>	<p>Diseinu kualitatiboko 16 ikerketa barneratu ziren, 1996-2011 artean publikatuak.</p> <p>Erabilitako datu-baseak: CINAHL, MEDLINE, PsycInfo eta EMBASE.</p> <p>Lagina: mendebaldeko herrialdeetan bizi ziren eta erditze osteko depresioa zuten emakume migratuak.</p>	<p>Aztertutako gaiak: migrazio-faktoreak, kulturaren eragina, osasun-arretaren bilaketan sumaturiko oztopoak eta depresioari aurre egiteko garaturiko estrategiak.</p>	<p>Emakumearen jokaera depresioaren aurrean: Emozioak eritasun batean jatorria zutela jabetzeko arazoak aipatzen zituzten, sintomak amatasunaren baitan erreakzio normalak zirela argudiatuz, azken hauei garrantzia kenduz edota ezkatutak. Estigmak edota haurraren zaintza galtzeak ere oztopo gisa jarduten zuten.</p> <p>Familiaren eta kulturaren eragina depresioaren aurrean: Familia urrun izateak isolaturik sentitzea eta sostengu urria sumatzea eragiten zuen. Ezohiko ohitura zen hainbatetan testuinguru pribatutik kanpo buru-osasunaz eztabaidatzea.</p> <p>Osasun-profesionalen jokaera depresioaren aurrean: Gaitz fisikoak soilik tratatzen zituzten profesionalak bezala ikusten zituzten amaberriek.</p>

Emaitzetan erabilitako ikerketen azterketa sakonaren prozesua behin burututa, lan honen ardatz bezala hartutako helburua bere osotasunean ulertzeko, atal gehigarri hauen aipamena egiteko nahia sortu da:

GAIXOTASUNAREN INGURUAN EMAKUMEEK ETA BERE GERTUKOEK ERAIKITAKO IKUSPEGIA

Emakumeek maiz gertukoengana jotzen zuten edo jotzea lehenesten zuten depresioaren inguruko informazioa jasotzeko eta emozio negatiboak normalak zirenentz galdetzeko^(2,12,20,21,24). Partaide batzuentzat, erditze osteko depresioa muturreko sintomaz sortutako ezohiko asaldura zen, negar kontsolaezina, haurra mintzeko pentsamendu intrusiboak, haien buruak ez zaintzea edo eguneroko jarduerak egiteko gaitasun eza nagusi zirelarik^(2,20). Hauek agertu ezean, arazorik existitzen ez zela pentsatzea eragiten zien⁽²⁾. Henshaw eta kideek⁽²⁰⁾ agerian utzi zuten bezala, depresioa muturreko sintomekin irudikaturiko amek zailtasun gehiago zuten nabaritutako ezinegon emozionala patologia baten ondoriozkoa zela konturatzeko, *EPDS* eskalan puntuazio altuagoak ateraz. Era berean, errealitatearekin bat ez datorren asalduraren irudikapenek familiaren eskutik patologikoak izan daitezkeen emakumearen erreakzioak normalizatzean lagun zezaketen^(2,12,20,24).

ERDITZE OSTEKO DEPRESIOAREN ESPERIENTZIA MIGRATU DUTEN EMAKUMEETAN EDOTA ERREFUXIATUETAN

Migratua duten emakume edota errefuxiatuen esperientziak ardatz zituzten ikerketetan^(5,23,25,26) herrialde berri batera mugitzean bizitako hainbat egoera kokatzen ziren asalduraren agerpenerako erabakigarriak. Lehenik eta behin, Wittkowski eta kideek⁽²⁶⁾ eginiko lanean utzitako hausnarketan adierazten den bezalaxe, migrazioa motibatutako arrazoiei erreparatzeak, (jatorrizko herrialdean autoritateek bideraturiko modu ezberdinetako errepresioa pairatu izana, adibidez) sisteman finkaturiko zerbitzuen erabileraren aurrean emakumezkoek adierazitako errefusa ulertzea lagun zezakeen. Osasun-sisteman edota komunitatean eskuragarri zeuden arreta-zerbitzuen ezagutza urria izateari hizkuntzarekin loturiko oztopoak gehitzen zitzaizkion, profesionalekin komunikatzea zailduz^(5,23,25,26). Hau larriago bilakatzen zen migrazio estatus ezegonkorra izatean^(5,23) zein baldintza sozioekonomiko kaskarrei aurre egin behar izatean^(5,25,26), sintoma depresiboak agertzeko arriskua handiagotuz. Familia urrun izateak sostengu iturri nagusia galtzea eta jatorrizko herrialdean aurrera eramandako praktika kulturalak alde batera utzi behar izatea eragiten zien amei,

isolamendua eta bakardadea nagusi izanik^(5,23,25,26). Partaideen jatorrizko herrialdeen kulturetan, amatasuna ospakizunez eta tradizioz betetako gertakari sozial esanguratsu gisa kontzeptualizatzen da, non haurraren zein amaberriaren zaintzaren erantzukizuna era kolektiboan burutzen den^(23,25). Osasun-profesionalen aholkua jarraitu beharrak eta tradizio kulturalak burutu nahiak, ordea, barne-gatazka bilakatzen zen emakume askorentzat^(5,23,26). Asalduraren definizioari erreparatuta, migraturiko emakumeentzat erditze osteko depresioa mendebaldeko herrialdeetan soilik garatzen zen asaldura zen, haien kulturaren aintzatetsia ez zegoena^(25,26). Laburbilduz, kulturaren eraikitako itzaropenak, erritualak, balore zein arauak amen laguntza eskatzeko jokaeran islatuta geratzen ziren⁽²⁶⁾.

PROFESIONALEK DEPRESIOA DETEKTATZEKO ERABILITAKO MEKANISMOAK ETA PROZESUAN SUMATUTAKO OZTOPOAK

Zenbait ikerketetan ere osasun-profesionalen testigantza biltzen zen, depresioaz zeukaten ikuspegia eta diagnostikatzeko orduan sumaturiko zailtasunak helaraziz^(1,2,21). Batzuek EPDS eskala detekzio-tresna baliagarri gisa hartzen zuten arren⁽²¹⁾, pazientearen ebaluatzeko estrategia informalak erabiltzen zituzten maiz^(1,2,21), hala nola, amaren itxura fisiko eta emozionalari erreparatzea^(2,21), ama-haurraren arteko interakzioa behatzea^(2,21) egoera emozionalaren gaia erantzun irekiko galderen bidez aboratzzea⁽²⁾ edota Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren 10. berrikuspenean (GNS-10) deskribatutako irizpide diagnostikoei arreta jartzea⁽²¹⁾. Delaney eta kideek⁽²⁾ bideraturiko ikerketan, elkarriketatutako 20 langiletik bik ohiko errutinan baheketa egiteko metodo formalak erabiltzen zituztela adierazten zuten, eta azken hauetatik batek asaldura mental baten aurrean egoteko susmoa zuenean erabiltzen zuten soilik. Detekzio eta diagnostikoan zehar oztopo anitz ere identifikatzen zituzten, hala nola, emakumeari eskainitako arreta denbora laburra izatea^(1,2), asaldura mentalak identifikatzeko formakuntza gabezia⁽²⁾, depresioa identifikatuta, gaia pazientearekin aboratzeko zailtasunak izatea⁽²⁾, sintomak tratatzeko interbentzio formalik beharrezkoa zenentz zalantzatzea⁽¹⁾, edota medikazioa ez den beste terapia mota bat eskaintzeko aukerarik ez egotea^(1,2). Azken kontu hau gatazka etikoa bilaka zitekeen, tratamendua ordaindu ezingo luketen emakumeei arreta ematean, bereziki⁽²⁾.

