



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ**

Διευθύντρια: Καθηγήτρια Π. Λάγιου

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ:

**Σχεδιασμός, Υλοποίηση και Αξιολόγηση Παρέμβασης Δευτερογενούς Πρόληψης
σε Παιδιάτρους, με Στόχο τη Βελτίωση της Ανίχνευσης της Κατάθλιψης Στις
Μητέρες.**

Ειρήνη Αγαπηδάκη

ΑΘΗΝΑ 2017

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Σχεδιασμός, Υλοποίηση και Αξιολόγηση Παρέμβασης Δευτερογενούς Πρόληψης σε Παιδιάτρους, με Στόχο τη Βελτίωση της Ανίχνευσης της Κατάθλιψης Στις Μητέρες.

Ειρήνη Αγαπηδάκη

Ημερομηνία αιτήσεως της υποψηφίας: 27/11/2011

Ημερομηνία ορισμού 3 μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 24/01/2012

Μέλη της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

κ. Ιωάννης Τούντας, Καθηγητής ΕΚΠΑ

κ. Στυλιανός Χριστογιώργος, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΕΚΠΑ

κ. Ιωάννης Ζέρβας, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

Μέλη της επταμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

κ. Ιωάννης Τούντας, Καθηγητής ΕΚΠΑ

κ. Στυλιανός Χριστογιώργος, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΕΚΠΑ

κ. Ιωάννης Ζέρβας, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

κ. Μαρία-Τζινιέρη Κοκκώση, Επίκουρη Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

κ. Βασιλική Μπενέτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

κ. Θωμάς Παπαρρηγόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

κ. Αχιλλέας Γραβάνης, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ημερομηνία ορισμού του θέματος: 24/01/2012

1η έκθεση προόδου: 06/02/2013

2η έκθεση προόδου: 27/11/2017

3η έκθεση προόδου: 18/12/2017

Ημερομηνία καταθέσεως της διδακτορικής διατριβής: 18/12/2017

Στην αναλύτριά μου,

που μου έμαθε ότι η κατάκτηση της γνώσης δεν είναι κυνήγι,
αλλά ένα ταξίδι της ελεύθερης σκέψης
και μου δίδαξε τη δύσκολη αλλά απολαυστική,
τέχνη της ζωής.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η Ειρήνη Αγαπηδάκη Γεννήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης το 1979. Ξεκίνησε τις Σπουδές της στο Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης το 1998. Έλαβε μετεγγραφή από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης για το Πρόγραμμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών για κοινωνικούς λόγους, το 2002 και έλαβε το πτυχίο της Ψυχολογίας από το Πρόγραμμα Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, το 2007 με βαθμό «Λίαν Καλώς». Εισήχθη στο Οργανωμένο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Προαγωγή και Αγωγή της Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών κατά το ακαδημαϊκό έτος 2008-2009 και έλαβε το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών στο γνωστικό αντικείμενο της Προαγωγής και Αγωγή Υγείας με βαθμό «Άριστα», το 2011. Έλαβε κατόπιν διαγωνισμού, το βραβείο υποτροφίας του Κληροδοτήματος Παπαδάκη για Μεταπτυχιακές Σπουδές. Ήταν για τέσσερα χρόνια συνεργάτης του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής ΕΚΠΑ. Έχει συμμετάσχει σε πολλά ερευνητικά προγράμματα στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και έχει παρουσιάσει ερευνητικές εργασίες σε πολλά εθνικά και διεθνή συνέδρια. Επίσης, έχει συμμετάσχει σε δεκαέξι (16) ξενόγλωσσες δημοσιεύσεις στο πεδίο της Πρόληψης ψυχικών διαταραχών, της επιδημιολογίας των διαταραχών διάθεσης, της πολιτικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών προσχολικής ηλικίας, ενώ έχει συγγράψει κεφάλαιο στο βιβλίο «2009: Αγαπηδάκη Ε. «Ασθένεια και Διατήρηση της Ψυχικής Υγείας» στο «Πρώιμη Ανίχνευση Ψυχικών Διαταραχών στο Γενικό Πληθυσμό», των Μαρκουλάκη Ε., Τζινέρη Κοκκώση Μ., Πορτινού Σ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (Επιμ. Εκδ) που εκδόθηκε από το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, το 2009 στην Αθήνα.

Από το 2012-2016, συμμετείχε επικουρικά στη διδασκαλία των μαθημάτων «Προαγωγή Υγείας στην Κοινότητα», «Προαγωγή Υγείας στις Υπηρεσίες Υγείας», «Μεθοδολογία Έρευνας στην Προαγωγή Υγείας» του Οργανωμένου Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ενώ κατά τα έτη 2015-2016, συμμετείχε επικουρικά στη διδασκαλία των μαθημάτων «Μεθοδολογία Έρευνας στην Προαγωγή Υγείας» και «Δράσεις Προαγωγής Υγείας» του Οργανωμένου Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Δημόσια Υγεία» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

1. Economou M., Souliotis K., Peppou L., **Agapidaki E.**, Tzavara Ch., Stefanis C. (2017). Major depression in Cyprus amid financial crisis: prevalence and correlates. *International Journal of Culture and Mental Health*.
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17542863.2017.1364283>
2. Souliotis K., Peppou L., **Agapidaki E.**, Tzavara Ch., Debais D., Hasurdjiev S., Sarkozy F. (2017). Health democracy in Europe: Cancer patient organization participation in health policy. *Health Expectations*. 00:1–11.
<https://doi.org/10.1111/hex.12638>
3. Souliotis K., **Agapidaki E.**, Tzavara Ch., Economou M. (2017). Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study. 11:65. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0172-0>
4. Souliotis K., **Agapidaki E.**, Peppou E., Tzavara C., Varvaras D., Buonomo O., Debais D., Hasurdjiev S., Sarkozy F. (2017). Assessing Patient Organization Participation in Health Policy: a comparative study in France and Italy. *International Journal of Health Policy And Management*.
5. Farmakas A., Theodorou M., Galanis P., Karayiannis G., Ghobrial S., Polyzos N., Papastavrou E., **Agapidaki E.**, Souliotis, K. (2017). Criteria for health care priority setting: a ranking exercise in Cyprus. *International Journal for Cost Effectiveness and Resource Allocation –BMC*.
6. Souliotis K., **Agapidaki E.**, Papageorgiou M., Contiades X. (2017). Access to treatment for Hepatitis C among injection drug users: results from the cross-sectional HOPE IV study. *International Journal for Equity in Health-BMC*.

7. Koutsouradi G., Dimitrakaki C., **Agapidaki E.**, Tountas Y., Lagiou A. (2016). A Theory-Based Intervention in Health Visiting Students in Order to Reduce Mental Illness Stigma: A Quasi-Experimental Study. *Archives of Community Medicine and Public Health*. 2(1): 037-043. DOI: 10.17352/2455-5479.000015
8. Souliotis K, **Agapidaki E**, Peppou LE, Tzavara C, Samoutis G, Theodorou M. (2016). Assessing Patient Participation in Health Policy Decision-Making in Cyprus. *Int J Health Policy Manag*. 20;5(8):461-466. doi: 10.15171/ijhpm.2016.78.
9. Souliotis K, Hasardzhiev S, **Agapidaki E**. (2016). A Conceptual Framework of Mapping Access to Health Care across EU Countries: The Patient Access Initiative. *Public Health Genomics*. 19(3):153-9. doi: 10.1159/000446533.
10. **Agapidaki E.**, Souliotis K., Zervas I., Jackson S., Tountas Y. (2015). Help Seeking Behaviour of Depressive Mothers in the Context of a Weak Primary Health Care System. a Qualitative Study. *European Psychiatry*. 30-1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31203-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31203-7)
11. Souliotis K., **Agapidaki E.**, Papageorgiou M. (2015). Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. *Forum of Clinical Oncology. HeSMO*. 6(4). DOI: 10.1515/fco-2015-0020
12. **Agapidaki E.**, Souliotis K., Jackson S.F., Benetou V., Christogiorgos S., Dimitrakaki C., Tountas Y. (2014). Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression in the context of a weak primary health care system: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14:108 doi: 10.1186/1471-244X-14-108.

13. Giannakopoulos G., **Agapidaki E.**, Dimitrakaki C., Oikonomidou D., Petanidou D., Tsermidou L., Kolaitis G., Tountas Y., Papadopoulou K. (2014). Early childhood educators' perceptions of preschoolers' mental health problems: a qualitative analysis. *Annals of General Psychiatry* , 13(1):1. doi: 10.1186/1744-859X-13-1.
14. Papadopoulou K., Tsermidou L., Dimitrakaki C., **Agapidaki E.**, Oikonomidou D., Petanidou D., Tountas Y., Giannakopoulos G. (2014). A qualitative study of early childhood educators' beliefs and practices regarding children's socioemotional development. *Early Child Development and Care*, **DOI:** 10.1080/03004430.2014.889693
15. **Agapidaki E.**, Souliotis K., Christogiorgos S., Zervas I., Leonardou A., Kolaitis G., Giannakopoulos G., Dimitrakaki C., Tountas Y. (2013). A theory-based educational intervention to pediatricians in order to improve identification and referral of maternal depression: a quasi-experimental study. *Annals of General Psychiatry*, 12(1):37 doi: 10.1186/1744-859X-12-37.
16. Karambetsos Ch., Kouskoukis C., Giannakopoulos G., **Agapidaki E.**, Mihas C., Katsarou A., Miridakis C., Vatakis A., Kolaitis G. A Comparison of Mental Health Problems among Children with Alopecia Areata or Atopic Dermatitis and Their Parents. *British Journal of Medicine and Medical Research* 01/2013; 3(1):162-172.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή κ. Γιάννη Τούντα, για την εμπιστοσύνη και την πολυετή επιστημονική του υποστήριξη. Οι γνώσεις και η βαθιά του εμπειρία, αποτέλεσαν πολύτιμη οδηγό καθ' όλη τη διάρκεια των διδακτορικών σπουδών μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ιωάννη Ζέρβα, μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, που με το πλούσιο επιστημονικό έργο του στο πεδίο της ψυχικής υγείας γυναικών, συνέβαλλε σημαντικά στην ανάπτυξη του επιστημονικού υλικού και τη βαθύτερη κατανόηση των ζητημάτων που πραγματεύεται η παρούσα διατριβή.

Επίσης, με βαθύτατη εκτίμηση θα ήθελα να αναφερθώ και στο τρίτο μέλος της Συμβουλευτικής Επιτροπής, Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Στυλιανό Χριστογιώργο, για την καθοδήγηση και την υποστήριξη που μου πρόσφερε. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Ομότιμη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Τορόντο Suzanne Jackson, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την ανατροφόδοτηση και την υποστήριξη της, καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης του διδακτορικού ερευνητικού μου έργου. Μαζί με τις θερμές μου ευχαριστίες, θα ήθελα επίσης να εκφράσω την αγάπη και την εκτίμησή μου στην κ. Χριστίνα Δημητρακάκη, επιστημονική συνεργάτιδα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, για την αμέριστη συμπαράσταση και τις πολύτιμες γνώσεις που μου παρείχε όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη προς τον σύζυγό μου, ο οποίος πίστεψε στις ικανότητές μου και με ιδιαίτερη αφοσίωση με στήριξε στο δύσκολο αυτό έργο. Χωρίς τη δική του υποστήριξη, η εκπόνηση της παρούσας διατριβής, θα ήταν αδύνατη.

Περιεχόμενα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	20
1.1 Προαγωγή Ψυχικής Υγείας & Πρόληψη Ψυχικών Διαταραχών: έννοιες και ορισμοί..	20
1.2. Η Κατάθλιψη στις Μητέρες	26
1.2.1. Ορισμοί και κλινικά κριτήρια.....	26
1.2.2 Η σημαντικότητα του προβλήματος: επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάθλιψη στις μητέρες.	29
1.2.3 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της κατάθλιψης στις μητέρες και κυριότερες επιπτώσεις.	31
2. Η Ανίχνευση της Κατάθλιψης της Μητέρας στο Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	39
2.1 Η υπο-αναγνώριση της κατάθλιψης των μητέρων στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: παράγοντες στους οποίους οφείλεται το πρόβλημα.	39
2.2 Βέλτιστες πρακτικές και κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε μητέρες στο παιδιατρικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.	49
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	61
3.1. Αξιολόγηση Αναγκών για την ανίχνευση Εμποδίων: Ποιοτική Έρευνα.	61
3.1.1. Ποιοτική Έρευνα σε Παιδιάτρους για την Αξιολόγηση των Εκπαιδευτικών Αναγκών και τη Διερεύνηση των Κυριότερων εμποδίων σε σχέση με το υπό εξέταση θέμα.	61
Μέθοδος.....	62
Δειγματοληψία.....	65
Εργαλεία & συλλογή δεδομένων	67
Αποτελέσματα	71
Η ψυχική υγεία της μητέρας, γενικά.....	71
Σημάδια και αιτίες της κατάθλιψης.	73
Αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε μητέρες.....	74
Εμπόδια στην εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής.	75
Διευκολυντικοί παράγοντες.	77
3.1.2 Ποιοτική Έρευνα σε Μητέρες για τους Κυριότερους Τρόπους και τα Εμπόδια στην Προσπάθεια Αναζήτησης Βοήθειας για Θέματα Κατάθλιψης	80
Μέθοδος.....	81
Δειγματοληψία.....	81
Εργαλεία & συλλογή δεδομένων.....	85
Ανάλυση των Δεδομένων	86
Αποτελέσματα	87

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας..	88
Συζήτηση των Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων με τον Παιδιάτρο.....	88
Εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας.....	89
Διευκολυντικοί παράγοντες για αναζήτηση βοήθειας.....	90
Παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας κατά τη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας.....	91
Συζήτηση των Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων με τον Παιδιάτρο.....	92
Εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας.....	93
Διευκολυντικοί παράγοντες για αναζήτηση βοήθειας.....	96
3.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	98
3.2.1. Το Θεωρητικό Μοντέλο (program theory) του Προγράμματος Παρέμβασης.	98
3.2.2. Η Περιγραφή της Παρέμβασης.	120
3.2.3 Το Χρονοδιάγραμμα του Προγράμματος Παρέμβασης.	140
3.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	142
3.4.1 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις.	142
3.4.2 Ερευνητικό Σχέδιο.....	145
3.4.3 Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	147
3.4.4 Δειγματοληψία	156
3.4.5 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.	162
3.4.6 Στατιστική Ανάλυση.....	166
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	168
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ.....	168
Στάδιο Αλλαγής.....	173
Ισοζύγιο Απόφασης.....	177
Κλίμακα Διαδικασίας Αλλαγής.....	179
Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας	189
Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των κλιμάκων της μελέτης στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης	192
Πολυπαραγοντικές Αναλύσεις για τους Παιδιάτρους της Ομάδας Παρέμβασης.....	198
Αξιολόγηση της Διαδικασίας της Παρέμβασης – Εργαλείο NoMad (NPT).....	207
ΜΗΤΕΡΕΣ	215
Κλίμακα Κατάθλιψης (PHQ-9)	217
Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (SF-12).....	221
Συσχέτιση της εργασιακής και οικονομικής κατάστασης των μητέρων με το που απευθύνθηκαν για θεραπεία και το είδος της θεραπείας που έλαβαν.	225

Συσχέτιση των μεταβολών των κλιμάκων κατάθλιψης και ποιότητας ζωής με εργασιακά, οικονομικά στοιχεία καθώς και με τη βοήθεια που έλαβαν οι μητέρες.	230
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	231
Σύνοψη ευρημάτων.	231
Σύγκριση με προηγούμενα προγράμματα παρέμβασης.....	237
Συμπεράσματα.....	251
Περιορισμοί.....	253
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	255
ABSTRACT	257
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	258
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ	258
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ	258
Αξιολόγηση της Διαδικασίας του Προγράμματος για την Ανίχνευση της Κατάθλιψης σε Μητέρες- ΕΡΓΑΛΕΙΟ NoMad.....	270
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ.....	271
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	277
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	310