EMAKUMEEK EGOERARI AURRE EGITEKO GARATURIKO ESTRATEGIAK

Sintoma depresiboen gaineko maneian zehar, emakumeek mota ezberdineko estrategiak aipatzen zituzten^(2,5,20,24-26). Haurra eta honen beharrak lehenesten saiatzea zen ohiko jokaera bat^(20,25,26). Depresioaren gainean informatzea⁽²⁶⁾, errealitatearen gainean eraikitako itxaropenak aldatzea^(24,25), emozioen introspektzioa burutzea⁽²⁵⁾, zailtasunaz eztabaidatzea ekiditea⁽²⁶⁾, jarrera positiboa mantentzea^(5,26), negar egitea⁽²⁾ eta eguneroko ekintzetan aldaketak burutzea zein lanera bueltatzea⁽²⁵⁾ ziren, oro har, partaideek aipaturiko estrategietako batzuk. Lan batzuek erlijioa azpimarratzen zuten emakumeen lehenetsutako praktika legez^(2,5,25,26); nahiz eta parte-hartzaile batzuentzat erlijioa sintoma depresiboak maneiatzeko indar-iturria izan^(2,5,25,26), beste batzuetan oztopo bilaka zitekeen, sintomak onartu eta hauekin bizitzea ideia nagusi zenean, bereziki, laguntza eskatzea zailduz⁽⁵⁾. Estrategia indibidualez gain, irtenbide kolektiboak ere aipatzen ziren, hala nola, gertukoekin zein komunitate-mailan eskaintako sostengua bilatzea^(5,25,26). Haien depresioaren etiologia isolamenduzko edo bakardadezko egoeretan jatorria zuela argudiatzeko emakumezkoentzat azken irtenbide hau zen garrantzitsua⁽²⁶⁾. Egoera berean zeuden pertsonak ezagutzea eta hauekin hitz egitea⁽²⁵⁾ ekintza aberasgarriak bezala irudikatzen zituzten ere bai. Migratua zuten amek, bereziki, ohitura gehiago zuten komunitate mailan kokaturiko eta hizkuntzarekin, kulturarekin edo migratu berri duten pertsonarekin erlazioaturiko espazioetara jotzeko laguntza bila^(25,26).

EZTABAIDA

Lan honen helburuari eutsiz, zenbait ikerketen azterketa burututa, erditze osteko depresioaren aurrean emakumeek laguntza formala eskatzerako orduan sumatutako oztopoak azaldu dira, maila ezberdinetan zehar banaturik egon daitezkeenak. Maila indibidualean zehar, estigma^(1,5,12,20-22,24-26), gaixotasunaren kontzientzia hartzeko emakumeek sumaturiko zenbait zailtasunek^(2,5,12,20-22,24-26) zein afekzioaren gainean eraikitako kontzeptualizazioak berak^(2,20) laguntza eskatzerakoan faktore oztopatzaile legez jardun dezaketela aztertu da; maila interpersonalean, aldiz, familia amak lehenetsitako sostengua izan arren^(2,5,12,20,21,23-26) zenbait kasuetan laguntza profesionala jasotzea oztopatu dezakeela ikusi da, sintomen aurrean erakutsitako jokaera normalizatzaile edota gaixotasunaren detekzioa burutzeko beharrezko ezagutza eta ulermen maila txikia izateagatik^(2,12,20,24); azkenik, profesionalak erakutsitako jokaerek zein arreta beraren antolamenduak oztopo^(1,2,5,12,24) edota faktore laguntzaile bezala^(1,12,21,24,25) joka dezaketela aztertu da. Emaitza nagusien eskema

4. *eranskinean* ikus daiteke; era berean, gaiaren ulermenean sakontzeko beste alderdi batzuk ere eranskinetan jorratu dira (*ikusi 5.eranskina*).

MAILA INDIBIDUALEAN ZEHAR SUMATUTAKO OZTOPOAK

ESTIGMA

Ikerketa ezberdinetan agerian geratu den bezalaxe^(1,5,12,20-22,24-26) emakume gehienek lotsa eta beldurrarekin erlacionatutako oztopoak sumatzen dituzte. “Ahul”^(20,22,24), “ama txarra”^(1,21,24), “zoroa”⁽²⁵⁾ edota “gaixo mentala”^(5,12,26) bezalako terminoaz baliatzen dira haien buruak deskribatzeko^(1,21,24) edo etiketa horiek gainerakoengandik (familia, lagunak edota osasun-profesionalak) jasotzeko^(5,12,22,25,26) dira beldur. Patel eta kideen⁽²²⁾ lanean, adibidez, partaideak depresioaren diagnostikoa jasotzeak sorturiko erreakzio bikoitzaz mintzatzen dira; lasaitasuna sentitzen dute asalduraren gaineko kontzientzia hartzea errazten eta emozio negatiboen jatorria ulertzen laguntzen dielako, osasun-arreta jasotzea ahalbidetuz; diagnostikoa izateak, ordea, gaixotasun mentalen inguruan eraikitako estigma handiago bilakatzea eragiten du, gainerakoengandik “ahula” ikusia izateko beldurra indartzen delarik. Laguntza profesionala eskatzeak ekar lezaken gizarte-zerbitzuen esku-sartzeak eta horren ondoriozko haurraren zaintza galtzeak^(1,5,21,26) zein eskuragarri dagoen arreta profesionala ez ezagutzea^(5,24,25) ere ikerketa ezberdinetan zehar aipaturiko laguntza ez eskatzeko beste arrazoi batzuk dira. Beraz, emakumeen esperientziak aztertuz, erditze osteko depresioari atxikitako estigma laguntza eskatzeko oztopo gisa jardun dezakeela ikusi da^(1,5,12,20-22,24-26). Ikerketen ondorioen aplikagarritasuna, ordea, lanek aurkeztutako maila ezberdineko mugapenaz jakitun izanik burutu behar da. Hasteko, aurretik aipaturiko lan guztiak, bat izan ezik⁽²¹⁾, mendebaldeko ikerketak dira, non osasun-sistemaren antolamenduari zein osasunaren eta gaixotasunaren gaineko ikuspegiei dagokionez ezaugarri komunak dituzten testuinguruak aurki daitezkeen. Beraz, baliteke emaitza hauek mendebaldekoak ez diren eta bestelako bizitza-testuinguruak dituzten herrialdeetan aplikagarriak ez izatea. Mugapen hauek gogoan izanik, estigmak laguntza eskatzeko prozesuan faktore baldintzatzaile gisa joka dezakeela jada aztergai egondako fenomeno da^(4,27,28); ebidentzia indartzeko asmoz, emaitzen atalean landu gabeko bi artikuluk ondorio berdinak atera zituzten gai honi dagokionez: Knudson-Martin eta Silversteinek⁽²⁷⁾ argitaratutako meta-sintesian herrialde ezberdinetako lanetan maiz errepikatzen zen emakumeek beldurra ziotela “anormala” edota “zoroa” egoteari zein “ama txarra” adierazpena jasotzeari; horretaz gain, haurraren zaintza galtzea gutxiengo etnikoko

emakumeetan sarriago agertzen zen kezka zela ikusi zuten. Urte batzuk lehenago, Dennis eta Chung-Leek⁽⁴⁾ ikerketa kualitatiboetan oinarritutako berrikuspen sistematikoan “gaixo mentala” edo “ahula” klasifikatua izateko ardurak arreta bera onartzeko errefusa indartzen zuela ikusi zuten. Aipaturiko erreakzioak ere gaixotasun mental larriak dituzten emakumeetan deskribatu izan dira (eskizofrenia, asaldura afektibo bipolarra, erditze osteko psikosia, nortasunaren mugako asaldura, depresio nagusia edota erditze osteko depresio larria)⁽²⁸⁾. Dolman eta kideek⁽²⁸⁾ eginiko meta-sintesian gaitz mentalei leporaturiko estigma guraso bihurtzean handiago bilakatzen zela adierazi zen. Haurren zaintza galtzeko kezkek, profesionalen aurrean sintomak ezkutatzea edota zuzenean laguntza formala ez eskatzea sustatzen zuten⁽²⁸⁾.