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Οδηγός Συνέντευξης για την Ποιοτική Έρευνα σε Παιδιάτρους & Επισκέπτες Υγείας.....σελ.59	59
Πίνακας 2: Δημογραφικά Στοιχεία Συμμετεχόντων στην Ποιοτική Έρευνα με Επαγγελματίες Υγείας της ΠΦΥ.....61	61
Πίνακας 3: Στρωματοποίηση του Δείγματος της Ποιοτικής Έρευνας σε Μητέρες.....75	75
Πίνακας 4: Δημογραφικά Στοιχεία Μητέρων που Συμμετείχαν στην Ποιοτική Έρευνα.....77	77
Πίνακας 5: Οδηγός Συνέντευξης για την Ποιοτική Έρευνα σε Μητέρες.....77	77
Πίνακας 6: Δραστηριότητες που αντιστοιχούν στις Μεταβλητές της Διαδικασίας Αλλαγής.....130	130
Πίνακας 7: Απόψεις για τη Διαθεσιμότητα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας...161	161
Πίνακας 8: Απόψεις για το Ρόλο των Παιδιάτρων.....162	162
Πίνακας 9: Πρακτικές Διαχείρισης των Παιδιάτρων για την Κατάθλιψη στις Μητέρες.....163	163
Πίνακας 10: Στάδιο Αλλαγής στις Ομάδες Παρέμβασης και Ελέγχου Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....165	165
Πίνακας 11: Μεταβολές στο Στάδιο Αλλαγής στις Ομάδες Παρέμβασης και Ελέγχου Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....166	166
Πίνακας 12: Ποσοστά Παιδιάτρων που Άλλαξαν Στάδιο Ανά Ομάδα στους 12 Μήνες Μετά την Παρέμβαση.....167	167
Πίνακας 13: Διαφορές στο Ισοζύγιο Απόφασης Μεταξύ των Δυο Ομάδων Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....169	169
Πίνακας 14: Διαφορές στις Διαδικασίες Αλλαγής Μεταξύ των Δυο Ομάδων Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....172	172
Πίνακας 15: Μεταβολές στις Υποκλίμακες των Διαδικασιών Αλλαγής για τις Ομάδες Παρέμβασης και Ελέγχου Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....177	177
Πίνακας 16: Διαφορές στην Αυτό-Αποτελεσματικότητα Μεταξύ των Δυο Ομάδων Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....181	181
Πίνακας 17: Συσχέτιση Μεταβολών των Κλιμάκων Ισοζυγίου Απόφασης και Διαδικασιών Αλλαγής.....184	184

Πίνακας 18: Συσχέτιση Μεταβολών των Κλιμάκων Ισοζυγίου Απόφασης και Αυτό-Αποτελεσματικότητας.....	186
Πίνακας 19: Συσχέτιση Μεταβολών των Κλιμάκων Αυτό-Αποτελεσματικότητας και Διαδικασιών Αλλαγής.....	187
Πίνακας 20: Μεταβολές στις Κλίμακες Αυτοαποτελεσματικότητας, Ισοζυγίου Απόφασης και Διαδικασιών Αλλαγής σε σχέση με το Στάδιο Αλλαγής Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....	189
Πίνακες 21- 34: Πολυπαραγοντική Λογαριθμιστική Πανιδρόμηση για το Στάδιο Αλλαγής και όλες τις άλλες Μεταβλητές, για την Ομάδα Παρέμβασης...	190-98
Πίνακας 35: Μεταβολές στον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης στην Καθημερινή Κλινική Πρακτική των Παιδιάτρων της Ομάδας Παρέμβασης στις Μετρήσεις Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....	199
Πίνακας 36: Συντελεστές Συσχέτισης του Pearson μεταξύ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad για τον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης και των κλιμάκων του Διαθεωρητικού Μοντέλου για την Ομάδα Παρέμβασης, Μετά την Παρέμβαση.....	201
Πίνακας 37: Συντελεστές Συσχέτισης του Pearson μεταξύ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad για τον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης και των κλιμάκων του Διαθεωρητικού Μοντέλου για την Ομάδα Παρέμβασης, στους 6 Μήνες Μετά την Παρέμβαση.....	203
Πίνακας 38: Συντελεστές Συσχέτισης του Pearson μεταξύ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad για τον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης και των κλιμάκων του Διαθεωρητικού Μοντέλου για την Ομάδα Παρέμβασης, στους 12 Μήνες Μετά την Παρέμβαση.....	205
Πίνακας 39: Δημογραφικά Στοιχεία Μητέρων.....	207
Πίνακας 40: Σκορ Κατάθλιψης Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	209
Πίνακας 41: Επίπεδα Κατάθλιψης Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	210
Πίνακας 42: Μεταβολές στον Βαθμό Δυσκολίας στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	211
Πίνακας 43: Σκορ Μητέρων στην Κλίμακα Φυσικής Υγείας στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	213
Πίνακας 44: Σκορ Μητέρων στην Κλίμακα Ψυχικής Υγείας στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	215

Πίνακας 45: Συσχέτιση ανάμεσα στην Εργασιακή Κατάσταση, το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα και το είδος της Υπηρεσίας που Αναζήτησαν Βοήθεια για την Κατάθλιψη.....217

Πίνακας 46: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Θεραπείας και την Εργασιακή Κατάσταση, τον Εργασιακό Τομέα και το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα της Μητέρας.....220

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ποσοστό Μεταβολών Σταδίου στις Δύο Ομάδες Πριν από τη Παρέμβαση και 12 Μήνες μετά.....σελ.	168
Γράφημα 2: Μεταβολές στο Ισοζύγιο Απόφασης στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....	171
Γράφημα 3: Μεταβολές στην Υποκλίμακα των Βιωματικών Διαδικασιών Αλλαγής (Experiential Score) στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....	178
Γράφημα 4: Μεταβολές στην Υποκλίμακα των Συμπεριφορικών Διαδικασιών Αλλαγής (Behavioral Score) στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....	179
Γράφημα 5: Μεταβολές στο Γενικό Σκορ των Διαδικασιών Αλλαγής στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....	180
Γράφημα 6: Μεταβολές στο Γενικό Σκορ της Αυτό-Αποτελεσματικότητας στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.....	183
Γράφημα 7: Συσχέτιση Μεταβολών του Σκορ της Διαφοράς Πλεονεκτημάτων-Μειονεκτημάτων και του Γενικού Σκορ των Διαδικασιών Αλλαγής για την Ομάδα Παρέμβασης.....	185
Γράφημα 8: Συσχέτιση Μεταβολών του Σκορ της Διαφοράς Πλεονεκτημάτων-Μειονεκτημάτων και του Σκορ Αυτό-Αποτελεσματικότητας για την Ομάδα Παρέμβασης.....	186
Γράφημα 9: Συσχέτιση Μεταβολών του Σκορ της Αυτό-Αποτελεσματικότητας και του Γενικού Σκορ των Διαδικασιών Αλλαγής για την Ομάδα Παρέμβασης.....	188
Γράφημα 10: Μεταβολές στα Σκορ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad Μετά την παρέμβαση για την Ομάδα Παρέμβασης.....	200
Γράφημα 11: Μεταβολή στα Σκορ Κατάθλιψης των Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	210
Γράφημα 12: Επίπεδα Κατάθλιψης των Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	211
Γράφημα 13: Βαθμός Δυσκολίας Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	212
Γράφημα 14: Μεταβολές στη Φυσική Υγεία στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	214

Γράφημα 15: Μεταβολές στην Ψυχική Υγεία στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.....	216
Γράφημα 16: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και την Εργασιακή Κατάσταση της Μητέρας.....	218
Γράφημα 17: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και τον Τομέα Εργασίας της Μητέρας.....	219
Γράφημα 18: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα της Μητέρας.....	219
Γράφημα 19: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Θεραπείας και την Εργασιακή κατάσταση της Μητέρας.....	221
Γράφημα 20: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Θεραπείας και το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα Μητέρας.....	221

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Τα Δομικά Στοιχεία της Θεωρίας Κανονικοποίησης της Διαδικασίας.....σελ.101	101
Σχήμα 2: Τα Έξι Επίπεδα Συνεργασίας/Ενσωμάτωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην ΠΦΥ.....102	102
Σχήμα 3: Το Μοντέλο Παρέμβασης (program theory).....110	110
Σχήμα 4: Το Μοντέλο Λογικής (Logic Model) του Προγράμματος Παρεμβάσης.....111	111

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΜΚΔ: Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

NPT: Normalization Process Theory

ΔΜ: Διαθεωρητικό Μοντέλο

RCT: Randomized Controlled Trial

AAP: American Academy of Pediatrics

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Προαγωγή Ψυχικής Υγείας & Πρόληψη Ψυχικών Διαταραχών: έννοιες και ορισμοί.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 1946 ορίζει την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά την απουσία νόσου ή αναπηρίας» [1], υπογραμμίζοντας τη θετική της διάσταση.

Αντίστοιχα, διατυπώνει τον ορισμό της ψυχικής υγείας ως «την κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά το στρες της καθημερινής ζωής, εργάζεται παραγωγικά και συμβάλλει στην κοινότητα την οποία ζει» [2, 3].

Ακόμη, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας [4] επισημαίνει ότι i) Δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία, καθώς και ότι η ψυχική υγεία: ii) η ψυχική υγεία (κατά αντιστοιχία με τη σωματική) είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ψυχικής νόσου και αποτελεί πόρο ζωτικής σημασίας για τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινωνίες, iii) η ψυχική υγεία επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και μπορεί να ενισχυθεί μέσω αποτελεσματικών παρεμβάσεων δημόσιας υγείας, iv) η ψυχική υγεία είναι στενά συνδεδεμένη με τη συμπεριφορά, v) η συνεργατική δράση για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας θα πρέπει να βασίζεται σε υψηλού επιπέδου επιστημονική τεκμηρίωση, vi) όταν το κοινωνικό πλαίσιο σέβεται και προστατεύει τα βασικά ατομικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα τότε προάγει και την ψυχική υγεία, ενώ τέλος, vii) η διατομεακή/διεπιστημονική συνεργασία αποτελεί στοιχείο-κλειδί για την προαγωγή ψυχικής υγείας».

Οι παραπάνω ορισμοί και διακηρύξεις του ΠΟΥ για την υγεία, θέτουν το πεδίο δράσης για την Προαγωγή Ψυχικής υγείας και σκιαγραφούν τους βασικούς τομείς παρέμβασης. Καθώς η υγεία αφορά κάθε τομέα της ζωής του ανθρώπου, το περιθώριο παρέμβασης δεν εντοπίζονται σε ένα συγκεκριμένο πεδίο, αλλά αφορά σχεδόν κάθε τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας (π.χ. κοινότητα, σχολείο, χώροι εργασίας, υπηρεσίες υγείας).

Βέβαια, οι ορισμοί του ΠΟΥ αφορούν έναν τελικό στόχο ο οποίος αναφέρεται σε μια ιδανική κατάσταση. Στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι και οι κοινωνίες προσπαθούν σε κάθε χώρα να απαντήσουν με τον πιο κατάλληλο και αποτελεσματικό τρόπο στην πρόκληση της διατήρησης και ενίσχυσης της ψυχικής υγείας, με βάση τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους που διαθέτουν και λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάποιες χώρες να εστιάζουν στη θετική ψυχική υγεία και άλλες περισσότερο στον έγκαιρο εντοπισμό και την αποκατάσταση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Δεδομένης της επιβάρυνσης που έχουν οι ψυχικές διαταραχές για το άτομο και του κόστους που συνεπάγονται -όχι μόνο με όρους δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας αλλά και εργασιακής παραγωγικότητας-, δεν είναι παράξενο το ότι τα περισσότερα συστήματα υγείας στον ανεπτυγμένο κόσμο εστιάζουν ετεροβαρώς στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Η ενίσχυση της θετικής ψυχικής υγείας άλλωστε δεν επιτυγχάνεται αλλάζοντας απλά κάποιες πολιτικές, αλλά προϋποθέτει συνολικό αναπροσανατολισμό τόσο του συστήματος υγείας, όσο και του τρόπου θεώρησης της υγείας. Θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί, ότι είναι λίγα τα χρόνια από τότε που εγκαταλείφθηκε το βιοιατρικό μοντέλο για να έχουμε την απαίτηση να αλλάξει άρδην ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τα κράτη και κατ'

επέκταση τα συστήματα υγείας την ψυχική υγεία, ώστε να εστιάζουν στη θετική της διάσταση.

Ενώ λοιπόν η προαγωγή ψυχικής υγείας εστιάζει στις θετικές διαστάσεις της και επικεντρώνεται στις δεξιότητες που χρειάζεται να αναπτύξει το άτομο προκειμένου να μπορέσει να ζήσει μια δημιουργική και παραγωγική ζωή, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα συνεχές που εκκινεί από τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές που παραβλάπτουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου και εκτείνεται ως τις πολύ ήπιες περιπτώσεις συμπτωματολογίας. Αυτές μπορεί να μην είναι τέτοιας έντασης και διάρκειας ώστε να πληρούν τα κριτήρια για κλινική διάγνωση, αυξάνουν όμως τις πιθανότητες για την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής, ειδικά όταν συνδυάζονται με στρεσογόνα γεγονότα τα οποία καλώς ή κακώς, δε λείπουν από τη ζωή κανενός ατόμου [5].

Σύμφωνα με τον ορισμό των [6] η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στοχεύει «στη μείωση της επίπτωσης, του επιπολασμού και της επανεμφάνισης των ψυχικών διαταραχών, καθώς και τη διάρκεια των συμπτωμάτων ή τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής, προλαμβάνοντας ή καθυστερώντας την επανεμφάνιση της και μειώνοντας τον αντίκτυπο που έχει η διαταραχή στο άτομο, την οικογένειά του και την κοινωνία». Με βάση αυτόν τον ορισμό συμπεραίνουμε ότι οι παρεμβάσεις πρόληψης των ψυχικών διαταραχών πρέπει να είναι πολυεπίπεδες (συμπεριλαμβάνοντας τόσο το άτομο, όσο και την οικογένεια αλλά και ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα) προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικές. Αυτό με τη σειρά του μας οδηγεί στη σκέψη ότι απαιτούνται σημαντικοί πόροι τόσο σε επίπεδο ατόμου, όσο και σε επίπεδο πολιτείας, προκειμένου να έχουν τα προγράμματα και οι πολιτικές πρόληψης σημαντικές πιθανότητες επιτυχίας.

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η πρόληψη ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα συνεχές, αλλά για λόγους επιστημονικής πρακτικής χωρίζεται σε επίπεδα, σε αντιστοιχία με τα επίπεδα πρόληψης που ισχύουν για τα προβλήματα σωματικής υγείας, δίνοντας όμως παραπάνω έμφαση στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης. Κατά καιρούς, έχουν προταθεί πολλά μοντέλα για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Ένα από τα επικρατέστερα είναι αυτό που αναπτύχθηκε από τους P Mrazek and R Haggerty [6] και χωρίζει τα επίπεδα πρόληψης ως εξής: α) πρωτογενές το οποίο στοχεύει στη μείωση της επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών και περιλαμβάνει: i) τις καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης (universal prevention) που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό ή σε ομάδες του γενικού πληθυσμού, οι οποίες όμως δε βρίσκονται ακόμη σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής, ii) τις επιλεκτικές παρεμβάσεις πρόληψης (selective prevention) οι οποίες εστιάζουν σε άτομα ή υπο-ομάδες του πληθυσμού που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής σε σχέση με τον μέσο όρο, iii) ενδεικνύόμενες παρεμβάσεις πρόληψης (indicated prevention), οι οποίες απευθύνονται σε ομάδες και άτομα υψηλού κινδύνου τα οποία έχουν ελάσσονα αλλά ανιχνεύσιμη συμπτωματολογία· β) το δευτερογενές που εστιάζει στον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπιση ατόμων και ομάδων που εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα ψυχικής διαταραχής που πληρούν τα κριτήρια για διάγνωση, με στόχο να μειώσει τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών και να περιορίσει τη διάρκειά τους· γ) το τριτογενές, που επικεντρώνεται στην αποκατάσταση της αναπηρίας και την πρόληψη υποτροπής.

Στο επίπεδο του συστήματος υγείας, θα λέγαμε ότι κάθε επίπεδο πρόληψης, αντιστοιχεί σε έναν τομέα παροχής υπηρεσιών. Έτσι, η πρωτογενής πρόληψη αφορά κυρίως την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η δευτερογενής το ενδιάμεσο

δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών καθώς και κάποιες από τις υπηρεσίες που παρέχουν τα νοσοκομεία και η τριτογενής, πάλι κάποιες υπηρεσίες των νοσοκομείων καθώς και ειδικές υπηρεσίες αποκατάστασης που βρίσκονται συνήθως στην κοινότητα.

Μιας και η παρούσα διατριβή αναφέρεται σε παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της ΠΦΥ, είναι ίσως χρήσιμο να επισημανθούν οι κύριοι άξονες της λειτουργίας αυτού του επιπέδου υπηρεσιών υγείας.