SINTOMAK ETA HAUEN MANEIUA

Umore baxuko uneak⁽²³⁾, tristura edo negarra^(2,5,21,25), etsipen-sentimenduak⁽²⁵⁾, estresa⁽²⁾ edota antsietatea⁽²⁰⁾ dira ikerketetan zehar sarrien adierazitako sintometako batzuk, erruduntasunarekin bizitzen direlarik^(2,21). Lan ezberdinek deskribatu duten bezalaxe, sintomak ezkutatzeko^(25,26), baztertze⁽²⁵⁾ edota gutxiesteko^(22,26) joera erakusten dute emakumeek; era berean, sintomak behin-behinekoak direla uste izateak⁽²⁰⁾, laguntza profesional barik^(12,21) edo era espontaneoan^(12,25) desagertuko direla pentsatzeak, depresioaren gaineko ezagutza ezak^(2,5,24) edota sintomak asaldura baten parte direla ez ohartzeak^(12,21,25,26) ere osasun-arretaren beharraz jabetzea nabarmenki zailtzen dute, amatasunaren erreakzio normalen eta sintoma patologikoen arteko bereizketa egitea zaila bilaka daitekeelarik^(2,5,22,26). Sintomen maneiua kasuan, aurretik plazaratu den legez, partaideak maila indibidualean zein kolektiboan kokaturiko jokaerazko eta kognizio bidezko estrategia ezberdinaz baliatzen dira umore depresiboari aurre egiteko^(2,5,20,24-26). Aldiz, azken hauek aurrera eramanda sintomak larriago bilakatzen direnean, laguntza profesionala eskatzeko erabakia hartzeaz mintzo dira emakumeak^(22,26). Jokaera hauek ere depresio nagusiaren diagnostikoa jasotako indibiduoetan deskribatu zituzten Dobbytek eta Jiménez-Mejíasek⁽²⁹⁾. Sintesi meta-etnografiko honetan, depresioa zuten banakoak lehendabizi egoerari aurre egiteko mekanismo indibidualaz baliatzen zirela ikusi zen, laguntza formala hainbatetan azken errekurtsio bezala kontsideratzen zutelarik; estrategia horiek porrot egitean, ordea, arreta formala lehenesten zen⁽²⁹⁾.

DEPRESIOAREN GAINEKO IKUSPEGIA

Aurretik aipatu bezala, erditze osteko depresioa muturreko sintoma larriz jositako asaldura bezala irudikatzen da^(2,20); partaideen ikuspegietan negar kontsolaezina, haurrari min egitea bezalako ideiak, haien buruak ez zaintzea edota eguneroko jarduerak egiteko ezintasuna bezalako sintomak dira nagusi^(2,20), hauek pairatu ezean depresioa ez dutela pentsatzea eragiten dielarik⁽²⁾. Sarreran jorratu den legez, erditze osteko depresioaren ohiko sintomatologiaz jakitun izanik^(6-8,10,11), emakume deprimituetan nagusiki azaltzen diren jokaerek ez dute bat egiten zenbait ikerketako banakoek adierazitako sintomen iruditeriarekin^(2,20), haurrari edo haien buruei min egitea bezalako ideiak, adibidez, tratatu gabeko depresio larrietan edota erditze osteko psikosian maizago azalera daitezkeen erreakzioak baitira^(7,8,10,11). Erditze osteko depresioa sintoma horiekin soilik identifikatzea ideia nahasiak ekar diezazkieke amari eta ingurukoei⁽¹⁵⁾. Beraz, partaide batzuek erditze osteko depresioaren eta psikosiaren oinarrizko sintoma-espektra bereizten ez dakitela atzeman daiteke.

MIGRAZIOAREN ETA KULTURAREN ERAGINA ERITASUNAREN AGERPENEAN

Migratu duten emakume edota errefuxiatuei hitza emanez, haiek sumaturiko oztopo gehigarriek depresioaren agerpenerako faktore determinatzaile legez jardun dezakete^(5,23,25,26), migratu aurreko esperientziak⁽²⁶⁾, hizkuntzarekin loturiko oztopoak^(5,23,25,26), migrazio estatusarekin loturiko gorabeherak^(5,23), zein egoera sozioekonomiko kaskarrean bizitzearen ondorioak maiz aipatutakoak izanik^(5,25,26). Isolamendu eta bakardadearekin loturiko sentimenduaz mintzo dira emakumeak^(5,23,25,26), familia urrun izateagatik eta haien jatorrizko herrialdeetan kulturen errotutako zenbait tradizioen erreproduzitzea baztertu behar izateagatik^(5,23,26). Mendebaldeko gaixotasun bat bezala deskribatua izaten da erditze osteko depresioa zenbait ikerketetan zehar, emakumeek haien kulturetan existentziarik ez duela argudiatuz^(25,26). O'Mahonyk eta kideek^(30,31) artikulu ezberdinetan zehar argitaraturiko ikerketan, adibidez, Europar jatorria ez zuten Kanadara migraturiko zein errefuxiatu gisa iritsitako 30 emakumeek erditze osteko depresioarekin zituzten esperientziak hartu ziren ardatz. Partaideen ustez, legez kanpoko migrazio-estatusa izatea eta hizkuntza ez menperatzea enplegu, etxebizitza zein osasun-arreta jasotzea zailtzen zituzten elementuak ziren. Familia eta haien buruak autoritateen deportaziotik babestu beharreko kasuetan, osasun-zerbitzuetara arreta eske joateari uko egiten zioten^(30,31); errefuxiatu egoeran iritsitako parte-hartzaileentzako, aldiz, egoera politikoa ezegonkorreko jaioterriatik ihes egin eta senideak bertan utzi behar izateak eragin

emozional handia zuen. Gertukoek bitartez jasotako sostengua depresioari aurre egiteko erabakigarria zela azpimarratu zuten. Laguntza hau ez edukitzeak edo tradizio kulturalak baztertu behar izateak, ordea, isolatuago sentitzea eragiten zien, sintoma depresiboak azaleratzen zirelarik. Horretaz gain, haien jatorrizko herrialdeetan depresioa ezohiko gaixotasuna zela argudiatu zuten^(30,31). Kulturaren gaiari helduz, argitzeke dago herrialde ezberdinetan zehar burututako erditze osteko praktikek depresioaren agerpena indartzen edo amaberria babesten dutenentz^(3,32). Binak⁽³⁾ eta Evagorou eta kideek⁽³²⁾ bideraturiko lanetan ondorioztatu zen emakumeak praktika hauen inguruan izandako pertzepzioa erabakigarria zela kulturaren inpaktuaren nolakotasuna determinatzeko; alegia, jatorrizko komunitatean aurrera eramandako erditze osteko errituak emakumearen beharrak betetzen ez dituen praktikak bezala ikusteak eragin edo ondorio negatiboak izan ahal zituen haien egoera mentalean, eta alderantziz^(3,32). Era berean, zenbait kulturetan erditze osteko depresioa termino ezezaguna dela, sintomak ezberdinak direla edota jendeak gaitzaren inguruko aipamenik egiten ez duela argudiatu izan da⁽³⁰⁻³²⁾, ezinegonen beste termino batzuen deskribapenaren bidez eman litekeelarik, hala nola, *“Inurriak buruan izatea”*, erditze osteko arazo emozionalak deskribatzeko Afrikako zenbait txokoetan erabilitakoa⁽³²⁾. Hala ere, eztabaidagarria da oraindik kulturak izan dezakeen erantzukizuna gaixotasun mentalen kontzeptualizazioan baita hauek maila somatikoan zein psikikoan gorputzeko modu anitzetan ere, gai honen inguruko ebidentzia gehiagoren garapena ezinbestekoa delarik.

MAILA INTERPERTSONALEAN SUMATUTAKO OZTOPOAK

FAMILIA ETA GERTUKOEN ERREAKZIOA GAIXOTASUNAREN AURREAN

Lan ezberdinek erakutsi bezala, ama gehienek lehenetsitako laguntza-iturria familia, bikotekide edota gertukoek eskainitakoa da, praktikoa zein emozionala bezala sailkatu ahal dena^(2,5,12,20,21,23-26). Hala ere, emakumearen eskutik bi jokaera ezberdin atzeman daitezke prozesu honetan zehar: emakume batzuek bizitako emozio negatiboaz mintzatzeko, normalak diren edo ez kontsultatzeko edota erditze osteko depresioaren inguruko informazioa jasotzeko testuinguru pribatura jotzen duten arren^(2,12,20,21,24), kontrako jarrerak ikus daitezke ere^(21,23,25), gainerakoentzat zama ez izateko edota estigmak berak oztopatuta, emozio negatiboen inguruan hitz egitea saihesten dutelarik. Schmied eta kideek⁽²⁵⁾ edota Rojas eta kideek⁽²¹⁾ bideraturiko ikerketak adibide bezala harturik, familia barneko testuinguruan depresioa aditzera emateak ekar dezakeen lotsa edota errefusari

beldurak edozein motako laguntza eskatzea ekiditen du. Jokaera hau ulertzeko, oinarrian dauden arrazoi ezberdinak planteatu daitezke: Lehenik eta behin, Rojas eta kideen⁽²¹⁾ laneko partaideen gehiengoak sostengu sozial maila baxua duela onartzen du, arazo praktikoa zein emozionalen aurrean familiaren eskutik laguntza jasotzea espero ez duten ekintza izan ahal delarik; bestetik, migratu duten emakumeen lanetan^(23,25,26) adierazten den bezala, azken hauen jatorrizko testuinguru kulturalak ere paper garrantzitsua joko dezake zailtasun emozionalak gertukoekin zein profesionalekin ez konpartitzeko hautua egitean, testuinguru pribatuan⁽²³⁾ zein honetatik kanpo buru-osasunaz eztabaidatzea ezohiko ohitura edo kutsu negatiboa duen ekintza izateagatik^(25,26). Zenbait lanetan, gainera, familiak eta gertukoek laguntza formala eskatzea erraz dezaketela deskribatzen bada ere^(12,20,21), azken hauek depresioaren aurrean erakutsitako jokaerak ere oztopo bilaka daitezke. Emakumeak azaldutako sintomak ez detektatzea edota normalizatzea dira sarrien deskribaturiko erreakzioak, eritasunaren inguruko ezagutza eta ulermen urria ere nagusi direlarik^(2,12,20,24). Familiak edota gertukoek asalduraren aurrean izandako erreakzio anibalentea aurretik plazaratu diren beste ikerketetan deskribatu izan da^(4,27); Knudson-Martin eta Silversteinen lanean⁽²⁷⁾ zehazki, zailtasunez beteriko prozesua bezala deskribatzen zen arreta profesional bila joateko ekintza, hein handi batean, familiaren inpaktua zela medio; azken honen eskutik bi jokaera nagusi zirela geratu zen agerian: emakumea arreta formala jasotzera bultzatzea edo arreta mota hau errefusatzea, erakutsitako sintomak normalizatuz edo gutxietsiz⁽²⁷⁾. Dennis eta Chung-Leeren lanean⁽⁴⁾, gainera, zenbait familian testuinguru pribatutik haratago arazo emozionalaz mintzatzeari zentzu negatiboa ematen zitzaiola ikusi zen eta familiak zuen depresioaren gaineko ezagutza mugatuak arreta formala eskatzeko oztopoa zela ere azpimarratu zen.

MAILA ASISTENTZIALEAN SUMATUTAKO OZTOPOAK

OSASUN PROFESIONALEN ERREAKZIOA ASALDURAREN AURREAN

Arreta profesionalari dagokionez, emakumeek maiz ez dute laguntza mota hau egokia ikusten^(2,5,12,20,24). Osasun-langilea arazo fisikoak tratatzen dituen, haurraren osasunaz soilik kezkatuta dagoen eta depresioa maneiatzeko ezagutza mugatua duen banako gisa irudikatzen dute^(1,25,26). Amak sumaturiko depresioaren aurrean jarrera baztertzalea erakustea^(5,24), sintomak normalizatzea^(2,24) edo kontsultan entzuteko prestutasunik ez izatea⁽¹⁾ dira profesionalen eskutik maiz aipaturiko jokaera oztopatzaileak. Migratu duten emakumeen kasuan, Hansotte eta kideen⁽⁵⁾ lanean adierazten den legez,

profesionalek sentikortasun kulturalik ez izateak ere oztopo gisa jarduten du. Erabaki terapeutikoak langileek bakarrik hartuak dituztela uste dutenean, emakumeek erabakitzeko askatasun gutxiago eta estualdi handiagoa sumatzen dute⁽²⁴⁾. Bell eta kideen lanean⁽¹²⁾ parte hartutako elkarrizketatuetako batek bestelako ildo bat irekitzen du oztopoen aferari dagokionean, osasun-sistema bat non norbanakoak laguntza eskatzeko inizatiba hartu behar duen oztopo nagusia izanik. Harreman terapeutikoaren oinarri konfidentziala⁽²⁴⁾, esperientzia emozionalak partekatzeko konfiantza helaraztea^(1,12,21,24), laguntza eskaintzeko eskuragarri egotea eta arreta ematerako orduan sentikortasun kulturala izatea^(12,25), ordea, profesionalaren izaerari dagozkion alderdi lagungarri gisa identifikatzen dira. Osasun-sistemaren antolamenduari dagokionez, zerbitzu hauen kostu ekonomikoei aurre egiteko ezintasuna^(5,12), arreta jasotzeko itxaronaldi luzeak zein kontsultaren iraupen denbora murrizta^(1,12) oztopo ere bilaka daitezke. Gai hauei loturik, Henshaw eta kideek⁽³³⁾ erditze osteko depresioaz diagnostikatutako 23 emakume elkarrizketatu zituzten, osasun-profesionalekin interakzioak izatean lehenetsitako alderdiak aztertzeko. Emaizte agerian utzi zuten interakzio gaitasunen gabezia eta kompetentzia tekniko handiko izaera duen profesional baten aurrean, pazienteek tratamenduari ez atxikitzea bezalako jokaerak ere eraman ahal zituztela aurrera. Garai perinatalean gainerako epaiketekiko sentikorrangoak zirela onartuz, amek ezinbestekotzat jo zuten langileak ez epaitzeko jokaera erakustea; aholku edo feedback goiztiarrak ematea edota emakumea errespetatua ez sentitzea, ordea, interakzio negatibo baten seinale zirela argudiatu zuten. Era berean, tratamenduaren planifikazioan erabakitzeko autonomiarik ez zutela nabaritzea baita haien lehenetsun edo balioak erdigunean jartzen ez zirela konturatzea ere entzuna ez sentitzea beste adibide bat zela adierazi zuten, azken honek maiz osasun-arretako laguntza onuragarri gisa ez hautematea ekartzen zuelarik. Partaideek ere denbora falta, garraio-arazoak edota arreta jaso bitartean haurra norekin uzteko arazoak izatea tratamendua jasotzeko zailtasunak zirela adierazi zuten.