Βάση της διακήρυξης της Alma Ata [7] η ΠΦΥ ορίζεται ως «η απαραίτητη φροντίδα υγείας η οποία είναι καθολικά προσβάσιμη στα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας, υπάρχει διαμέσου της αποδοχής και της πλήρους συμμετοχής τους και σε κόστος τέτοιο, που η κοινότητα και η χώρα να μπορεί να το αντέξει» [7]. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέτει τα κριτήρια της καθολικής προσβασιμότητας και της βιωσιμότητας για τη λειτουργία της ΠΦΥ. Ωστόσο, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων αποτελούν πρόκληση για τα συστήματα υγείας στο δυτικό κόσμο και ειδικότερα για την Πρωτοβάθμια [8].

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο της ΠΦΥ αφορούν τόσο το πρωτογενές και δευτερογενές επίπεδο πρόληψης, όσο και την προαγωγή της υγείας και βέβαια, της ψυχικής υγείας. Η ΠΦΥ έχει σχεδιαστεί (ή έτσι θα έπρεπε) για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας των μελών της κοινότητας, παρέχοντας συνεχή, ολοκληρωμένη και αποτελεσματική φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η φροντίδα αυτή, αποτελεί προϊόν διατομεακής συνεργασίας και παρέχεται από τη διεπιστημονική ομάδα και όχι μεμονωμένα από τους επαγγελματίες υγείας [9, 10]. Επιπλέον, η ΠΦΥ αποτελεί προνομιακό πεδίο για την πρόληψη ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τόσο επειδή οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τα μέλη της κοινότητας, όσο και γιατί η μεγάλη

πλειονηφία των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, απευθύνονται στην ΠΦΥ. Εκτός του ότι είναι το πρώτο σημείο επαφής των ατόμων με το σύστημα υγείας και ως εκ τούτου είναι αναμενόμενο τα άτομα να αναζητήσουν πρώτα εκεί βοήθεια, το πλαίσιο της ΠΦΥ είναι αποστιγματοποιημένο, με αποτέλεσμα να διευκολύνει τα άτομα να αναζητήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας [11].

Όπως τονίζεται και στον ορισμό του ΠΟΥ (WHO, 1946), η σχέση σωματικής και ψυχικής υγείας δεν είναι μόνο αμφίδρομη, αλλά και αλληλοεξαρτώμενη. Αυτό ενισχύεται και από τα ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι η συναισθηματική ευεξία αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό δείκτη της σωματικής υγείας σε όλες τις ηλικίες [12], σημειώνοντας ότι ψυχικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη και το άγχος, μπορούν να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό την έναρξη και την έκβαση σωματικών νοσημάτων [11]. Επιπλέον, υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους και χρόνιων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης και ο καρκίνος [13].

Τα τελευταία χρόνια, η οικονομική κρίση αλλά και το αυξημένο κόστος των χρόνιων νοσημάτων, τείνει να μετατρέψει την ΠΦΥ στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, από ολοκληρωμένο πλαίσιο φροντίδας σε μηχανισμό συγκράτησης του κόστους [14]. Λόγω της ελλιπούς χρηματοδότησης, οι κυβερνήσεις σε πολλές χώρες επιλέγουν να μειώνουν τη δαπάνη για την ΠΦΥ προκειμένου να αντλήσουν πόρους για να χρηματοδοτηθεί ο τριτογενής τομέας [15]. Αυτό θα έχει ως συνέπεια να χειροτερεύει η υγεία των ατόμων, και να αυξάνεται το κόστος της θεραπείας. Ως απάντηση σε αυτή την πρόκληση, έχουν αναπτυχθεί παρεμβάσεις οι οποίες αφορούν την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, ώστε να επιτυγχάνεται οικονομία κλίμακας αλλά και να αντιμετωπίζονται πιο αποτελεσματικά οι ανάγκες υγείας των ατόμων [16].

1.2. Η Κατάθλιψη στις Μητέρες

1.2.1. Ορισμοί και κλινικά κριτήρια.

Η αυξημένη ερευνητική τεκμηρίωση που παρουσιάστηκε κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1990 για τον τεκμηρίωναν τον πολυεπίπεδο αντίκτυπο της κατάθλιψης σε μητέρες, οδήγησε σε περαιτέρω αύξηση του ερευνητικού και κλινικού ενδιαφέροντος για τη διαταραχή, τους παράγοντες κινδύνου, τις επιπτώσεις της και τους κυριότερους τρόπους αντιμετώπισης [17]. Στην Ευρώπη, η έρευνα και η συνακόλουθα η κλινική πρακτική επικεντρώθηκε περισσότερο περιγεννητική περίοδο (εν. η περίοδος της κύησης και ένα έτος μετά τον τοκετό) [18], ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το ενδιαφέρον επεκτείνεται και πέρα από αυτήν, συμπεριλαμβάνοντας και τις μητέρες με παιδιά 0-5 ετών [19]. Αυτή η διαφορά στην προσέγγιση μεταξύ Ευρώπης και Αμερικής υπάρχει μέχρι σήμερα και διαμορφώνει τόσο τις πρακτικές ανίχνευσης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης που εμφανίζεται σε μητέρες, αλλά και τις πολιτικές που αναπτύσσονται σε απάντηση αυτού του προβλήματος καθώς και τις ερευνητικές περιοχές που αναδεικνύονται.

Ουσιαστικά, είτε αναφερόμαστε στην «επιλόχεια κατάθλιψη» (postnatal/postpartum depression) είτε στην κατάθλιψη που εμφανίζεται σε μητέρες με μικρά παιδιά (maternal depression) μιλάμε για τον ίδιο τύπο διαταραχής, με διαφορετικό χρονικό προσδιορισμό [20]. Για παράδειγμα, αν μια λεχωΐδα εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο τρεις μήνες μετά τον τοκετό και πληρούνται τα συναφή διαγνωστικά κριτήρια, θα λάβει τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ) με τον χρονικό προσδιορισμό της επιλόχειας έναρξης. Με άλλα λόγια, αυτή η διάκριση δεν γίνεται για να εξυπηρετήσει διαγνωστικούς σκοπούς.

Με βάση το DSM-V [21] για να τεθεί η διάγνωση της ΜΚΔ, θα πρέπει να πληρούνται πέντε η περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια τα οποία θα πρέπει να

είναι παρόντα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων και να προκαλούν σημαντική δυσφορία στο άτομο ή/και έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας του. Μια μητέρα δηλαδή, θα πρέπει να εμφανίζει ένα από τα δύο:

- καταθλιπτική διάθεση,
- απώλεια ενδιαφέροντος/ευχαρίστησης,

καθώς και τέσσερα από τα ακόλουθα:

- σημαντική απώλεια βάρους ή ελάττωση/ αύξηση της όρεξης χωρίς το άτομο να βρίσκεται σε δίαιτα,
- αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά,
- ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά,
- κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά,
- αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης/απρόσφορης ενοχής σχεδόν καθημερινά,
- ελαττωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης και αποφασιστικότητας σχεδόν καθημερινά,
- επανερχόμενες σκέψεις θανάτου,

- επανερχόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας [21]. Τα παραπάνω συμπτώματα δε θα πρέπει να εμφανίζονται στο πλαίσιο φυσιολογικού πένθους, ή γενικής ιατρικής κατάστασης ή χρήσης ουσιών [21]. Ωστόσο, ο χρονικός προσδιορισμός της κατάθλιψης δεν αφορά τόσο τις γυναίκες αλλά τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Η κλινική ταξινόμηση της κατάθλιψης (το αν δηλαδή αποτελεί ή όχι χωριστή νοσολογική οντότητα και σε ποια κατηγορία ανήκει) είναι χρήσιμη για τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Για τις μητέρες που υποφέρουν από αυτήν, το σημαντικό είναι να αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι πολλές και σημαντικές επιπτώσεις οι οποίες

θέτουν σε αυξημένο κίνδυνο τόσο τη μητέρα, όσο και το παιδί καθώς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας [22].

1.2.2 Η σημαντικότητα του προβλήματος: επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάθλιψη στις μητέρες.

Οι διαταραχές της διάθεσης και ειδικά η κατάθλιψη, είναι πολύ κοινές, αποτελούν χρόνια νόσημα και έχουν μεγάλο κόστος τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για το σύστημα υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι ως το 2020, η κατάθλιψη θα αποτελεί τη 2^η αιτία ανικανότητας παγκοσμίως [23].

Το ποσοστό του πληθυσμού που υπολογίζεται να έχει κατάθλιψη παγκοσμίως ανήλθε σε 4,4% το έτος 2015, με τις γυναίκες να έχουν ποσοστό 5,1% και τους άνδρες 3,6% [24]. Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη παγκοσμίως, αυξήθηκε από το 2005 έως το 2015 κατά 18,4% και υπολογίζεται σε 322 εκατομμύρια, ενώ από αυτούς, το 12% ζει στην Ευρώπη [24]. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της κατάθλιψης υπολογίζεται σε 5,7% στο γενικό πληθυσμό [24].

Οι γυναίκες εμφανίζουν διπλάσιο ποσοστό κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες [25] με εκείνες που μεγαλώνουν παιδιά να εκδηλώνουν κατάθλιψη σε ποσοστό 10-20% [26]. Ο κίνδυνος που διατρέχουν οι γυναίκες για να εκδηλώσουν κατάθλιψη σε όλη τη διάρκεια της ζωής, ανέρχεται σε ποσοστό 20-25%, ενώ οι άνδρες 7-12% [27]. Για τις γυναίκες 15-44 ετών, η κατάθλιψη αποτελεί την 1η αιτία ανικανότητας και συγκεκριμένα, προσβάλλει 1:10 λεχώιδες χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, 1:4 μητέρες με ιστορικό ΜΚΔ, 1:2 με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ 50-80% των νέων μητέρων εμφανίζει λοχειακή δυσφορία (“baby blues”) η οποία μεταπίπτει σε κατάθλιψη σε ποσοστό 20% [28-31].

Κάθε χρόνο, ανιχνεύονται 400.000 μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη στις ΗΠΑ [31], ενώ το κόστος της κατάθλιψης (σε επίπεδο παραγωγικότητας αλλά και άμεσων ιατρικών δαπανών) να φτάνει ετησίως τα 30-50 δις [32]. Γενικά, το 12% περίπου των λεχωίδων εκδηλώνει κατάθλιψη τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό – το ποσοστό αυτό

διπλασιάζεται για τις γυναίκες που ανήκουν σε χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, ενώ φτάνει ακόμη και το 60% στην κατηγορία των έφηβων μητέρων που ζουν σε φτώχεια [33].

1.2.3 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της κατάθλιψης στις μητέρες και κυριότερες επιπτώσεις.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που εντοπίζονται σε διαφορετικά επίπεδα, αφορούν όλες τις διαστάσεις της υγείας (σωματική, ψυχική, κοινωνική) και αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη σε γυναίκες που είτε βρίσκονται σε επιλόχεια περίοδο, είτε έχουν παιδιά ηλικίας 0-5 ετών. Μάλιστα, η έκθεση σε αυτούς τους παράγοντες δεν ενέχει προσθετικό, αλλά πολλαπλασιαστικό κίνδυνο [34]. Όσο περισσότεροι είναι οι παράγοντες κινδύνου, τόσο συχνότερα εμφανίζεται η διαταραχή και τόσο περισσότερο διαρκεί [35].

Σε βιολογικό επίπεδο, η ύπαρξη χρόνιας ή άλλης σωματικής νόσου, ο χρόνιος πόνος, διαταραχές που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής και τον ύπνο, η χρήση ουσιών καθώς και οι σοβαρές ορμονικές δυσλειτουργίες θέτουν τη γυναίκα σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας [36-39]. Γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης οποιασδήποτε μορφής, ιστορικό κατάθλιψης κατά την επιλόχεια περίοδο, λοχειακή δυσφορία, ιστορικό περιγεννητικής κατάθλιψης ή προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο σε οποιαδήποτε φάση της ζωής, έχουν έως και 50% αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό [34, 36, 40-42]. Αν μια γυναίκα έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με άτομο που έχει ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης ψυχικής διαταραχής, τότε οι πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη είναι αυξημένες από μιάμιση έως τρεις φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [43]. Επιπλέον, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι εκτός από τα προβλήματα υγείας της μητέρας, σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, διαδραματίζουν και τα ιατρικά προβλήματα που παρουσιάζονται στο βρέφος. Μητέρες παιδιών με υπολείπουσα ανάπτυξη, άλλα σοβαρά αναπτυξιακά προβλήματα ή/και άλλα χρόνια σοβαρά νοσήματα (π.χ. γενετικές παθήσεις,

καρδιοπάθεια) έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων κυρίως κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού [44, 45]. Τέλος, άλλοι ερευνητές επισημαίνουν ότι τόσο η αποβολή όσο και η θνησιγένεια αυξάνουν τον κίνδυνο [46].

Εκτός από τους βιολογικούς, υπάρχουν και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει το οικογενειακό πλαίσιο και κυρίως η ποιότητα της σχέσης της μητέρας με τον πατέρα, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον .

Γυναίκες που έχουν αυξημένες συγκρούσεις μέσα στο γάμο, ελλιπή υποστήριξη από τον σύζυγο, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και ανεπαρκή πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες, αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα με την κατάθλιψη [47-49]. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται πολύ όταν είναι κοινωνικά αποκλεισμένες (π.χ. στις περιπτώσεις τοξικοεξάρτησης, μετανάστριες, κ.α.) [50]. Για παράδειγμα, στην περίπτωση γυναικών-μεταναστριών, το κοινωνικό στίγμα για την ψυχική νόσο δεν εμποδίζει μόνο την αναγνώριση του προβλήματος από την οικογένεια και τον σύντροφο και την παροχή υποστήριξης, αλλά και τη συμπεριφορά της γυναίκας για αναζήτηση βοήθειας, με συνέπεια εκτός από τον κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, να μειώνονται οι πιθανότητες έγκαιρης, κατάλληλης και αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης [51, 52]. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ανεξάρτητα από την υποστήριξη που λαμβάνει όντως μια μητέρα από τον σύζυγο και το άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, η υποκειμενική της αντίληψη για την ποιότητα αυτής της υποστήριξης αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας [53]. Στις περιπτώσεις των γυναικών που έχουν ήδη παιδιά, παράγοντες όπως η μετάβαση στο νέο ρόλο που συνεπάγεται παράλληλα

απόσυρση από το επαγγελματικό περιβάλλον όταν αυτό έχει επενδυθεί σημαντικά φαίνεται να συσχετίζονται ισχυρά με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη [46].

Αντίστοιχα, για τις γυναίκες που έχουν ήδη παιδιά, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο αριθμός και η ηλικία των υπόλοιπων παιδιών [50].

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και το να ανήκει στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα συνδέονται τόσο με την εμφάνιση κατάθλιψης, όσο και με δυσκολία προσαρμογής στο γονεϊκό ρόλο [54]. Ειδικότερα, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής αποστέρησης που χαρακτηρίζονται από ανεργία, πολύ χαμηλό εισόδημα και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αποτελούν ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα από την οικογενειακή κατάσταση (το να υπάρχει δηλ. διαζύγιο, να πρόκειται για μονογονεϊκή οικογένεια κ.λ.π) καθώς διαμορφώνουν όχι μόνο τις συνθήκες για να εμφανιστεί η διαταραχή, αλλά μέσα από τον φαύλο κύκλο που δημιουργούν οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, μειώνουν τις πιθανότητες να λάβει η μητέρα έγκαιρα αποτελεσματική θεραπεία και να εξασφαλίσει καλές συνθήκες ανάπτυξης για το παιδί [55-59].

Η κατάθλιψη που εμφανίζεται στις μητέρες με παιδιά ηλικίας 0-5 ετών επιδρά με πολλούς διαφορετικούς τρόπους τόσο στην ίδια και το παιδί, όσο και σε ολόκληρο το σύστημα της οικογένειας [60]. Όπως είναι αναμενόμενο, εκτός από την ψυχική υγεία επηρεάζεται και η σωματική υγεία της μητέρας, καθώς η κατάθλιψη μπορεί να επιδεινώσει προ-υπάρχοντα προβλήματα υγείας, ενώ η παραμέληση προληπτικών πρακτικών (π.χ. ετήσιος προληπτικός έλεγχος) και η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, αυξάνει ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου νοσήματος [61]. Σε μητέρες που εργάζονται, η κατάθλιψη επιδρά στην εργασιακή απόδοση, με συνέπεια να κινδυνεύει ακόμη και η διατήρηση της εργασίας [47, 62].

Η κατάθλιψη δεν επιδρά μόνο στην ίδια τη μητέρα, αλλά και στα παιδιά. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι επιδράσεις υπάρχουν σε όλους τους τομείς ανάπτυξης, ωστόσο η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της γονεϊκής συμπεριφοράς της μητέρας και των αποτελεσμάτων στην ανάπτυξη του παιδιού είναι σύνθετη και εξαρτάται από διάφορες παραμέτρους. Το είδος και η ένταση αυτής της επίδρασης καθορίζεται εν πολλοίς από τη σοβαρότητα, τη χρονιότητα και τη χρονική εμφάνιση της διαταραχής, καθώς και από το πλήθος των παραγόντων κινδύνου στους οποίους είναι εκτεθειμένη η μητέρα, όπως το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, οι συγκρουσιακές σχέσεις στην οικογένεια και η οικονομική αποστέρηση [47, 63-69].

Προγεννητικά, η εμφάνιση της κατάθλιψης έχει συνδεθεί με ελλιπή προγεννητικό έλεγχο και γυναικολογική φροντίδα, φτωχή διατροφή της μητέρας, αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, προεκλαμψίας, χαμηλού βάρους γέννησης και αυτόματης αποβολής [47, 66, 69].

Στην πρώτη βρεφική ηλικία, οι επιδράσεις εντοπίζονται κυρίως σε συμπεριφορικό και γνωστικό επίπεδο, ενώ έρευνες επισημαίνουν αρνητικές μεταβολές στη νευροφυσιολογική ανάπτυξη βρεφών που οι μητέρες τους πάσχουν από κατάθλιψη και διαβιούν σε περιβάλλον παραμέλησης, οι οποίες μάλιστα είναι ορατές στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου [70, 71]. Ακόμη, σε πολλές μελέτες διαπιστώνεται πρόωρη διακοπή του θηλασμού [72, 73] προβλήματα και λανθασμένες πρακτικές σε σχέση με τον ύπνο που θέτουν σε κίνδυνο το βρέφος [64, 74].

Τα βρέφη μητέρων με κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν θυμό και να δυσκολεύονται πολύ να διαχειριστούν το στρες υιοθετώντας ένα προστατευτικό στυλ αλληλεπίδρασης που συχνά περιλαμβάνει παθητικότητα, απόσυρση, προβλήματα στην προσοχή και την ψυχοκινητική διέγερση [64, 65, 67]. Επίσης βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για χαμηλότερη γνωστική επίδοση [38].

Στο πλαίσιο της καθημερινής αλληλεπίδρασης με τη μητέρα, αναπτύσσεται ο δεσμός, η δυάδα μητέρας-βρέφους ο οποίος όπως δείχνουν οι έρευνες, διαταράσσεται σημαντικά όταν η μητέρα πάσχει από κατάθλιψη [75, 76]. Συγκεκριμένα, το μοτίβο αλληλεπίδρασης της δυάδας χαρακτηρίζεται είτε από «επιθετικότητα» (όχι φυσική, εννοούμε εδώ τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα επικοινωνεί με το βρέφος, ο οποίος μπορεί να χαρακτηρίζεται από υπερβολική απαιτητικότητα, απέχθεια/δυσφορία για τις ανάγκες του παιδιού, έντονη ενόχληση για την εξαρτητικότητά του, αισθήματα ενοχής, αίσθημα απώλειας, θυμό και άλλα αρνητικά συναισθήματα της μητέρας η οποία όντας σε κατάθλιψη, δυσκολεύεται πολύ να διαχειριστεί τις ανάγκες του βρέφους και συνακόλουθα, τη σχέση μαζί του) είτε απόσυρση [69, 77]. Τόσο το γονεϊκό στυλ που χαρακτηρίζεται από υπερδιέγερση και υπερβολικό έλεγχο του βρέφους, όσο και εκείνες που υιοθετούν πιο παθητικό στυλ που συνίσταται κυρίως στην απόσυρση και την υπο-διέγερση, επιφέρουν παρόμοια αναπτυξιακά αποτελέσματα στο παιδί [78].

Αυτές οι δυσκολίες της μητέρας εκλαμβάνονται εχθρικά από το βρέφος, καθώς διακόπτουν τη δραστηριότητά, παρεμποδίζουν τις λειτουργίες που αναπτύσσει και του προκαλούν αισθήματα θυμού [79]. Για να αμυνθεί και να προστατέψει τον εαυτό του με κάποιο τρόπο από την «επιθετικότητα» της μητέρας, απομακρύνεται ψυχικά από εκείνη, εσωτερικεύοντας τον θυμό και υιοθετώντας ένα αμυντικό στυλ διαχείρισης του στρες [69, 79, 80]. Από την άλλη, οι μητέρες που εμφανίζουν συμπεριφορά απόσυρσης στο πλαίσιο της δυάδας, δυσκολεύονται πολύ να εμπλακούν συναισθηματικά με το βρέφος, να ανταποκριθούν στις ανάγκες του και να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τη δραστηριότητα που αναπτύσσει [69]. Το βρέφος, ως απάντηση σε αυτή την αρνητική κατάσταση που είναι αδύνατο να διαχειριστεί, αναπτύσσει παθητικότητα ή και απόσυρση [4, 64]. Μάλιστα, μελέτες δείχνουν ότι το

βρέφος εξακολουθεί να παρουσιάζει το ίδιο μοτίβο ακόμα και κατά την αλληλεπίδραση με άλλους ενήλικες, ενώ τα αρνητικά αισθήματα που βιώνει εμποδίζουν τη μάθηση και την επεξεργασία πληροφοριών [65, 81].

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η κατάθλιψη της μητέρας δεν επηρεάζει μόνο τα παιδιά βρεφικής ηλικίας αλλά και την ανάπτυξη των παιδιών νηπιακής και προσχολικής ηλικίας. Οι μητέρες με κατάθλιψη, γενικά δεν ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες των παιδιών τους [81]. Δυσκολεύονται με την οριοθέτηση, έχουν πολλά αρνητικά συναισθήματα με συνέπεια να μη μπορούν να αποτελέσουν για τα παιδιά ένα λειτουργικό πρότυπο ως προς την αυτορρύθμιση, τη διαχείριση του στρες και την επίλυση προβλημάτων [63, 82, 83]. Διαχρονικές έρευνες που συνέκριναν νήπια μητέρων με και χωρίς κατάθλιψη, διαπίστωσαν ότι τα πρώτα εμφανίζουν συχνότερα παθητική επιθετικότητα και δυσκολία αυτορρύθμισης, έλλειψη πειθαρχίας και συμπεριφορές αυτονόμησης που δεν αντιστοιχούσαν στο αναπτυξιακό τους στάδιο [83]. Οι μητέρες τους, τα αξιολογούν συχνότερα ως περισσότερο ευάλωτα και μάλιστα, αυτή η ευαλωτότητα συσχετίστηκε θετικά τόσο με το υποκείμενο αίσθημα δυσφορίας της μητέρας, όσο και με προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης στο παιδί όπως καταθλιπτικά συμπτώματα, επιθετικότητα και διάσπαση προσοχής [69, 79]. Επιπλέον, άλλοι ερευνητές τονίζουν ότι τα νήπια μητέρων με κατάθλιψη έχουν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στο να συνάψουν φιλίες με συνομηλίκους και να συμμετάσχουν σε δημιουργικά παιχνίδια [84]. Αυτά τα αποτελέσματα στην ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας, έχουν ανεξάρτητη και ισχυρή συσχέτιση με την ύπαρξη κατάθλιψης στη μητέρα, ακόμη και αν η τελευταία ελεγχθεί συνδυαστικά με δημογραφικές μεταβλητές, όπως οι συγκρούσεις

στο γάμο, οι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία και ο αριθμός των αδελφών κ.α. [63, 85].

Επιπρόσθετα, τα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τη σταθερή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης της μητέρας και του αρνητικού αντίκτυπου στη γνωστική ανάπτυξη των νηπίων, η οποία μάλιστα φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό δείκτη για τη φτωχή γνωστική ανάπτυξη στην προσχολική ηλικία [86, 87]. Μάλιστα, σε κάποιες έρευνες τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα στις αρνητικές επιδράσεις της κατάθλιψης σε γνωστικό επίπεδο σε σχέση με τα κορίτσια [88].

Ωστόσο και στα δύο φύλα παρατηρείται σταθερά μειωμένη γλωσσική και γνωστική λειτουργικότητα και επίδοση, ανεξάρτητα από τη σειρά γέννησης, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των γονιών, την οικογενειακή κατάσταση και τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις [87]. Τέλος, κάποιοι ερευνητές επισημαίνουν την αρνητική επίδραση της κατάθλιψης στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων ασφαλείας (π.χ. χρήση παιδικού καθίσματος στο αυτοκίνητο) [66] καθώς και στη χρήση υπηρεσιών υγείας όπου ανάλογα με τα συμπτώματα που εμφανίζει η μητέρα, παρατηρείται είτε υπερβολική χρήση παιδιατρικών υπηρεσιών (λόγω αυξημένης και επίμονης ανησυχίας της μητέρας για την υγεία του παιδιού της) είτε παραμέληση της σωματικής υγείας του παιδιού και μειωμένη χρήση παιδιατρικών υπηρεσιών (π.χ. εμβολιαστικό πρόγραμμα) [61, 89-91].

Η κατάθλιψη που εμφανίζεται σε μητέρες με παιδιά ηλικίας 0-5 ετών έχει ερευνηθεί περισσότερο, ίσως επειδή όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο μεγαλύτερος είναι ο αντίκτυπος που επιφέρει. Ωστόσο, σχετικές έρευνες επισημαίνουν ότι οι επιδράσεις δε σταματούν στα 5 έτη, αλλά εντοπίζονται και στα παιδιά σχολικής ηλικίας, ακόμη και στην εφηβεία [92]. Οι κυριότερες επιδράσεις στα παιδιά σχολικής ηλικίας αφορούν προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης, σοβαρές δυσκολίες

προσαρμοστικότητα, αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (κυρίως κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές προσαρμογής), χαμηλή σχολική επίδοση και σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες [93-99].

Αντίστοιχα, στους εφήβους οι κυριότερες επιπτώσεις της κατάθλιψης της μητέρας σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών δυσκολιών, υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών της διάθεσης με πιο συχνή την κατάθλιψη (και έναρξη από τα 15-20), ενώ τα προβλήματα που αναφέρονται κατά τη σχολική ηλικία σε σχέση με τη φτωχή επίδοση και τις χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, φαίνεται να παραμένουν και να εντείνονται στην εφηβεία [92, 100-103].

2. Η Ανίχνευση της Κατάθλιψης της Μητέρας στο Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

2.1 Η υπο-αναγνώριση της κατάθλιψης των μητέρων στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: παράγοντες στους οποίους οφείλεται το πρόβλημα.

Η έρευνα έχει δείξει ότι η κατάθλιψη πρέπει να αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όχι απλά λόγω του ότι η τελευταία αποτελεί «το πρώτο σημείο εισόδου του ασθενούς στο σύστημα υγείας» [9], αλλά κυρίως εξαιτίας της ερευνητικής τεκμηρίωσης των τελευταίων δεκαετιών που δείχνει ότι, αφενός οι ασθενείς με προβλήματα κατάθλιψης (αλλά και άγχους που πολλές φορές συνυπάρχουν) προσφεύγουν στην ΠΦΥ για αναζήτηση βοήθειας [10, 104, 105] και αφετέρου, ότι ο έγκαιρος εντοπισμός ή/και η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στο πλαίσιο της ΠΦΥ εξασφαλίζει καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού, συμβάλλοντας παράλληλα στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας [105].

Σε χώρες που η ΠΦΥ είναι οργανωμένη με σύστημα «gate-keeping», το ποσοστό των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζονται σε αυτήν φτάνει το 90% [106, 107]. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε σχετική επιδημιολογική έρευνα στο πρωτοβάθμιο πλαίσιο, σημειώνει ότι 26% των ατόμων που επισκέφτηκαν τον γενικό ιατρό πληρούσαν τα κριτήρια για τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή (κατά ICD-10) ενώ στο 17% αυτών των περιπτώσεων, επρόκειτο για κατάθλιψη [107, 108]. Άλλες έρευνες εντοπίζουν ποσοστό που κυμαίνεται από 5%-15% για τη συχνότητα εμφάνισης των ψυχιατρικών διαταραχών στο πλαίσιο της ΠΦΥ [109, 110]. Εξαιτίας της εστίασης της παρούσας διατριβής στους ενήλικες, δεν

αναφέρονται επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν στα παιδιά, ωστόσο η εικόνα και σε αυτούς τους πληθυσμούς είναι παρόμοια [111, 112].

Για κάθε εκατό (100) άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, το 50% θα αναζητήσει βοήθεια στα πλαίσια της ΠΦΥ και στις μισές περιπτώσεις θα παραμείνει χωρίς αναγνώριση και αντιμετώπιση [113]. Παρόμοια κατάσταση επικρατεί και στην περίπτωση των μητέρων με προβλήματα κατάθλιψης. Οι δύο βασικές ευκαιρίες για έγκαιρη ανίχνευση της κατάθλιψης σε μητέρες που έχουν παιδιά 0-5 ετών παρέχονται: α) στο μαιευτικό πλαίσιο, β) στο παιδιατρικό πλαίσιο [20, 22, 26, 114-116]. Η χρονική περίοδος που ακολουθεί μετά τον τοκετό και οι αλλαγές που συνεπάγεται σε ψυχικό και οργανικό επίπεδο για τη μητέρα, καθώς και η συχνή επαφή με τον γυναικολόγο και το μαιευτικό προσωπικό κατά το πρώτο διάστημα, διευκολύνουν την εφαρμογή πρακτικών εντοπισμού της κατάθλιψης [117]. Ωστόσο, η περίοδος αυτή είναι σύντομη και μπορεί μεν να προσφέρει ευκαιρίες ανίχνευσης για την επιλόχεια κατάθλιψη (που τοποθετείται έως και ένα έτος μετά τον τοκετό), αν όμως τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανιστούν πέραν αυτού του διαστήματος, τότε η μητέρα κινδυνεύει να παραμείνει χωρίς έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπιση, εκτός και αν επιδιώξει η ίδια να απευθυνθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας, γεγονός όχι και τόσο συχνό, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία [22].

Από την άλλη, η συχνή ανάγκη παρακολούθησης του βρέφους από τον παιδίατρο για μακρά χρονική περίοδο, καθώς και οι πολλές και διαφορετικές ανάγκες του βρέφους (η ικανοποίηση των οποίων δημιουργεί συχνά αυξημένη δυσκολία στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης), δημιουργεί σημαντικές ευκαιρίες έγκαιρου εντοπισμού της κατάθλιψης σε μητέρες με μικρά παιδιά, καθιστώντας το παιδιατρικό πλαίσιο προνομιακό πεδίο για την εφαρμογή πρακτικών έγκαιρου εντοπισμού, ανίχνευσης και παραπομπής γυναικών με προβλήματα

κατάθλιψης [118]. Οι τακτικές επισκέψεις της μητέρας στον παιδίατρο αφορούν τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, αλλά και στα μεσοδιαστήματα μεταξύ 2, 4, 6, 9 και 12 μηνών αντίστοιχα [119] και συνεχίζονται συστηματικά και μετά τον πρώτο χρόνο, χωρίς να παραλείπουμε τις επισκέψεις που αφορούν την παρακολούθηση του παιδιού για διάφορα προβλήματα υγείας. Επιπλέον, αν η μητέρα έχει και άλλο παιδί, πιθανά να έχει ήδη αναπτυχθεί μια μακροχρόνια σχέση εμπιστοσύνης με τον παιδίατρο [61, 120]. Ενδεικτικά, δυο αντιπροσωπευτικές έρευνες που εξέτασαν τη μεταβολή στα ποσοστά ανίχνευσης της κατάθλιψης ύστερα από την εφαρμογή των αντίστοιχων πρακτικών από τον παιδίατρο, έδειξαν ότι, η βελτίωση στα ποσοστά ανίχνευσης της κατάθλιψης αυξήθηκε από 1,6% σε 8,5% [20] στη μία περίπτωση και από 29% σε 40% στην άλλη [42]. Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι, η αύξηση αυτή δε συνεπάγεται απαραίτητα αύξηση της κατάθλιψης σε επιδημιολογικό επίπεδο, καθώς δεν αρκεί το να έχει μια μητέρα το σκορ που κάθε φορά απαιτείται στο τεστ ανίχνευσης για να λάβει τη διάγνωση κάποιου τύπου συναισθηματικής διαταραχής. Το τεστ ανίχνευσης δείχνει απλά τον κίνδυνο να υπάρχει η διαταραχή και λειτουργεί ως σήμα κινδύνου για την ανάγκη παραπομπής της μητέρας, ώστε να επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας, να αξιολογηθεί κλινικά και να λάβει τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση που χρειάζεται [121].