MUGAPENAK ETA ALBORAPENAK

Berrikuspen hau mugapen eta alborapen anitzaz jakitun izanik interpretatu behar da. Artikulu gehienak datu baseetan zuzenean edota autoreekin kontaktuan jarriz eskuratu diren arren, beste lan batzuen eskuratzea ezinezko bilakatu da, lanari egin ahal zioten ekarpena alde batera utziz. Gainera, Ingelesean edota Gaztelaniaz argitaratutako azken 10 urteetako ikerketak barneratu dira soilik.

Bilaketa estrategikoan zehar populazio-xedearen inguruko barne-irizpideak diseinatzerako orduan laginaren parte-hartzaileek erditze osteko depresioaren diagnostikoa jaso izana edota *EPDS* eskalan 10 edo 10etik gorako puntuazioa atera izana ezarri zen. Irizpide honek beste detekzio-eskala batzuk erabilitako ikerlanak zuzenean baztertzea eragin du; bigarrenik, eta *EPDS* eskalaren aplikazioarekin jarraituz, hautaturiko ikerlan batzuek ebaketa-puntuazio ezberdinak erabili dituztela ikusi izan da (10^(20,22,23) edo 12⁽¹²⁾) baita erditze osteko garai ezberdinetan zeuden parte-hartzaileetan aplikatu ere. Ikerketetako populazioei erreparatuta, maila sozioekonomiko eta jatorri ezberdinetako emakumeak^(1,2,5,12,20-26), zein bikotekide^(12,20) edota osasun-profesionalak^(1,2,21) barneratu dira, berrikuspen guztiak eta ikerketa original gehienak (bat izan ezik⁽²¹⁾) mendebaldeko herrialdeetan argitaratu direlarik^(1,2,5,12,20,22-26). Lehen aipatu den gisara, baliteke ikerketek erakutsitako emaitzak mendebaldeaz gaindiko eremuetan aplikagarriak ez izatea. Horri gehituta, sarritan lanetan osasun-eremuetan bertan edota azken hauetan errekrutatutako banakoak ikertu dira^(1,12,20-22,24). Aztertzeke geratuko litzateke eremu hauetatik kanpo errekrutatuak izan daitezkeen edota bestelako arreta zerbitzuak erabiltzeko ohitura erakusten dituzten banakoak biltzea. Era berean, lan ezberdinetako parte-hartzaile batzuek beste ikerketa batzuetan hartua zuten parte jada^(1,12,20,21). Lan hauek *Hawthorne efektu*arekiko sentikorrak izan daitezkeela planteatu izan da, alegia, ikerketa bateko partaideen osasun mentala ikerketan bertan parte hartu izanagatik hobetu daitezkeela argudiatzen duen efektua⁽³⁴⁾. Andrighetti eta kideek bideratutako lanean⁽³⁴⁾ erditze osteko depresioa aztergai zuen ikerketa prospektibo longitudinal batean parte hartutako, parte hartzeke zeuden eta parte-hartzea errefusatu zuten 16 emakume elkarrizketatu ziren. Azken hauek ikerlariekin izandako interakzioei izaera terapeutikoa egotzi zieten, eritasunaren gaineko ezagutza berria bereganatzen edota aldeaz aurretik zutena aldatzen lagundu zietelako eta gaixotasunaren onarpenean edo honi loturiko estigmaren murriztean eragina zutelako. Erditze osteko depresioa gai nagusi duen ikerketa batean aldeaz aurretik parte hartu izanak, beraz, nabarmenki aldaraz dezake ikerketa berrian planteatutako galderen erantzuna, eta honekin batera, hasiera batean izandako afekzioaren gaineko ezagutza, kontzientzia eta maneia. Horretaz gain, lan batzuetan esplizitatzen den bitartean^(12,20) eta beste batzuetan emakumeen adierazpenak aztertuz atzeman daitezkeen bezalaxe^(1,21-26), gehienak familia-nuklearraren antolamendu-sisteman kokaturik, bikote harreman heterosexual eta monogamo baten barnean daudela hauteman daiteke. Horrenbestez, genero-binarismotik zein harreman sexual-afektibo hetero-

normatibotik haratago kokatzen diren banakoen eta komunitateen esperientziak ezin izan dira islatu, emaitzen aniztasuna eta aberastasuna txikiagoa izanik. Ikerlanen diseinuaren kasuan, lanetan sarrien agertu dena kualitatiboa^(1,2,12,20-23,25,26) izan da, banako ororen mundu soziala eta bertan emandako fenomenoek ulermena sustatzea ardatz duena⁽²⁹⁾, emakumeen ahotsak eta bizipenak islatzeko maiz erabilitako ikerkuntza-estrategia izanik^(22,26). Izaera subjektiboko lanak kontsideraturik, posizio horren inguruan hausnartzeko estrategia ezberdinak garatu dira, hala nola, *erreflexibitatea*, non banako orok aurretik lorturiko ezagutzaz, balioaz eta ikertzaile bezala eraikitako rolaz kontzientzia hartzea eskatzen duen, egoera hauek efektua izan ahal dutelako ikerketaren metodologian, datuen bilketan eta analisisan^(22,23). Emaitzetan barneraturiko 11 ikerketatik bi mintzo dira erreflexibitateaz soilik^(22,23), hau ere mugapen baten gisara kontsideratu ahal delarik. Era berean, lan hau pertsona bakar batek burutu izana alborapen bat izan daiteke, ikerketak barneratzerako, bilaketa estrategiak diseinatzerako zein ikerlanen datuetatik eduki esanguratsua aukeratzeko eta interpretatzeko orduan, batez ere. Azkenik, bilaketa lehenago aipaturiko 3 datu baseetan egitea lehenetsi da (*Pubmed*, *Web Of Science* eta *Scopus*), beste iturrietako informazio-eskuratzea alboratuz.

INPLIKAZIO ETA IKERLERROAK

Lan honek erizaintzaren alorrean inpaktu handia izan dezake, emakumeek sumaturiko oztupoak aztertuz azken hauen jokaera hobeto ulertzen eta osasun-estrategia egokiak diseinatzen lagundu ahal duelako, gaixotasun honen detekzio goiztiarra bermatuz eta epe luzera begirako ondorioak saihestuz. Osasun-mentaleko espezialitatea ez duten profesionalek depresioaren detekzioa burutzeko zailtasunak izan ditzaketela jakinik^(1,2,21), asalduraren detekzio-mekanismoen gaineko formakuntza jasotzea egokia litzateke, unibertsitate-mailako ikasleei zuzenduriko heziketatik abiatuta. Horri jarraiki, ezinbestekotzat jotzen da ama eta bere ingurukoei ebidentzian oinarrituriko erditze osteko depresioaren zein garai honetan azal daitezkeen beste umore-afekzioen inguruko informazioa ematea, gaixotasun hauen inguruko ikuspegi errealagoa eraiki dezaten. Osasun mental perinataleko baliabide asistentzialei dagokionez, hauen kopurua urria da Espainiar Estatuan oraindik⁽⁹⁾. Beraz, emaginaren edo haurraren errutinazko kontrolen kontsultak, familia-medikuaren kontsultak, erditzea prestatzeko klaseak edota instituzioetatik kanpo dauden amaberrien sostengu-taldeak zein migratu duten pertsonen elkarteak gune aproposak izan daitezke osasun-heziketa bultzatzeko. Era berean, asistentzia prozesuan

harreman terapeutiko sendo eta egokia sortzeko asmoz, emakumea erdigunean jartzea ezinbestekoa da, entzuna eta ez epaitua sentiaraztea, bere sentimenduak, baloreak eta kultura erabaki terapeutikoaren planifikazioan errespetatzen direla bermatuz. Horrenbestez, osasun-langile oro kontziente izan behar da hark bideraturiko hainbat jokaerek amaren isiltasuna bermatu ahal dutela, azken honek aurkezturiko laguntza eskaerei arreta ez ematean eta sintoma depresiboak normalizatzean, bereziki. Ikertzeke daude oraindik, ordea, gai honi loturiko hainbat puntu. Lortutako ikerketa gehienak mendebaldekoak izanik, garrantzitsua da testuinguru hauetatik kanpoko herrialdeetako errealitatea sakonago aztertzea, baita genero-binarismotik edo eredu monogamotik haratago dauden harreman antolamenduak dituzten populazioak ikerketetan barneratzea. Diseinu prospektibo longitudinalak edota aldi berean metodologia kualitatiboak eta kuantitatiboak erabiltzen dituzten lan gehiago dira beharrezkoak, erditze osteko depresioaren laguntza eskatzeak edo ez eskatzeak ere emakumeen eta bere inguruko gain izan dezakeen inpaktua neurtzeko.

ONDORIOAK

Lan honetan erditze osteko depresioaren aurrean laguntza eskatzerakoan emakumeek maila ezberdinetan kokaturiko oztopoak sumatzen dituztela geratu da agerian.

Maila indibidualean, erditze osteko depresioari atxikitako estigmak, azken honen kontzientzia hartzea zailtzen dituzten erreakzioek zein alde aurretik eritasunaren gainean eraikitako ikuspegiak osasun-arreta jasotzea nabarmenki zaildu dezaketela ikusi da. Migraturiko emakume zein errefuxiatuen kasuan, hesi linguistikoa, migrazio-estatus ezegonkorra zein baldintza sozioekonomiko kaskarretan bizitzea deskribatu dira oztopo gehigarri legez. Era berean, kulturak depresioa kontzeptualizatzeko eta honen gaineko kontzientzia hartzeko prozesuan paper garrantzitsua jokatzen duela mahaigaineratu da.

Maila interpersonalean, familiak laguntza eskatzea sustatzen edota oztopatzen duela ondorioztatu da, hainbatetan sintomak normalizatzea, ez detektatzea edota afekzioaren gainean ulermen urria erakustea ohiko jokaera gisa identifikatu direlarik.

Azkenik, maila asistentzialean profesionalek zuzenduriko jokaera batzuk laguntza formala onartzeko edo deuseztatzeko erabakigarriak direla geratu da agerian. Era berean, arretaren kostu ekonomikoak, itxaronaldi luzeak zein kontsultaren iraupen laburrak ere oztopo direla ikusi izan da.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2009;10:7.
- (2) Delaney AM, Dalmida SG, Gaydos L. When it is not postpartum depression: understanding the postpartum mental health needs of mothers and how they are being met. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015;36(6):416-423.
- (3) Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care for Women International*. 2008;29(6):568-592.
- (4) Dennis C-L, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *BIRTH*. 2006;33(4):323-331.
- (5) Hansotte E, Payne SI, Babich SM. Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. *Public Health Reviews*. 2017;38:3.
- (6) Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*. 2015;143(7):887-894.
- (7) Santoro K, Peabody H. Identifying & treating maternal depression: strategies & considerations for health plans [Internet]. Washington, DC: The National Institute for Health Care Management Foundation (NIHCM); 2010 [Consulta data: 2018ko apirilak 26]. Eskuragarri: https://www.nihcm.org/pdf/FINAL_MaternalDepression6-7.pdf
- (8) Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos postparto. *Universitas Médica*. 2006;47(2):131-140.
- (9) Rodríguez MV, Simón D, Moreira MM, Bustos T, Gómez-Reino I. Situando la psiquiatría perinatal en el hospital general. En: Angosto T, Aparicio V. El componente de salud mental en el hospital general. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015. p. 221-236.
- (10) Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*. 2013;27(3):185-193.

- (11) American Psychiatric Association. DSM-5®: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed.: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (12) Bell L, Feeley N, Hayton B, Zelkowitz P, Tait M, Desindes S. Barriers and facilitators to the use of mental health services by women with elevated symptoms of depression and their partners. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37(9):651-659.
- (13) O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU, Henderson JT et al. Screening for depression in adults: an updated systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [Kontsulta data: 2018ko apirilak 5]. Eskuragarri:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349027/pdf/Bookshelf_NBK349027.pdf
- (14) Fonseca A, Gorayeb R, Canavarro MC. Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*. 2015;31(12):1177-1185.
- (15) Hight N, Stevenson AL, Purtell C, Coo S. Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and Birth*. 2014;27(3):179-184.
- (16) Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [Kontsulta data: 2018ko urtarrilak 13]. Eskuragarri:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=366F4597DB16ADD245669FC92DFBBA3C3?sequence=1>
- (17) Campo VR, Klijn TP. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global*. 2011;10(24):246-253.
- (18) Cano A, González T, Cabello JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
- (19) Cabello, JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

- (20) Henshaw EJ, Durkin KM, Snell RJ. First-time parents` shared representation of postpartum depressive symptoms: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*. 2016;160:102-110.
- (21) Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión postparto en Centros de Atención Primaria de la región metropolitana: un estudio cualitativo. *Revista Médica de Chile*. 2015;143(4):424-432.
- (22) Patel S, Wittkowski A, Fox JR, Wieck A. An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression. *Midwifery*. 2013; 29(6):682-689.
- (23) Lam E, Wittkowski A, Fox JR. A qualitative study of the postpartum experience of Chinese women living in England. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2012;30(1):105-119.
- (24) Hadfield H, Wittkowski A. Women`s experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: a systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Journal of Midwifery & Women`s Health*. 2017;62(6):723-736.
- (25) Schmied V, Black E, Naidoo N, Dahlen HG, Liamputtong P. Migrant women`s experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: a meta-ethnographic study. *PLoS One*. 2017;12(3):1-27.
- (26) Wittkowski A, Patel S, Fox JR. The experience of postnatal depression in immigrant mothers living in Western countries: a meta-synthesis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2017;24(2):411-427.
- (27) Knudson-Martin C, Silverstein R. Suffering in silence: a qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2009;35(2):145-158.
- (28) Dolman C, Jones I, Howard LM. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women`s Mental Health*. 2013;16(3):173-196.
- (29) Dobbyte S, Jiménez-Mejías E. Understanding help-seeking behavior in depression: a qualitative synthesis of patients` experiences. *Qualitative Health Research*. 2017;27(1):100-113.
- (30) O`Mahony JM, Donnelly TT, Raffin Bouchal S, Este D. Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with

postpartum depression. *Journal of Immigrant Minority Health*. 2013;15(2):300-314.

(31) O'Mahony JM, Donnelly TT. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;20(8):714-725.

(32) Evagorou O, Arvaniti A, Samakouri M. Cross-cultural approach of postpartum depression: manifestation, practices applied, risk factors and therapeutic interventions. *The Psychiatric Quarterly*. 2016;87(1):129-154.

(33) Henshaw EJ, Flynn HA, Himle JA, O'Mahen HA, Forman J, Fedock G. Patient preferences for clinician interactional style in treatment of perinatal depression. *Qualitative Health Research*. 2011;21(7):936-951.