Την τελευταία δεκαετία έχει σημειωθεί μεγάλη ερευνητική πρόοδος γύρω από το ζήτημα της ανίχνευσης της κατάθλιψης σε μητέρες παιδιών 0-5 ετών. Πλέον, οι περισσότεροι ερευνητές αλλά και οι διεθνείς φορείς που ασχολούνται με το ζήτημα, προτείνουν τη συστηματική εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ. Ωστόσο, παρά τις διεθνείς συστάσεις, τα ποσοστά υιοθέτησης αυτών των πρακτικών από τον παιδίατρο, παραμένουν χαμηλά. Ενδεικτικά, η εθνική

έρευνα για την υγεία των παιδιών προσχολικής ηλικίας («National Survey on Early Childhood Health») που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και ανέλυσε δεδομένα που είχαν συγκεντρωθεί το 2000 (από το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας «National Center for Health Statistics») για δείγμα 2068 γονιών, έδειξε ότι ποσοστό 86.1% αυτών δεν είχαν ερωτηθεί για προβλήματα κατάθλιψης και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου στην οικογένεια, ενώ θα έπρεπε βάσει των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών της οικογένειας και των παραγόντων κινδύνου των γονιών [122].

Ένας από τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν στην υπο-αναγνώριση της κατάθλιψης σε μητέρες, είναι το ότι παιδίατροι δε χρησιμοποιούν εργαλεία ανίχνευσης ή άλλες επίσημες και σταθμισμένες μεθόδους εντοπισμού, αλλά προτιμούν γενικά την παρατήρηση [118, 123, 124]. Μάλιστα, φαίνεται ότι η παρατήρηση οδηγεί σε επιτυχημένη ανίχνευση της κατάθλιψης σε ποσοστό μικρότερο από το 50% των περιπτώσεων των γυναικών που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα και θα μπορούσαν να είχαν ανιχνευθεί έγκαιρα αν οι παιδίατροι χρησιμοποιούσαν τα κατάλληλα εργαλεία [123, 125]. Ωστόσο τα εμπόδια που σχετίζονται με την ελλιπή εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής των μητέρων με κατάθλιψη στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ, δεν εξαντλούνται στην ελλιπή χρήση εργαλείων ανίχνευσης, αλλά είναι πολλά και πολυεπίπεδα. Οι περισσότερες έρευνες τα εντοπίζουν και τα αναλύουν στο επίπεδο του παιδίατρου, του ασθενούς, του συστήματος υγείας και των δημόσιων πολιτικών υγείας.

Στο επίπεδο του παιδίατρου, τα κυριότερα εμπόδια αφορούν: έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων για τα θέματα ψυχικής υγείας και ειδικότερα σε ό,τι αφορά στην εμφάνιση των συμπτωμάτων, τις επιπτώσεις, τους τρόπους εντοπισμού και τη διαχείριση της κατάθλιψης στις μητέρες μικρών παιδιών, χαμηλή αίσθηση αυτό-

αποτελεσματικότητας του παιδιάτρου στην εφαρμογή πρακτικών έγκαιρης ανίχνευσης και διαχείρισης της κατάθλιψης, φόβος στιγματισμού της μητέρας, αντιλήψεις που σχετίζονται με το ότι οι μητέρες δεν είναι δεκτικές σε τέτοιες συζητήσεις, αλλά και αντιλήψεις που αφορούν στην επάρκεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, όπως και λανθασμένες πεποιθήσεις για την αιτιολογία, την εμφάνιση και την θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά και προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες του παιδιάτρου με επαγγελματίες ψυχικής υγείας [13, 22, 118, 126-129]. Σε σχέση με τις στάσεις που διατηρούν οι παιδίατροι σχετικά με το αν ανήκει στην περιοχή της ευθύνης τους η ανίχνευση και παραπομπή/διαχείριση των μητέρων με κατάθλιψη, τα ερευνητικά δεδομένα δε συγκλίνουν προς μια κατεύθυνση [26, 121, 126, 130]. Σε κάποιες έρευνες φαίνεται ότι οι παιδίατροι αναγνωρίζουν ότι είναι στον ρόλο τους η ανίχνευση και παραπομπή μητέρων με κατάθλιψη, αλλά δεν αισθάνονται επαρκείς σε γνώσεις και δεξιότητες για να εφαρμόσουν τις αντίστοιχες στρατηγικές [26, 116, 131], ενώ σε άλλες μελέτες φαίνεται ότι παρ' ότι θεωρούν την ψυχική υγεία των γονιών σημαντική για την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού, θεωρούν ως ασθενή τους το παιδί και όχι τη δυάδα μητέρας-παιδιού ή την οικογένεια, με αποτέλεσμα να πιστεύουν ότι ο έγκαιρος εντοπισμός της κατάθλιψης δεν είναι στο πλαίσιο των καθηκόντων τους [91, 115].

Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι δεξιότητες του παιδιάτρου σε σχέση με την ανίχνευση και παραπομπή των μητέρων με κατάθλιψη αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες, καθώς τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι αποτελούν προγνωστικό δείκτη των πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής [91, 126]. Με άλλα λόγια, όσες περισσότερες γνώσεις, καλά ανεπτυγμένες δεξιότητες, θετικές στάσεις και πεποιθήσεις και αυξημένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας έχει ο παιδίατρος για τον έγκαιρο εντοπισμό και την παραπομπή των μητέρων με προβλήματα κατάθλιψης,

τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να εφαρμόσει τις αντίστοιχες πρακτικές [26, 89, 91]. Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος για τον οποίο, η συντριπτική πλειοψηφία των παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται στο επίπεδο του παιδίατρο και έχουν ως κύριο στόχο την αύξηση του εντοπισμού των γυναικών με κατάθλιψη στο παιδιατρικό πλαίσιο, στοχεύουν στη βελτίωση των γνώσεων, των δεξιοτήτων, των στάσεων, των πεποιθήσεων και της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας του παιδίατρο στην εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής [16, 20, 132].

Τα χαμηλά επίπεδα του ποσοστού των μητέρων με κατάθλιψη που εντοπίζονται στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ, δεν οφείλονται μόνο στα εμπόδια που αντιμετωπίζει ο ίδιος ο παιδίατρος στην εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και διαχείρισης - υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τις ίδιες τις μητέρες. Νωρίτερα σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρθηκε ότι, μεγάλο ποσοστό των παιδιάτρων διεθνώς, θεωρεί ότι οι μητέρες δεν είναι δεκτικές στο ενδεχόμενο να συζητήσουν θέματα ψυχικής υγείας και ειδικότερα την κατάθλιψη με τον ιατρό που παρακολουθεί το παιδί τους. Τα ερευνητικά δεδομένα ωστόσο δείχνουν ότι ισχύει το αντίθετο, αφού η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δείχνει να εμπιστεύεται τον παιδίατρο για τα ζητήματα αυτά [133-136]. Βέβαια, σε αρκετές περιπτώσεις οι μητέρες δε γνωρίζουν ότι μπορούν να απευθυνθούν στον παιδίατρο για θέματα κατάθλιψης, όταν όμως έχουν κατάλληλη και επαρκή πληροφόρηση, είναι δεκτικές σε αυτό το ενδεχόμενο [134]. Αυτό ίσως να σχετίζεται με το ότι, πολλές μητέρες ανησυχούν για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης στην ανάπτυξη του παιδιού, σε βαθμό που να αποτελεί και τον κυριότερο λόγο για τον οποίο αποφασίζουν να ζητήσουν βοήθεια [136]. Έτσι, θεωρούν τον παιδίατρο ως το κατάλληλο πρόσωπο προκειμένου να τις κατευθύνει σωστά για να αναζητήσουν βοήθεια για την κατάθλιψη και να τις υποστηρίξει ώστε

να αντιστραφούν τα αποτελέσματα που ενδεχομένως έχει η κατάθλιψη στην υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού [50].

Τα εμπόδια στο επίπεδο του ασθενούς αφορούν κυρίως τις δυσκολίες για αναζήτηση βοήθειας σε σχέση με την κατάθλιψη και εστιάζονται σε: ελλειπείς γνώσεις της μητέρας για την κατάθλιψη και την ψυχική υγεία, κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, κανονικοποίηση των συμπτωμάτων, λανθασμένες αντιλήψεις για την κατάθλιψη και τον μητρικό ρόλο, ελλιπή δεκτικότητα του συντρόφου της μητέρας και του άμεσου οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος σε σχέση με τα θέματα ψυχικής υγείας [52, 60, 133, 137-146]. Πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν συστηματικά, ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο περιβάλλον της μητέρας (και ειδικά τις αντιλήψεις του συντρόφου της για τα ζητήματα ψυχικής υγείας), και την πιθανότητα να αναζητήσει βοήθεια για προβλήματα κατάθλιψης - όσο πιο δεκτικός είναι ο σύντροφός της, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες [40, 147, 148]. Ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού για την κατάθλιψη όπως και οι προκαταλήψεις και οι λανθασμένες πεποιθήσεις που διατηρούν πολλές φορές τα μέλη του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την αναζήτηση βοήθειας [148]. Συγχρόνως, οι αυξημένες απαιτήσεις που έχει η ίδια η μητέρα από τον εαυτό της σε σχέση με την εκπλήρωση του μητρικού ρόλου, αλλά και τα κοινωνικά στερεότυπα που εστιάζουν μονοδιάστατα στην καλή πλευρά της μητρότητας αποσιωπώντας τις δύσκολες πτυχές, εμποδίζουν τις μητέρες να αναζητήσουν έγκαιρα βοήθεια για τα ζητήματα κατάθλιψης, διότι αισθάνονται ότι η αποδοχή του προβλήματος είναι συνώνυμη μιας ομολογίας αποτυχίας σε πολλαπλά επίπεδα, όπως το: μητρικό, συζυγικό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο [120, 126].

Θετική συσχέτιση εντοπίζεται και ανάμεσα στο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της μητέρας και την απόφαση της να αναζητήσει βοήθεια. Η έρευνα έχει δείξει ότι τόσο το εκπαιδευτικό όσο και το οικονομικό επίπεδο (που συναποτελούν το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο) επιδρούν με διπλό τρόπο στη συμπεριφορά της μητέρας: α) όσο χαμηλότερο είναι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει μια μητέρα να αναζητήσει έγκαιρα βοήθεια για θέματα κατάθλιψης κυρίως για λόγους κόστους της θεραπείας, αλλά και β) όσο υψηλότερο είναι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της μητέρας, τόσο περισσότερες γνώσεις έχει για τα θέματα ψυχικής υγείας και λιγότερες λανθασμένες πεποιθήσεις, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες να αναζητήσει έγκαιρα βοήθεια [131, 143, 144, 146]. Μάλιστα, στις περιπτώσεις έφηβων μητέρων με κατάθλιψη, καθώς και ενήλικων μητέρων μεταναστριών, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο εκτός από παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης [120], φαίνεται να αποτελεί παράλληλα και έναν από τους προγνωστικούς παράγοντες για την αναζήτηση βοήθειας [149, 150].

Εκτός από το επίπεδο του παιδίατρου και το επίπεδο του ασθενούς, υπάρχουν και κάποιοι παράγοντες που αφορούν το θεσμικό επίπεδο, που περιλαμβάνει το σύστημα υγείας και τις πολιτικές υγείας που επηρεάζουν με τη σειρά τους τον έγκαιρο εντοπισμό και την παραπομπή των μητέρων με κατάθλιψη. Οι κυριότεροι από αυτούς, είναι: ο περιορισμένος χρόνος των παιδιατρικών επισκέψεων στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος υγείας, η έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού ανάμεσα στις υπηρεσίες της ΠΦΥ και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η ελλιπής συνεργασία ανάμεσα στους παιδίατρους/επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η μεγάλη λίστα αναμονής για ραντεβού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το κόστος της θεραπείας, ο κατακερματισμός υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας, η συγκέντρωση επαγγελματιών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα μεγάλα

αστικά κέντρα, η έλλειψη στη συνέχεια της φροντίδας και η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας [17, 18, 115, 117, 120, 126, 137, 145]. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και η ύπαρξη κεντρικού σχεδιασμού πολιτικών υγείας που προσανατολίζεται στη φροντίδα της οικογένειας (family-centered care) στο παιδιατρικό πλαίσιο [29] . Με αυτόν τον τρόπο διαμορφώνεται ένα πλαίσιο στην ΠΦΥ όπου ασθενής θεωρείται η οικογένεια και όχι το παιδί ή η δυάδα μητέρας-παιδιού, με αποτέλεσμα να διευκολύνεται σημαντικά ο παιδίατρος στο να εφαρμόσει πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής για ζητήματα κατάθλιψης και να ανταποκρίνεται με πιο ολοκληρωμένο και συστηματικό τρόπο στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των μελών της οικογένειας, αρκεί βέβαια να υπάρχει αντίστοιχα, και ολοκληρωμένος και συστηματικός κεντρικός πολιτικός σχεδιασμός και υποστήριξη [19, 22, 30, 151, 152]. Το μοντέλο αυτό, της οικογενειακά εστιασμένης φροντίδας (family-centered care) αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ από την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία και αποτελεί το πιο σύγχρονο, ολοκληρωμένο και επιστημονικά τεκμηριωμένο πλαίσιο για την ολιστική προσέγγιση της υγείας της οικογένειας στο πλαίσιο της ΠΦΥ, διεθνώς [19, 151, 153-156].

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ο μέσος χρόνος διάρκειας ενός παιδιατρικού ραντεβού στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος υγείας, είναι 10-15 λεπτά [131]. Πολλές φορές όμως, αυτός ο χρόνος δαπανάται στην ιατρική εξέταση εξαιτίας κάποιου αιφνίδιου προβλήματος υγείας (π.χ. κρυολόγημα) που μπορεί να παρουσιάσει το παιδί, με αποτέλεσμα ακόμη και αν ο παιδίατρος είναι εκπαιδευμένος και η μητέρα δεκτική να συζητήσουν για την κατάθλιψη, να μην υπάρχει χρόνος για μια τέτοια συζήτηση. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί πολλές φορές τη μητέρα στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα της δεν είναι σημαντικά και ότι θα περάσουν με την πάροδο του χρόνου, καθιστώντας ακόμη δυσκολότερο να ζητήσει βοήθεια σε

επόμενο ραντεβού από τον παιδίατρο [58]. Η έλλειψη χρόνου και η αίσθηση ανεπάρκειας ως προς τη διαχείριση της κατάθλιψης, οδηγεί πολλές φορές στο να παραβλέπονται τα συμπτώματα, τα οποία με τη σειρά τους εντείνονται, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο όπου τα συστημικά εμπόδια ανατροφοδοτούν εκείνα στο επίπεδο του παιδίατρο και της μητέρας, και αντίστροφα [127, 131].

Ο έγκαιρος εντοπισμός των μητέρων με κατάθλιψη από τον παιδίατρο, προϋποθέτει τη δυνατότητα παραπομπής – σε κάθε άλλη περίπτωση είναι αντιδεοντολογικό και επικίνδυνο να ανιχνεύονται μητέρες χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα να λάβουν κατάλληλη βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας [26, 126]. Ωστόσο, η έλλειψη υπηρεσιών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, δυσχεραίνει την ανίχνευση των μητέρων με κατάθλιψη και μειώνει την πιθανότητα να εφαρμόσει ο παιδίατρος τέτοιες πρακτικές, ειδικά στις περιπτώσεις ημι-αστικών περιοχών όπου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σπανίζουν [131]. Επιπλέον, δεν αρκεί οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας να είναι διαθέσιμες και επαρκείς, θα πρέπει να είναι και προσβάσιμες. Αν η ασφάλεια υγείας της μητέρας καλύπτει δαπάνες για υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ανάλογα με το σύστημα υγείας και ασφαλιστικής κάλυψης που ισχύει σε κάθε χώρα), αυξάνονται οι πιθανότητες να εφαρμόσει ο παιδίατρος πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, ακόμη κι αν υπάρχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες, στην πραγματικότητα η μητέρα δεν έχει πρόσβαση σε αυτές, άρα και οι πιθανότητες να παραπεμφθεί μειώνονται σημαντικά [114, 146, 157].