(34) Andrighetti HJ, Semaka A, Austin JC. Women's experiences of participating in a prospective, longitudinal postpartum depression study: insights for perinatal mental health researchers. *Archives of Women's Mental Health*. 2017;20(4):547-559.

ERANSKINAK

PUBMED	(Depression, postpartum[MeSH]) AND (Help-Seeking behavior[MeSH] OR "Help Seeking behavior*" OR (help* AND seek*) OR Disclosure[MeSH]) AND (Mental Health Services[MeSH] OR Primary Health Care[MeSH] OR Postnatal Care[MeSH] OR "Edinburgh Postnatal Depression Scale" OR Professional-Patient Relations[MeSH] OR Patient Acceptance of Health Care[MeSH] OR Nurs*)
WEB OF SCIENCE (WOS)	(Depression postpartum) AND (Help-Seeking behavior OR "Help Seeking behavior*" OR (help* AND seek*) OR Disclosure) AND (Mental Health Services OR Primary Health Care OR Postnatal Care OR Edinburgh Postnatal Depression Scale OR Professional-Patient Relations OR Patient Acceptance of Health Care OR Nurs*)
SCOPUS	(Depression postpartum) AND (Help-Seeking behavior OR "Help Seeking behavior*" OR (help* AND seek*) OR Disclosure) AND (Mental Health Services OR Primary Health Care OR Postnatal Care OR Edinburgh Postnatal Depression Scale OR Professional-Patient Relations OR Patient Acceptance of Health Care OR Nurs*)

1. eranskina: datu-base bakoitzean eginiko bilaketa estrategiko zehatza. Iturria: norberak egina.

2. ERANSKINA:

META-SINTESIA ETA META-ETNOGRAFIA

Gaur egun, interes handia jarrita dago meta-sintesia deritzon metodologian, osasun-zientzietan argitaraturiko ikerketa kualitatiboen ulermen sakonago bat egiteko erreminta egoki gisa definiturik⁽³⁵⁾. Hainbatetan metodologia "gaztea" kontsideraturik, erizaintzan ager litezkeen zenbait fenomeno azterketa burutzeko da baliagarria⁽³⁵⁾. Stern eta Harris (1985) izan ziren termino hau erabiltzen lehenak⁽³⁵⁾; autore hauek lan kualitatibo ezberdinen emaitzen azalpena berrmatuko zuen tresna metodologiko baten diseinua zuten helburu⁽³⁵⁾. Meta-sintesiaren helburua, beraz, fenomeno zehatz bat aztertzen dituzten lehen mailako ikerketen aurkikuntzak integratzea da⁽³⁵⁾; prozesu interpretatiboa da eta ez du ikerketa ezberdinen arteko emaitzen gehikuntza soil bilatzen⁽³⁵⁾. Oinarrian, emaitzen konparazio edo erkatzea, azken hauen interpretazioa eta aurkikuntza ezberdinen integrazioa bezalako ekintzak egongo lirarteke, baita ikerketa originalen edukiaren arteko adostasunak edo desadostasunak identifikatzea ere⁽³⁵⁾.

Ikerketa kuantitatiboekin bideratutako meta-analisiekin alderatuta, zeintzuek prozesu edo gertaera baten kausa-efektuaren arteko harremanaren gain zehaztasun gehiago ezarri nahi duten, meta-sintesiak, ordea, gertaturiko fenomenoaren ulermen sakona eta honen gaineko azalpena bermatu nahi du^(35,36).

Noblitek eta Harek (1988) haratago jo zuten, etnografian oinarrituriko lanen sintesia burutuz, teknika berriari *Meta-etnografia* izena jarri ziotelarik^(35,36). Meta-etnografia, beraz, meta-sintesia bideratzeko beste modu bat izango litzateke⁽³⁶⁾. Meta-etnografian, ikerketen arteko *translazio-prozesua* ematen da aurrera, hautaturiko lan ezberdinetan autoreek eginiko metafora, ideia edo kontzeptuen arteko elkar trukitzea bermatuz^(35,36), baina betiere ikerketa bakoitzak dituen ezaugarri propioak sintesian bertan mantentzen saiatuz⁽³⁶⁾. Hemen ere hautaturiko ikerketen gaineko analisisa burutzerakoan, azken hauen edukien konparazio-eta kontraste-ariketak burutzen dira^(35,36). Ikerketa ezberdin hauen edukien arteko harremana deskribatzerako orduan, 3 kontzeptu nagusi erabiltzen dira^(35,36): lan ezberdinen artean erkaturiko ideien edo kontzeptuen bat etortzea dagoenean, *elkarrekiko translazioa* esaten zaio^(35,36); konparatutako lan baten ideia beste lan baten edukiari kontrajartzen zaionean, ordea, *gezurtapen-translazioa* esango litzaioke^(35,36); azkenik, ikerketen arteko edukia osagarritzat jotzen denean eta batu egin ahal denean *eztabaida-ildoak* sortuko lirateke^(35,36).

3. ERANSKINA:

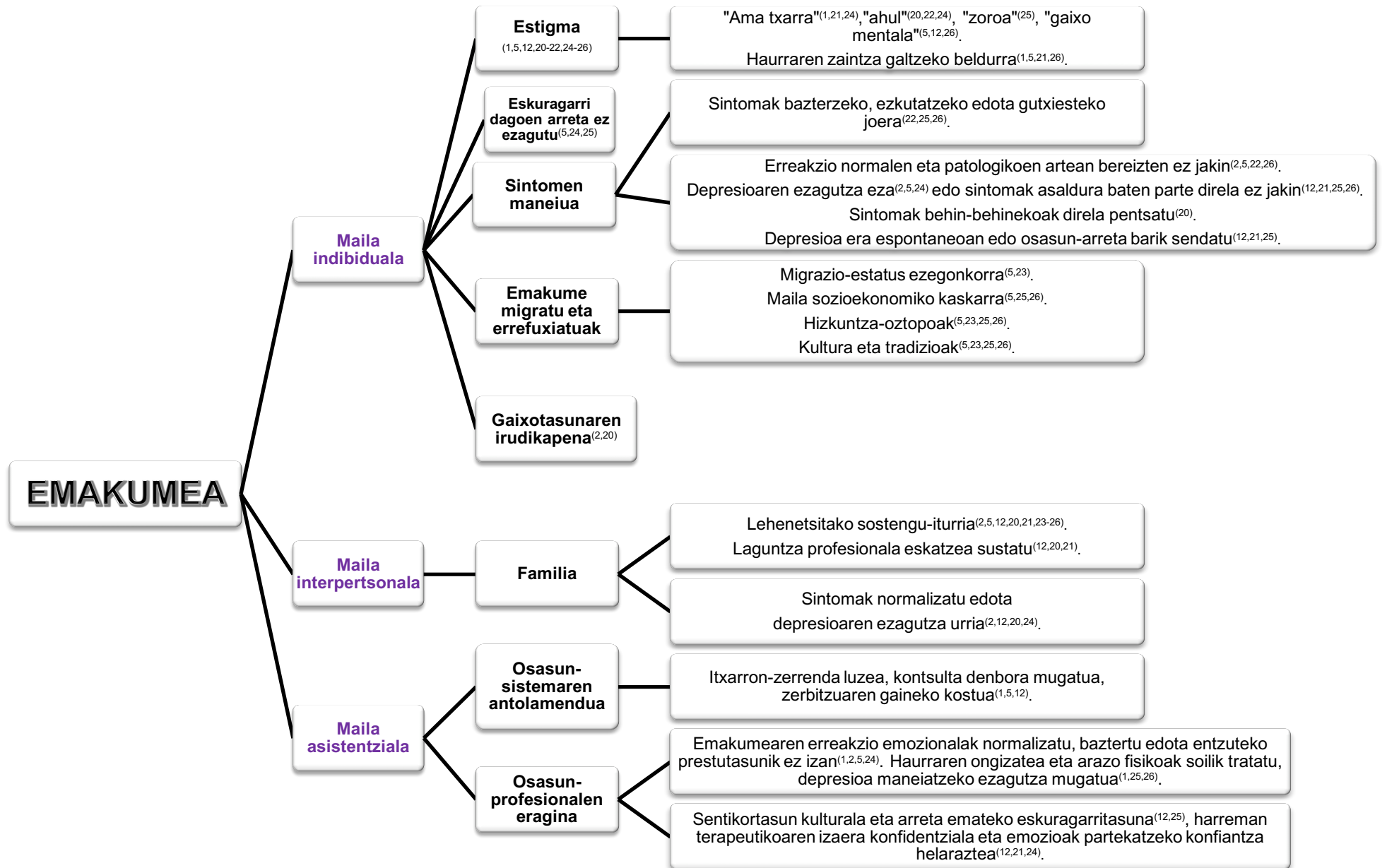
TEORIA FUNDAMENTATUA

Teoria fundamentatua ikerkuntza kualitatiboan erabilitako metodologia da, osasun-fenomenoekin loturiko teorien sorkuntza ahalbidetzen duena, bestek beste⁽³⁷⁾. *Interakzionismo sinbolikoa* du oinarri, non gizakiek gertaera edo fenomeno bat aurrera eramaten dituzten interakzio sozialen bitartez definitzen dutela argudiatzen den⁽³⁷⁾. Metodologia honek ez du ezagututako teorien balioztatzea bilatzen⁽³⁷⁾; aldiz, datu enpirikoetatik, hala nola, aztertutako banakoen esperientziatik eta jokaeratik teoria sortu nahi du, gertakari zehatz baten gaineko azalpen teorikoa burutu ahal izateko⁽³⁷⁾. Prozesu induktiboa da, beraz⁽³⁷⁾.

Laginari dagokionez, datuen bilketa eta datu hauen analisi bitartean sortzen da⁽³⁷⁾. Prozesu hau *saturazio teorikoa* eman arte burutzen da, alegia, datu berrien bilketak informazio gehigarri edo esanguratsurik ematen ez duenean⁽³⁷⁾.

Datuen bilketari azken hauen analisiak jarraitzen dio, non lortutako informazioa kategorietan antolatzen den⁽³⁷⁾; prozesu honi *kodifikazioa* deitzen zaio⁽³⁷⁾. Era berean, sortutako kategoria berriak aurretik lorturikoekin egiaztatzen edota erkatzen dira⁽³⁷⁾. Kategorien esanahien arteko harremana ahula denean, laginketarekin jarraitzen da, banako gehiago errekrutatuz⁽³⁷⁾.

Erizaintzaren alorrean, zainketei testuinguru zehatz bat jartzen eta pertsonen esperientzia subjektiboa ulertzen lagun dezake, egoera edo fenomeno ezezagunak edota trantsizioa zein aldaketa inplikatzeko gertaerak aztertzeke erabiltzea gomendatzen delarik⁽³⁷⁾. Metodo honen bitartez aurrera eramandako teoriak ez dute egoera edo eremu ezberdinetan aplikagarriak izatea bilatzen⁽³⁷⁾; aldiz, lorturiko datuek *funtsezko teoria* sortzeko baliagarriak dira, alegia, eremu eta testuinguru zehatz batean aplikagarria den ezagutza⁽³⁷⁾.



4.eranskina: emaitza nagusien eskema. Iturria: norberak egina.

5. ERANSKINA:

ANTIDEPRESIBO BIDEZKO TERAPIA ETA AURREKARI PSIKIATRIKOAK IZANDAKO EMAKUMEAK

Ikerketa gehienetan ere medikazio edo antidepressibo bidezko tratamenduaren inguruan emakumeek zituzten iritzi ezberdinak biltzen dira^(1,21,22,24-26). Antidepressiboak aukerazko tratamendua izango dela aurreikustean, emakumeek arreta formala errefusatzeko joera erakusten dute⁽¹⁾, batzuetan estigma areagotzen duen faktore gisa ikusirik^(22,26). Emakume batzuek umorean nabaritutako hobekuntza tratamendu gisa hartzen zeuden medikazioari egozten saihesten dira⁽²²⁾; era berean, arazo emozionala gehiago okertuko duen faktorea dela uste izatea^(24,25) edota ama zein haurren baitan albo-ondorioak^(1,21,24) eragingo dituela pentsatzea medikazioa ez onartzeko aipaturiko arrazoi nagusiak dira. Patel eta kideek⁽²²⁾ buruturiko lanean, zehazki, depresio-aurrekaririk ez duten emakumezkoak dira tratamendu mota hau onartzeko errefusa gehien erakusten dutenak. Beste batzuentzako, ordea, medikazioa egoera emozionalaren gaineko kontrola berreskuratzeko irtenbide gisa ikusten da, arreta gehigarria jasotzeko zain dauden bitartean, batez ere^(22,24).

Gaixotasunaren gaineko kontzientzia hartzearen prozesuari dagokionez, lanean aztertutako lau ikerketek depresio-aurrekariak izandako eta ez izandako emakumeen jokaeren arteko ezberdintasunak jartzen dituzte agerian^(1,5,21,22). Depresioaren aurrekariak ez izandako emakumezkoek zailtasun gehiago sumatzen dituzte asalduraren zioa bere osotasunean ulertzeko⁽²²⁾; aldiz, iraganean depresioa izan dutenei errazago suertatzen zaie emozio negatiboak asaldura baten ondorio direla jabetzeko^(5,21,22), joera gehiago erakusten dute profesionalarekin gaitzaz hitz egiteko^(1,5) eta tratamendua ahal bezain arinen jasotzeko nahia adierazten dute⁽²²⁾, medikazio bidezko terapia emakume hauen artean onarpen gehiago duelarik⁽¹⁾.

Depresio-zein antsietate-aurrekariak izatea erditze osteko depresioa pairatzeko arrisku-faktore ezagunak dira jada^(6,8,10). Paradoxikoa dirudien arren, gaitz hau eduki izanak arreta profesionalaren beharrezko lehenago ikustea eta gaixotasunaren berezko sintomaz lehenago jabetzea lagun dezakeela argudiatu da⁽¹⁴⁾. Azken adierazpen hau indartzeko Fonseca eta kideen⁽¹⁴⁾ lana erabil daiteke adibide gisa. Haurdun edo duela urtebete erditutako 656 emakume aztertuz, hauetatik aurrekari psikiatrikoak zutenek arreta profesional bila 4,88 aldiz gehiago jotzen zutela ikusi zen, aurrekariak ez izandakoekin alderatuta⁽¹⁴⁾.

Autoreek honetarako aurkitu zuten arrazoi posiblea sintoma depresiboen agerpena ematekotan azken hauek identifikatzeko trebakuntza gehiago izatea izan zen⁽¹⁴⁾.

ERANSKINETAN ERABILITAKO BIBLIOGRAFIA OSAGARRIA

(35) Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(2):204-211.

(36) Carrillo GM, Gómez OJ, Vargas E. Metodologías en metasíntesis. *Ciencia y Enfermería*. 2008;14(2):13-19.

(37) Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo C. La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Index de Enfermería*. 2010;19(4):283-288.