2.2 Βέλτιστες πρακτικές και κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε μητέρες στο παιδιατρικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν στο Κεφάλαιο 1.1., τα επίπεδα της πρόληψης των ψυχιατρικών διαταραχών είναι όμοια με εκείνα που ισχύουν και για τα σωματικά νοσήματα (π.χ μη μεταδιδόμενες ασθένειες). Οι περισσότερες παρεμβάσεις πρόληψης της κατάθλιψης στις μητέρες, μπορούν να ταξινομηθούν με βάση το μοντέλο των P Mrazek and R Haggerty [6] που περιλαμβάνει τρία βασικά επίπεδα πρόληψης, προτείνοντας αντίστοιχες δράσεις και στρατηγικές: i) τις καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης (universal prevention) που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό ή σε ομάδες του γενικού πληθυσμού, οι οποίες όμως δε βρίσκονται ακόμη σε κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής, ii) τις επιλεκτικές παρεμβάσεις πρόληψης (selective prevention) οι οποίες εστιάζουν σε άτομα ή υπο-ομάδες του πληθυσμού που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής σε σχέση με τον μέσο όρο, iii) ενδεικνυόμενες παρεμβάσεις πρόληψης (indicated prevention), οι οποίες απευθύνονται σε ομάδες και άτομα υψηλού κινδύνου τα οποία έχουν ελάχιστα αλλά ανιχνεύσιμη συμπτωματολογία. Το μοντέλο αυτό τροποποιήθηκε από την Margaret Barry [7], ώστε να συμπεριλάβει και τις παρεμβάσεις που αφορούν την ενίσχυση της θετικής ψυχικής υγείας. Έτσι, εκτός από το μέρος του συνεχούς που αφορά την πρόληψη, τη θεραπεία και τη διατήρηση της υγείας, προστέθηκε το πεδίο των δράσεων προαγωγής ψυχικής υγείας, οι οποίες στοχεύουν στην ενδυνάμωση, την ανάπτυξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της επάρκειας των ατόμων, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν το στρες της καθημερινής ζωής [158]. Όλες αυτές οι στρατηγικές, είτε αφορούν στην πρόληψη είτε

στη θεραπεία, είτε στην προαγωγή ψυχικής υγείας, μοιράζονται έναν κοινό πυρήνα που εστιάζει στην προαγωγή της ποιότητας ζωής και της ευεξίας των ατόμων [7].

Το Πανευρωπαϊκό Δίκτυο για την Εφαρμογή Δράσεων Προαγωγής Ψυχικής Υγείας («Implementing Mental Health Promotion Action» (Imhpa)), συνοψίζοντας τις καλές πρακτικές για την προαγωγή ψυχικής υγείας, εντοπίζει δέκα περιοχές δράσης ανάμεσα στις οποίες είναι, η υποστήριξη των γονιών και των πρώτων χρόνων της ζωής του παιδιού, η αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, η πρόληψη της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας, η ανάπτυξη συνεργατικότητας και διασύνδεσης ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και η διατομεακή συνεργασία [159]. Εκτός από τα παραπάνω πεδία δράσης, το Δίκτυο προτείνει ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στηρίζονται στις ακόλουθες αρχές: α) επέκταση των γνώσεων για την ψυχική υγεία, β) υποστήριξη της αποτελεσματικής εφαρμογής, γ) ανάπτυξη δυναμικού και εκπαίδευση του προσωπικού, δ) εμπλοκή διαφορετικών φορέων, ε) αξιολόγηση του αντίκτυπου πολιτικών και προγραμμάτων που εφαρμόζονται [159].

Οι περισσότερες παρεμβάσεις που στοχεύουν στον έγκαιρο εντοπισμό και την ανίχνευση της κατάθλιψης, συνδυάζουν στρατηγικές από τις κατηγορίες των επιλεκτικών («selective») και ενδεικνυόμενων («indicated») παρεμβάσεων, καθώς απευθύνονται τόσο σε μητέρες που έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη, αλλά κυρίως σε αυτές που έχουν ήδη εμφανίσει κάποια συμπτώματα [5]. Συνήθως, αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούν μέρος ευρύτερων, πολυεπίπεδων προγραμμάτων που στοχεύουν μεταξύ άλλων και σε οργανωσιακές αλλαγές, όπως είναι η συμπερίληψη ειδικών ψυχικής υγείας στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας («co-location») και άλλες στρατηγικές που ακολουθούνται για τη διαχείριση των

χρόνιων νοσημάτων στο πλαίσιο της ΠΦΥ και βασίζονται στο Chronic Care Model [160].

Μια από τις βασικές στρατηγικές που ενσωματώνουν όλα τα προγράμματα που στοχεύουν στην πρόληψη της κατάθλιψης στις μητέρες στο πλαίσιο της ΠΦΥ, είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (και συγκεκριμένα των παιδιάτρων), ανεξάρτητα από τις υπόλοιπες παρεμβάσεις που συμπεριλαμβάνονται σε κάθε πρόγραμμα [20, 56, 118, 127, 128]. Κι αυτό διότι, η αντιμετώπιση των παραγόντων που εντοπίζονται στο επίπεδο του επαγγελματία υγείας (γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες, αυτό-αποτελεσματικότητα) αποτελούν το πρώτο καθοριστικό βήμα για την αλλαγή της οργανωσιακής πρακτικής που ακολουθεί το πλαίσιο που παρέχει τη φροντίδα [26, 126]. Χωρίς εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα σε επίπεδο βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού, ενώ θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι παράγει και ζημιά, στο βαθμό στον οποίο δαπανώνται πόροι χωρίς το αντίστοιχο όφελος, με συνέπεια να υπονομεύεται η βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας [114]. Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε παιδιάτρους (ή/και σε άλλες ομάδες επαγγελματιών) που εργάζονται στην ΠΦΥ, στοχεύουν παράλληλα και στην αλλαγή των στάσεων για την κατάθλιψη και την ψυχική υγεία γενικότερα, την αλλαγή πεποιθήσεων που συνδέονται με την αιτιολογία και τον αντίκτυπο της κατάθλιψης τόσο στην ίδια τη μητέρα όσο και στο παιδί., την αύξηση των γνώσεων για τα κλινικά σημεία και συμπτώματα και τους τρόπους επίδρασης της κατάθλιψης στο παιδί και τη μητέρα, καθώς και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων για την εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και διαχείρισης και τέλος, την αύξηση της αίσθησης της αυτό-αποτελεσματικότητας του παιδιάτρου στην εφαρμογή αυτών των πρακτικών [26, 55, 134, 161-164].

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, τα προγράμματα αυτά είναι πολυεπίπεδα και ενσωματώνουν στρατηγικές που απευθύνονται τόσο στο καθολικό επίπεδο (universal prevention), με στόχο την ενίσχυση της θετικής ψυχικής υγείας μητέρων που δε βρίσκονται σε κίνδυνο για κατάθλιψη, όσο και στο επίπεδο της επιλεκτικής παρέμβασης (selective prevention) για μητέρες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα, αλλά και σε εκείνο της ενδεικνυόμενης παρέμβασης (indicated prevention) για τις μητέρες που έχουν ήδη εμφανίσει ελάσσονα, ήπια ή μείζονα συμπτωματολογία [5, 165].

Τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα δεν στηρίζονται σε κάποιο θεωρητικό μοντέλο, αλλά ενσωματώνουν στρατηγικές οι οποίες έχει φανεί από την ερευνητική τεκμηρίωση ότι είναι αποτελεσματικές (evidence based) στην αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάθλιψης στις μητέρες [19, 166, 167]. Τα τρία βασικά συστατικά στοιχεία των προγραμμάτων που αποτελούν τις βέλτιστες πρακτικές και έχουν θετική επίδραση στην ανίχνευση και παραπομπή μητέρων με καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ μεταφράζονται και σε θετικά αποτελέσματα για την ψυχική τους υγεία, είναι: α) η καθολική χρήση εργαλείων ανίχνευσης για την αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και ανίχνευση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου της μητέρας, β) εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χορήγηση των εργαλείων ανίχνευσης και ανάπτυξη/τροποποίηση των στάσεων, πεποιθήσεων, δεξιοτήτων που απαιτούνται για τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και την ολοκληρωμένη διαχείριση της κατάθλιψης ανάλογα με τη στρατηγική που υιοθετείται (παροχή συμβουλευτικής από ειδικό ψυχικής υγείας που βρίσκεται στην ίδια δομή με τον επαγγελματία ΠΦΥ, παραπομπή σε ειδικό ψυχικής υγείας που βρίσκεται σε άλλη δομή – συνεργασία με τον επαγγελματία ΠΦΥ για την παρακολούθηση), γ) παροχή υποστήριξης στους

επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ που συνεργάζονται με τον παιδίατρο (ή τον οικογενειακό ιατρό, ή τον γυναικολόγο ή όποιον άλλο επαγγελματία της ΠΦΥ έχει την κύρια ευθύνη για την ανίχνευση και παραπομπή της μητέρας) ώστε να διασφαλιστεί ότι η παραπομπή είναι ολοκληρωμένη και η μητέρα λαμβάνει τη βοήθεια που χρειάζεται [163, 166, 168-175]. Είναι εντυπωσιακό ότι, στις παρεμβάσεις που γίνονται σε γυναικολόγους και γενικούς ιατρούς, σπάνια εντάσσεται στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται η αξιολόγηση του παιδιού για τον εντοπισμό αναπτυξιακών δυσκολιών ή άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάθλιψη της μητέρας, διότι θεωρείται «πλαίσιο ενηλίκων», σε αντίθεση με το παιδιατρικό όπου το πρόβλημα είναι το αντίθετο, με τον παιδίατρο να θεωρεί ασθενή του το παιδί και όχι τη μητέρα [175]. Ωστόσο και στη δεύτερη περίπτωση, δεν υπάρχει αξιολόγηση της κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού. Μόλις το 2010 η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία [19], εντάσσει στις κατευθυντήριες οδηγίες της για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στο παιδί, την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση και την παροχή φροντίδας στην οικογένεια, ως μια ολοκληρωμένη στρατηγική για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Για τον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων, όλα ανεξαιρέτως τα προγράμματα χρησιμοποιούν εργαλεία ανίχνευσης [165]. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συχνότερα, είναι η «Edinburgh Postnatal Depression Scale» (EPDS) [176] και το «Patient Health Questionnaire-3» (PHQ-3) [177] καθώς και το «Patient Health Questionnaire-9» (PHQ-9) [178]. Σε σχέση με τη συχνότητα, η US Preventing Task Force, προτείνει την εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης στον γενικό πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων των εγκύων και των λεχωϊδων, σε πλαίσια όπου υπάρχει δυνατότητα παραπομπής (ή on site αντιμετώπισης) για διάγνωση, πρόσβαση σε αποτελεσματική θεραπεία και συνεχή παρακολούθηση [179]. Η Αμερικανική

Παιδιατρική Εταιρεία, έχει αναπτύξει ένα μοντέλο για την ανίχνευση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης στο παιδιατρικό πλαίσιο, το οποίο περιλαμβάνει καθολική εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό (universal screening) κατά τη διάρκεια των παιδιατρικών επισκέψεων, διερεύνηση τυχόν επιπλέον δυσκολιών που αντιμετωπίζει η μητέρα και ψυχοκοινωνική αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου, συζήτηση για την κατάθλιψη και παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης ή/και παραπομπής σε ειδικό ψυχικής υγείας [19]. Το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [180] συστήνει την εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης κατά την πρώτη επαφή της μητέρας με τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ, ανεξάρτητα από την ειδικότητα, ενώ επισημαίνει τη σημασία της χρήσης των τεστ ανίχνευσης για εκείνους που έχουν συχνή επαφή με τις μητέρες (π.χ. επισκέπτες υγείας, γυναικολόγοι) κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτείνει μάλιστα τη χορήγηση του PHQ-2 και της κλίμακας «Generalized Anxiety Disorder Scale-2» (GAD-2) ως μέρος της κλινικής εξέτασης και της γενικότερης συζήτησης που θα πρέπει να γίνεται για την ψυχική υγεία, ενώ η EPDS και το PHQ-9, εισήχθησαν στις αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες που καταρτίστηκαν το 2014, ως εργαλεία ελέγχου των συμπτωμάτων και παρακολούθησης της πορείας της μητέρας.

Στα εργαλεία αυτά συμπεριλαμβάνεται και η αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας [181]. Μάλιστα, τα περισσότερα προγράμματα έχουν αναπτύξει ειδικό πρωτόκολλο για την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας, επισημαίνοντας στους επαγγελματίες τα σημεία που φανερώνουν την ύπαρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων, τις σκέψεις αυτό- και ετερο-καταστροφικής συμπεριφοράς, καθώς και τις ενέργειες που απαιτούνται ώστε να διασφαλιστεί ότι, η μητέρα και το παιδί δε διατρέχουν κίνδυνο [165, 181].

Σε σχέση με την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, παρατηρείται παρόμοια εικόνα με αυτή που ισχύει για τον εντοπισμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι περισσότεροι παιδίατροι (αλλά και οι υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελματιών της ΠΦΥ) στηρίζονται στην παρατήρηση για να εντοπίσουν τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου που έχει η μητέρα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αξιόπιστη και συστηματική αξιολόγηση. Ως απάντηση σε αυτό το πρόβλημα, τα περισσότερα προγράμματα έχουν εισάγει συστηματικές διαδικασίες ψυχοκοινωνικής αξιολόγησης, είτε μέσω ημι-δομημένης συνέντευξης, είτε χρησιμοποιώντας εργαλεία και μοντέλα όπως το Psychosocial Risk Assessment Model-PRAM [52]. Η μονομερής εστίαση στην κλινική διάσταση του ζητήματος, αγνοώντας τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που ανατροφοδοτούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας, συνιστά έναν φαύλο κύκλο, καθώς προβλήματα όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός (π.χ. σε μητέρες με κατώτερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, μετανάστριες, μονογονείς, κ.λ.π.) και άλλοι παράγοντες κινδύνου, ενισχύουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία, με αποτέλεσμα, η φροντίδα που παρέχεται στη μητέρα να είναι ελλιπής και αναποτελεσματική. Σαφώς και η παροχή βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας συμβάλλει στη μείωση της δυσφορίας που αισθάνεται η μητέρα εξαιτίας των συμπτωμάτων, ωστόσο, όταν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου παραμένουν χωρίς διερεύνηση και δε λαμβάνονται υπόψη με κανέναν τρόπο, υπονομεύουν τη θεραπευτική έκβαση, καθώς πυροδοτούν νέες εξάρσεις συμπτωμάτων [172]. Σε πολλές περιπτώσεις για παράδειγμα, η μητέρα μπορεί να αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικό-κοινωνικά προβλήματα και να χρειάζεται εκτός από την παραπομπή σε ειδικό ψυχικής υγείας και παραπομπή σε κατάλληλη κοινωνική υπηρεσία, για να λάβει την απαιτούμενη βοήθεια [175] Feinberg et al., 2006. Πολλές μητέρες δε γνωρίζουν τα κοινωνικά επιδόματα που δικαιούνται ή/και δεν έχουν τη δυνατότητα

και την αντοχή (λόγω της κατάθλιψης) να απευθυνθούν στις υπηρεσίες αυτές και να αντιμετωπίσουν τη γραφειοκρατία [25, 44]. Σε άλλες περιπτώσεις, υπάρχουν μητέρες που χρειάζονται κοινωνική υποστήριξη για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το στρες που συνοδεύει τη διάγνωση της κατάθλιψης και τον κοινωνικό στιγματισμό, αλλά και τις καθημερινές πρακτικές ανάγκες στις οποίες δυσκολεύονται να ανταποκριθούν (π.χ. δυσκολία να πάνε και να πάρουν το παιδί τους από το σχολείο, έλλειψη δομών με δωρεάν πρόσβαση για δημιουργική απασχόληση του παιδιού, έλλειψη κοινωνικών δικτύων ώστε να ενισχυθεί το αίσθημα του «ανήκειν» και η κοινωνική ζωή της μητέρας και του παιδιού) [175, 182].

Τα ποσοστά υιοθέτησης εργαλείων ανίχνευσης από τον παιδίατρο στο πλαίσιο της καθημερινής του κλινικής πρακτικής, είναι ευθέως ανάλογα της προσφοράς για εκπαίδευση σε αυτά τα εργαλεία [183]. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι, όταν παρέχεται στους επαγγελματίες υγείας το εργαλείο ανίχνευσης χωρίς να προσφέρεται η αντίστοιχη εκπαίδευση, τα ποσοστά εφαρμογής στην καθημερινή κλινική πρακτική παραμένουν εξαιρετικά χαμηλά [184]. Από την άλλη, η παροχή εκπαίδευσης για τη χορήγηση εργαλείων ανίχνευσης χωρίς την παράλληλη επιδίωξη οργανωσιακών αλλαγών, δεν καταλήγει σε θετικά αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού, όσο και αν φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο, μικρού εύρους [183]. Τόσο η εκπαίδευση, όσο και η παρέμβαση σε οργανωσιακό επίπεδο, όταν δεν υπάρχουν συνδυαστικά, αλλά αποτελούν μεμονωμένες στρατηγικές, καταλήγουν σε πολύ φτωχά αποτελέσματα [74, 151, 164]. Προκειμένου να οδηγήσει η διαδικασία ανίχνευσης σε θεραπευτικό αποτέλεσμα, χρειάζεται να υπάρχει κάποιου είδους συζήτηση ανάμεσα στον επαγγελματία της ΠΦΥ και τη μητέρα [16, 23, 69, 114, 116, 129, 168]. Ακόμη και στην περίπτωση που το τεστ ανίχνευσης είναι αρνητικό, και πάλι χρειάζεται κάποιου είδους διαπραγμάτευση [168, 182]. Για να μπορέσει ο παιδίατρος να

ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτής της διαδικασίας, δεν αρκεί να εκπαιδευτεί στο πως χορηγείται και βαθμολογείται το εργαλείο ανίχνευσης, αλλά είναι απαραίτητο να αναπτύξει όλες εκείνες τις ενδοπροσωπικές μεταβλητές που απαιτούνται, ώστε να είναι σε θέση να συζητήσει με άνεση και αυτοπεποίθηση (αυτές οι δύο μεταβλητές, η άνεση και η αυτοπεποίθηση, συνιστούν την αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας) με τη μητέρα, για κάθε πτυχή του ζητήματος που την απασχολεί [19, 73, 118, 124]. Αυτό με τη σειρά του προϋποθέτει, ότι και ο παιδίατρος έχει τις στάσεις, τις πεποιθήσεις, τις δεξιότητες και τις γνώσεις για να μπορέσει να αντιμετωπίσει επιτυχώς τις προκλήσεις αυτής της συζήτησης, αλλά και το σύστημα έχει τα χαρακτηριστικά (π.χ. καλή συνεργασία υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ΠΦΥ, καλή πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας κ.λ.π.) που απαιτούνται, ώστε να διευκολυνθεί η παραπομπή και παρακολούθηση της μητέρας [153, 163, 165, 166, 168, 169, 182, 185]. Ακόμη και στην περίπτωση που το σύστημα υγείας δεν είναι καλά οργανωμένο και υπάρχουν σημαντικά προβλήματα στη διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας, αυτά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό των προγραμμάτων και να προτείνεται μια στρατηγική που είναι βιώσιμη με βάση τους διαθέσιμους πόρους και τις εναλλακτικές του συστήματος [167, 175, 186]. Τα συστήματα παραπομπής, υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ, καθώς και η ανάπτυξη πλάνου παρακολούθησης, έχει φανεί ότι επιδρούν θετικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος, ακόμη και σε χώρες με αδύναμα συστήματα ΠΦΥ [171-174].

Για να υπάρξει συστηματική εφαρμογή αυτών των στρατηγικών, θα πρέπει ιδανικά η εκπαίδευση να μην εστιάζει μόνο στη χρήση των εργαλείων ανίχνευσης, αλλά να στοχεύει και σε άλλες πτυχές του προβλήματος που αφορούν, τόσο τη συζήτηση (είτε αυτή αφορά την αρχική συζήτηση για τη διενέργεια του τεστ ανίχνευσης είτε τα αποτελέσματα του τεστ) των συμπτωμάτων με τη μητέρα, όσο και

τις εναλλακτικές θεραπευτικής αντιμετώπισης, αλλά και τις ενδοπροσωπικές δυσκολίες του παιδίατρο και της ίδιας της μητέρας [183]. Με άλλα λόγια, μια στενή προσέγγιση που επικεντρώνεται στη μηχανιστική εισαγωγή ενός εργαλείου ανίχνευσης στην ΠΦΥ στο πλαίσιο μιας οργανωσιακής αλλαγής, δεν έχει αποτέλεσμα, καθώς απαιτούνται μεταβολές σε περισσότερα επίπεδα, για να μεταφραστεί η ανίχνευση της κατάθλιψης στην ΠΦΥ σε βελτιωμένα αποτελέσματα σε επίπεδο υγείας του πληθυσμού [163, 164, 166, 169]. Στα προγράμματα που υπάρχει η απαιτούμενη εκπαίδευση στις θεματικές που αναδείχθηκαν νωρίτερα, σημειώνεται σημαντική βελτίωση τόσο του ποσοστού των μητέρων με καταθλιπτικά συμπτώματα οι οποίες ανιχνεύονται έγκαιρα, όσο και του ποσοστού των μητέρων που λαμβάνουν διάγνωση και θεραπεία από ειδικό ψυχικής υγείας [74]. Αυτές οι βελτιώσεις ωστόσο, συνιστούν δείκτες αντίκτυπου και όχι αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος [157, 187]. Για να διαπιστωθεί αν μια παρέμβαση είναι αποτελεσματική, χρειάζεται να υπάρχουν δεδομένα για τα αποτελέσματα σε επίπεδο ψυχικής υγείας των μητέρων – δυστυχώς, τέτοιες μετρήσεις συμπεριλαμβάνονται σπάνια στα προγράμματα [146, 180, 188, 189]. Ωστόσο, στα ελάχιστα που τις παρουσιάζουν, φαίνεται ότι όταν η εκπαίδευση του παιδίατρο στα εργαλεία ανίχνευσης, συνδυάζεται με την παρακολούθηση της μητέρας και τη συνεργασία ανάμεσα στον παιδίατρο και τον ειδικό ψυχικής υγείας που παρέχει φροντίδα στη μητέρα, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για βελτιωμένα αποτελέσματα σε επίπεδο ψυχικής υγείας της μητέρας, τα οποία μεταφράζονται τόσο σε ύφεση των συμπτωμάτων, όσο και σε βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής, αλλά και των σχέσεων στην οικογένεια [172, 183, 190, 191].

Ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση (case management), οι στρατηγικές διαφοροποιούνται ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους. Έτσι, σε αρκετά

προγράμματα, τη διαδικασία ανίχνευσης διαδέχεται κλινική αξιολόγηση και θεραπευτική παρέμβαση από ειδικό ψυχικής υγείας ο οποίος βρίσκεται στην ίδια δομή με τον επαγγελματία ΠΦΥ, ενώ σε άλλα, γίνεται παραπομπή της μητέρας σε ειδικό ψυχικής υγείας που βρίσκεται διαφορετική δομή. Αξιοσημείωτο είναι ότι, ενώ σε πολλές περιπτώσεις, τόσο η κλινική αξιολόγηση που γίνεται με τη βοήθεια ειδικών εργαλείων όσο και η θεραπευτική βοήθεια (που συνιστάται σε συνταγογράφηση και παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης) παρέχεται από τον παιδίατρο, τον γυναικολόγο, ή τον οικογενειακό ιατρό, κατόπιν συστηματικής εκπαίδευσης [127, 165, 171, 173, 185], ωστόσο, σε ελάχιστες παρεμβάσεις υπάρχει συνεχής παρακολούθηση της μητέρας και αξιολόγηση της ανάπτυξης του παιδιού, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια στη φροντίδα [19]. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να υπάρχει υψηλός αντίκτυπος (impact) στην αμέσως μετά την παρέμβαση μέτρηση (post measurement), ο οποίος φθίνει στις επόμενες μετρήσεις (follow-ups) και να μη μεταφράζεται σε βελτιωμένα αποτελέσματα για την ψυχική υγεία της μητέρας (health outcomes) [173, 185]. Από την άλλη, η ανίχνευση των συμπτωμάτων ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής, διότι διαφορετικά δημιουργείται ζήτηση για μια υπηρεσία που δεν είναι διαθέσιμη και αυτό είναι αντιοικονομικό, καθώς διαπιστώνουμε ένα πρόβλημα στη μητέρα για το οποίο δεν έχουμε να προτείνουμε καμία εναλλακτική [165, 171]. Στα προγράμματα που υπάρχει αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας με μετρήσεις που κυμαίνονται από 1,5-16 μήνες μετά την παρέμβαση σε πληθυσμούς λεχωϊδων, φαίνεται ότι υπάρχει μείωση του κινδύνου για κατάθλιψη από 18-59% σε σχέση με την συνήθη φροντίδα, η οποία μεταφράζεται σε μείωση του επιπολασμού της διαταραχής σε αυτόν τον πληθυσμό, της τάξης του 2,1-9,1% [172].

Καταλήγοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι, καθώς η έρευνα για την πρόληψη της κατάθλιψης στο παιδιατρικό πλαίσιο δεν μετρά πολλά χρόνια, τα περισσότερα προγράμματα που αποτελούν καλές και βέλτιστες πρακτικές, βασίζονται σε μοντέλα και στρατηγικές που έχουν δείξει καλά αποτελέσματα για άλλους πληθυσμούς (π.χ. κατάθλιψη στον γενικό πληθυσμό) και άλλες νοσολογικές οντότητες (π.χ. κατάθλιψη σε ασθενείς με διαβήτη ή άλλα χρόνια νοσήματα) και βασίζονται στο δομικό πλαίσιο και τις θεμελιώδεις αρχές του Μοντέλου για τα Χρόνια Νοσήματα («Chronic Care Mode») [160] και της Συνεργατικής Φροντίδας («Collaborative Care») [171].

3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1. Αξιολόγηση Αναγκών για την ανίχνευση Εμποδίων: Ποιοτική Έρευνα.

3.1.1. Ποιοτική Έρευνα σε Παιδιάτρους για την Αξιολόγηση των Εκπαιδευτικών Αναγκών και τη Διερεύνηση των Κυριότερων εμποδίων σε σχέση με το υπό εξέταση θέμα.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής, περιλαμβάνει: α) ποιοτική έρευνα για την αξιολόγηση αναγκών τόσο σε επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ (παιδιάτρους και επισκέπτες υγείας) που αποτέλεσαν τον πληθυσμό-στόχο της παρούσας μελέτης, όσο και στις μητέρες, τους τελικούς αποδέκτες της υπηρεσίας που παρείχαν οι παιδιάτροι στο πλαίσιο του προγράμματος και β) ποσοτική έρευνα, για την αξιολόγηση της παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ σε όλη την ελληνική επικράτεια, προκειμένου να διαπιστωθεί ο αντίκτυπος και η αποτελεσματικότητα της. Η ποιοτική έρευνα, όπως και όλο το πρόγραμμα που περιγράφεται στην παρούσα διατριβή, δεν εστίασε μόνο στα ατομικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, αλλά έλαβε υπόψη και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της ΠΦΥ στη χώρα μας. Αυτό κρίθηκε σκόπιμο αφενός εξαιτίας του ότι βασικός σκοπός ήταν η ανάπτυξη ενός προγράμματος που να έχει αποτέλεσμα σε συνθήκες πραγματικής ζωής (effectiveness vs efficacy trial) και αφετέρου, επειδή, όπως δείχνει η έρευνα, τα αδύναμα συστήματα ΠΦΥ έχουν αρνητική επίδραση στην αναγνώριση και διαχείριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας όπως είναι και η κατάθλιψη που εμφανίζεται σε μητέρες μικρών παιδιών, θέτοντας τη μητέρα και το παιδί σε αυξημένο κίνδυνο [192-194]. Τόσο η ποιοτική όσο και η ποσοτική έρευνα, έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας και Βιοηθικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Μια βασική παράμετρος για την επιτυχία των παρεμβάσεων είτε αφορούν σε θέματα προαγωγής ψυχικής υγείας, είτε σωματικής υγείας, είναι η καλή γνώση του πληθυσμού στον οποίον απευθύνεται η παρέμβαση [195]. Φυσικά, η βιβλιογραφία παρέχει πλήθος πληροφοριών και ερευνητικά τεκμηριωμένων δεδομένων προκειμένου να διαμορφώσει ο ερευνητής μια καλή εικόνα για τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που τον ενδιαφέρει, ωστόσο, υπάρχουν πάντα διαφορές από χώρα σε χώρα, οι οποίες είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό των προγραμμάτων (tailoring) ώστε να αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας της παρέμβασης και συνακόλουθα, η ωφέλεια για τον πληθυσμό [196]. Σε αυτή τη βάση, πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ (παιδιάτρους και επισκέπτες υγείας), ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχουν και ποιες είναι οι πρακτικές που εφαρμόζουν για τον εντοπισμό της κατάθλιψης σε μητέρες που έχουν παιδιά ηλικίας 0-5 ετών, αν υπάρχουν και ποια είναι τα κυριότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν σε αυτή τους την προσπάθεια και τι θα μπορούσε να τους διευκολύνει προς αυτήν την κατεύθυνση. Διατυπώθηκε η υπόθεση ότι οι απαντήσεις των επισκεπτών υγείας θα διέφεραν από εκείνες των παιδιάτρων, καθώς στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, οι ιατροί βρίσκονται πιο ψηλά στην ιεραρχία, με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερη ισχύ, να απολαμβάνουν μεγαλύτερο κύρος και να έχουν υψηλότερες απολαβές σε σχέση με τους επισκέπτες υγείας. Ωστόσο, όπως θα φανεί στη συνέχεια, η υπόθεση αυτή δεν επιβεβαιώθηκε.

Μέθοδος

Βασικός σκοπός της ποιοτικής έρευνας δεν ήταν η γενίκευση των αποτελεσμάτων, αλλά η παροχή σημαντικής πληροφόρησης για τον πληθυσμό στόχο ως προς τις βασικές πτυχές του υπό εξέταση θέματος. Η ποιοτική έρευνα στους

επαγγελματίες υγείας, πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα 2012-2013. Η κλιμάκωση της ύφεσης κατά τα έτη 2010-2012 (και η περαιτέρω όξυνση κατά την επόμενη πενταετία) οδήγησε σε οριζόντιες περικοπές στις δαπάνες υγείας και τις κοινωνικές δαπάνες. Θεωρήθηκε ότι αυτές οι αλλαγές μπορεί να είχαν άμεσες και έμμεσες επιδράσεις (θετικές ή αρνητικές), τόσο στην απόφαση των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών ανίχνευσης και παραπομπής σε μητέρες με κατάθλιψη, όσο και στην αποδοχή και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας [197].

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η αποδοχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αυξάνεται, όταν υπηρεσίες αυτές είναι αποκεντρωμένες ή/και ενσωματωμένες στην ΠΦΥ [192, 193]. Αν ληφθεί συνδυαστικά υπόψη το γεγονός ότι, στη χώρα μας το ποσοστό του κοινωνικού στιγματισμού των ψυχικών διαταραχών καθώς και των αρνητικών στάσεων για την ψυχική υγεία είναι αρκετά υψηλό, τότε είναι εύλογο να διατυπώσει κάποιος την υπόθεση, ότι η αποδοχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα μπορούσε να επηρεαστεί σημαντικά κατά την περίοδο της κρίσης [198]. Αυτός ο ισχυρισμός φαίνεται να έχει ισχύ, αν αναλογιστούμε ότι κατά τα χρόνια της ύφεσης, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση διακόπηκε [199, 200]. Παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έγιναν κατά τις προηγούμενες δεκαετίες [201, 202], η Ελλάδα δεν απέκτησε ένα ολοκληρωμένο σύστημα ψυχικής υγείας [200, 203], ενώ η κυβερνητική πολιτική που υπαγόρευε μείωση της χρηματοδότησης και εφαρμόστηκε ως απάντηση στην κρίση, οδήγησε σε περαιτέρω προβλήματα στην ποιότητα, την επάρκεια, τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση των δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας [199]. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το να υπάρχουν κάποιες κοινοτικές δομές για τους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες, οι οποίες όμως ήταν και είναι λίγες και συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα και δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού [200,

204]. Από την άλλη, η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εναποτέθηκε στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων και τα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία, τα οποία λόγω μειωμένης δυναμικής και προσωπικού, αδυνατούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες, με συνέπεια να υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής και άλλες δυσκολίες πρόσβασης [199, 205]. Επιπρόσθετα, σε μεγάλο μέρος της χώρας, δεν υπάρχουν καν δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οπότε από τη μια το αυξημένο κόστος μετακίνησης για τις υπηρεσίες που βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα, αφετέρου η μεγάλη αναμονή, δεν αφήνει άλλη επιλογή στους πολίτες, από την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον ιδιωτικό τομέα [206]. Ωστόσο, η αποδυνάμωση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η παροχή υπηρεσιών σχεδόν αποκλειστικά από ιδιώτες ειδικούς ψυχικής οδηγεί σε αύξηση του κοινωνικού στιγματισμού των ψυχικών διαταραχών, αντιστρέφοντας ενδεχομένως, τη θετική επίδραση που είχε επιτευχθεί με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση κατά τα προηγούμενα έτη [203, 205].

Κατά τη φάση υλοποίησης της ποιοτικής έρευνας (που όπως αναφέρθηκε συνέπεσε με τα χρόνια της οικονομικής κρίσης), η μεταβατική κατάσταση στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας, επέβαλλε ισχυρές αμφιβολίες σε σχέση με το κατά πόσο οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας θεωρούνταν αποδεκτές και επαρκείς από τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ ώστε να παραπέμπουν σε αυτές μητέρες με προβλήματα κατάθλιψης. Για τον λόγο αυτό, συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα όχι μόνο εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ που εφάρμοζαν πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής κατά το παρελθόν, αλλά εκείνοι που συνέχιζαν να τις εφαρμόζουν και κατά τη διάρκεια της ύφεσης, ώστε να εξασφαλιστεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την κατάσταση των υπηρεσιών αυτών πριν και μετά την

κρίση, και τα εμπόδια των επαγγελματιών στην εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής των μητέρων με κατάθλιψη.

Δειγματοληψία

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, βασικός σκοπός της ποιοτικής έρευνας δεν ήταν η γενίκευση των αποτελεσμάτων αλλά η παροχή πληροφόρησης. Για τον λόγο αυτό, το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposeful sampling) εξαιτίας του ενδιαφέροντος της ερευνήτριας για τις περιπτώσεις των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ που μπορούσαν να παρέχουν κρίσιμη και πλούσια πληροφόρηση (“information rich cases”) [207]. Αυτού του είδους η πληροφόρηση, χρησιμοποιήθηκε στο σχεδιασμό της παρέμβασης, ούτως ώστε να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν περισσότερο στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου.

Έτσι, επιλέχθηκαν εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ, οι οποίοι εφάρμοζαν πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής για την κατάθλιψη σε μητέρες πριν από το 2012 (όπου τοποθετείται η έναρξη της οικονομικής κρίσης) και συνέχιζαν την προσπάθεια κατά τα επόμενα έτη, ανεξάρτητα από τη μέθοδο που χρησιμοποιούσαν (π.χ. εργαλείο ανίχνευσης, παρατήρηση, κλπ).

Προκειμένου να είναι επιλέξιμοι για να συμμετάσχουν στη μελέτη, οι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να: α) έχουν τουλάχιστον πενταετή κλινική εμπειρία και β) να εργάζονται ως παιδίατροι ή επισκέπτες υγείας σε παιδιατρικές δομές και υπηρεσίες της ΠΦΥ (κατά τα έτη που πραγματοποιήθηκε η παρούσα διδακτορική έρευνα, οι κύριες κατηγορίες επαγγελματιών που εμπλέκονταν με θέματα ψυχικής υγείας στο δημόσιο, παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ ήταν οι παιδίατροι και οι επισκέπτες υγείας. Οι τελευταίοι μάλιστα, έκαναν ακόμη επισκέψεις κατ’ οίκον και είχαν περαιτέρω εμπλοκή με την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής υγείας της μητέρας

και του παιδιού). Τέτοιες ήταν, τα «Ιατρεία Μητέρας-Παιδιού» του πρώην ΙΚΑ, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, καθώς και τα ιδιωτικά παιδιατρικά ιατρεία, συμβεβλημένα ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.

Για τη στρατολόγηση του δείγματος, έγινε προκαταρκτική επικοινωνία και ενημέρωση σε δομές που ανήκουν στο δημόσιο σύστημα της ΠΦΥ, καθώς και παιδίατρους που εργάζονται σε ιδιωτική βάση. Στη συνέχεια, εστάλησαν επιστολές και προσκλήσεις για συμμετοχή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στις διευθύνσεις και τους επαγγελματίες που εκδήλωσαν ενδιαφέρον. Όπως σημειώθηκε και νωρίτερα, επιλέγησαν τελικά για να συμμετάσχουν στην έρευνα, μόνο εκείνοι οι οποίοι πληρούσαν τόσο τα κριτήρια επιλεξιμότητας όσο και τα κριτήρια συμπερίληψης (eligibility and inclusion criteria). Από τους εβδομήντα (70) επαγγελματίες υγείας που εκδήλωσαν αρχικά ενδιαφέρον (42 παιδίατροι και 28 επισκέπτες υγείας), εξαιρέθηκαν είκοσι δύο (22) παιδίατροι και οκτώ (8) επισκέπτες υγείας, επειδή δεν είχαν εφαρμόσει πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής μητέρων με κατάθλιψη κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες, παρ' όλο που είχαν εμπλακεί στην εφαρμογή αντίστοιχων πρακτικών κατά το παρελθόν (πριν την οικονομική κρίση). Εν τέλει, επιλέχθηκαν για να συμμετάσχουν είκοσι (20) παιδίατροι και ισάριθμοι (20) επισκέπτες υγείας. Από αυτούς, ένας παιδίατρος αρνήθηκε τη συμμετοχή λόγω μετακόμισης σε άλλη πόλη και μεγάλη δυσκολία να ανταποκριθεί στις τρέχουσες επαγγελματικές του υποχρεώσεις, πέντε παιδίατροι επικαλέστηκαν αυξημένο φόρτο εργασίας (η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο αυξημένης επικράτησης της εποχικής γρίπης με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη δυσκολία για να κλειστεί ραντεβού για τη συνέντευξη) και ένας παιδίατρος αρνήθηκε να συμμετάσχει χωρίς να διευκρινίσει τους λόγους. Τέσσερεις επισκέπτες υγείας αρνήθηκαν να συμμετάσχουν λόγω αλλαγής θέσης εργασίας (μετατέθηκαν σε κλινική μονάδα με καθήκοντα

νοσηλεύτριας κατά το διάστημα της στρατολόγησης – πρόκειται για την περίοδο που υπήρχαν συχνές μεταθέσεις προσωπικού σε κλινικές μονάδες, λόγω των δομικών αλλαγών στο ΙΚΑ με τη μεταρρύθμιση στον ΕΟΠΠΥ και το σύστημα υγείας και την ταυτόχρονη αδυναμία προσλήψεων νοσηλευτικού προσωπικού) ενώ τρεις δεν επικοινωνήσαν με την ερευνήτρια, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες.

Το τελικό δείγμα περιελάμβανε επαγγελματίες υγείας με διαφορετικά επίπεδα εμπειρίας, από διαφορετικές περιοχές της Αττικής, συμπεριλαμβανομένων των υποβαθμισμένων περιοχών όπου κατοικούν άτομα με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Οι παιδίατροι εργάζονταν σε παιδιατρικά ιατρεία (δημόσια ή ιδιωτικά) και οι επισκέπτες υγείας στα Κέντρα Μητέρας-Παιδιού του (πρώην) ΙΚΑ.

Εργαλεία & συλλογή δεδομένων

Για τους σκοπούς της έρευνας αναπτύχθηκε ένα αρχικό σετ ανοιχτών ερωτήσεων, οι οποίες δοκιμάστηκαν πιλοτικά και τροποποιήθηκαν πριν την τελική χορήγηση. Ο τελικός οδηγός των ημι-δομημένων συνεντεύξεων περιείχε δεκαέξι (16) ερωτήσεις, χωρισμένες σε τέσσερις θεματικές, αντίστοιχες με τους στόχους της έρευνας. Ο οδηγός της συνέντευξης παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Οδηγός Συνέντευξης για την Ποιοτική Έρευνα σε Παιδίατρους Επισκέπτες Υγείας

Η Ψυχική Υγεία της Μητέρας Γενικά	
1	Τι νομίζεις ότι αφορά η ψυχική υγεία του παιδιού; Τι νομίζεις ότι αφορά η ψυχική υγεία της μητέρας;
2	Πώς θα περιέγραφες μια μητέρα με καλή ψυχική υγεία;
3	Νομίζεις ότι οι μητέρες παιδιών ηλικίας 0-5 ετών αντιμετωπίζουν δυσκολίες; Αν ναι, τι είδους;
4	Νομίζεις ότι μια μητέρα με κατάθλιψη αντιμετωπίζει δυσκολίες στην προσπάθειά της να αναζητήσει βοήθεια; Αν ναι, τι είδους;
Σημάδια και Αιτίες της Κατάθλιψης	
5	Πώς θα περιέγραφες μια μητέρα με κατάθλιψη;
6	Ποιες πιστεύεις ότι είναι οι αιτίες της κατάθλιψης στις μητέρες μικρών παιδιών;

7	Τι σε ανησυχεί περισσότερο σχετικά με την κατάθλιψη σε μητέρες;
8	Ποια νομίζεις ότι είναι τα πρώιμα συμπτώματα της κατάθλιψης στις μητέρες;
9	Πώς θα περιέγραφες/όριζες μια μητέρα με σοβαρή κατάθλιψη;
Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης σε Μητέρες	
10	Ποια πιστεύεις ότι θα ήταν η αντίδραση μιας μητέρας, αν της μιλούσες για θέματα κατάθλιψης;
11	Αν υποψιαστείς ότι μια μητέρα υποφέρει από κατάθλιψη, τι κάνεις;
12	Πώς αισθάνεσαι συζητώντας για την κατάθλιψη με τη μητέρα ενός ασθενούς σου;
Εμπόδια και Διευκολυντικοί Παράγοντες στην Ανίχνευση και Παραπομπή Μητέρων με Κατάθλιψη.	
13	Αντιμετωπίζεις εμπόδια στην προσπάθειά σου να εντοπίσεις και να παραπέμψεις μητέρες με προβλήματα κατάθλιψης; Αν ναι, ποια;
14	Τι θα μπορούσε να διευκολύνει την ανίχνευση της κατάθλιψης σε μητέρες, στο πλαίσιο του ιατρείου/της υπηρεσίας που εργάζεσαι;
15	Τι θα μπορούσε να αυξήσει τις πιθανότητες να εφαρμόσεις πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής στο μέλλον;
16	Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να συζητήσουμε;

Επιλέχθηκαν οι συνεντεύξεις και όχι κάποια άλλη μέθοδος, όπως για παράδειγμα οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups), αφενός για να διευκολυνθούν οι επαγγελματίες υγείας να συμμετάσχουν σε ώρα και μέρος της προτίμησής τους, αφετέρου επειδή η διαφορετική θέση στην ιεραρχία του συστήματος υγείας και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια της συζήτησης θα μπορούσε ενδεχομένως να επηρεάσει την έκφραση των απόψεων και των εμπειριών τους.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω συνεντεύξεων οι οποίες έγιναν διαζώσης στον χώρο εργασίας των συμμετεχόντων και σε προκαθορισμένη μέρα και ώρα, οι οποίοι είχε υποδειχθεί από εκείνους. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε 45-60 λεπτά και γινόταν στα Ελληνικά. Με τη σύμφωνη γνώμη και κατόπιν έγγραφης και προφορικής ενήμερης συγκατάθεσης τόσο για την καταγραφή όσο και για τη

συμμετοχή στην έρευνα, οι συνεντεύξεις ηχογραφούνταν και στη συνέχεια απομαγνητοφωνούνταν. Οι συμμετέχοντες, πληροφόρηθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή από την έρευνα και χωρίς να εξηγήσουν τους λόγους. Στην αρχή κάθε συνέντευξης γινόταν μια ερώτηση με στόχο να συμβάλλει στην εξοικείωση του συνεντευκτή με τον συνεντευξιαζόμενο, η οποία δεν αναλύθηκε («ice breaker question»). Οι συμμετέχοντες απάντησαν επίσης ένα σύντομο ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων. Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Δημογραφικά Στοιχεία Συμμετεχόντων στην Ποιοτική Έρευνα με Επαγγελματίες Υγείας της ΠΦΥ (n = 26).

	n (%)
Φύλο	
Άνδρας	7 (27)
Γυναίκα	19 (73)
Ηλικία (χρόνια)	28-56 (εύρος)
Επάγγελμα	
Παιδιάτροι	13 (50)
Επισκέπτες Υγείας	13 (50)
Έτη εργασίας στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ	
<5	8 (31)
5-10	12 (46)
>10	6 (23)
Πλαίσιο Εργασίας	
Δημόσια Παιδιατρική Δομή ΠΦΥ	16 (62)
Ιδιωτικό Παιδιατρικό Ιατρείο	10 (38)

Ανάλυση των δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ανάλυσης πλαισίου («framework analysis») η οποία περιλαμβάνει πέντε βασικά βήματα: i) εξοικείωση (familiarization, ii) ανάπτυξη θεματικού πλαισίου (identifying a thematic framework), iii) ταξινόμηση (indexing), iv) διαγραμματική απεικόνιση (charting), v)

χαρτογράφηση και ερμηνεία [208-211]. Κατά την πρώτη φάση, έγινε η εξοικείωση με τα ερευνητικά δεδομένα, μέσω επαναληπτικών αναγνώσεων και κρατώντας σημειώσεις με αρχικές ιδέες θεματικών και κωδικοποίησης. Στη συνέχεια ακολούθησε η κωδικοποίηση των δεδομένων και προέκυψαν οι κύριες θεματικές κατηγορίες, με βάση τα δεδομένα. Αυτές χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη του θεματικού πλαισίου κωδικοποίησης, εφαρμόζοντας ετικέτες με έννοιες, που περιέγραφαν την έννοια στο αντίστοιχο κομμάτι κειμένου. Με τον ίδιο τρόπο κωδικοποιήθηκαν όλα τα κομμάτια του κειμένου. Κάθε κομμάτι το οποίο αναφερόταν στην ίδια έννοια, λάμβανε την ίδια ετικέτα/κωδικό. Με βάση την αρχική μορφή της κωδικοποίησης, αναπτύχθηκε το θεματικό πλαίσιο, το οποίο περιελάμβανε τόσο τις προκαθορισμένες θεματικές που προέκυψαν από τους στόχους της μελέτης, όσο και από τις έννοιες και τις θεματικές που αναδύθηκαν από τις εμπειρίες και τα λεγόμενα των συμμετεχόντων. Η διαδικασία κωδικοποίησης συνεχιζόταν ώσπου να εξαντληθούν οι κωδικοί και να μην αναδύεται κάποια καινούρια έννοια. Το τελικό θεματικό πλαίσιο εφαρμόστηκε σε όλα τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συνεντεύξεων και με βάση αυτό έγινε η ταξινόμηση σε πίνακα που περιείχε τις κύριες και δευτερεύουσες κατηγορίες όλων των θεματικών. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν ανά κατηγορία από κάθε απομαγνητοφωνημένη συνέντευξη. Σε αυτές τις κατηγορίες που βρισκόταν στον πίνακα, κύριες και δευτερεύουσες, υπήρχε περιληπτική περιγραφή κάθε θεματικής μαζί με τα λεγόμενα και τον κωδικό του συμμετέχοντος από κάθε συνέντευξη. Έτσι αναπτύχθηκε ένας πίνακας δίκης διαγραμματικής απεικόνισης, ο οποίος στις κάθετες στήλες περιείχε τις θεματικές και στις οριζόντιες, τα λεγόμενα και τους κωδικούς των συμμετεχόντων. Αυτό παρείχε τη δυνατότητα επισκόπησης ανά θεματικής και ανά συμμετέχοντα, σε όλο το εύρος του πίνακα. Με αυτόν τον τρόπο, εκτός από τη χαρτογράφηση των απόψεων και των εμπειριών των

συμμετεχόντων, ήταν δυνατή και η διατύπωση συνδέσεων ανάμεσα στις θεματικές και η διευκόλυνση της ερμηνείας των δεδομένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ η αρχική υπόθεση της ερευνήτριας ήταν ότι οι απόψεις των παιδιάτρων και των επισκεπτών υγείας θα διέφεραν ως προς τις πτυχές του υπό εξέταση θέματος, ωστόσο δε βρέθηκαν τέτοιες διαφορές ούτε κατά τη σύγκριση παιδιάτρων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ούτε κατά τη σύγκριση επισκεπτών και παιδιάτρων.

Αποτελέσματα

Η ψυχική υγεία της μητέρας, γενικά.

Στην παρούσα έρευνα, η ψυχική υγεία ορίστηκε σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως «μια κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει το στρες της καθημερινότητας, να εργαστεί παραγωγικά και δημιουργικά και να συνεισφέρει στην κοινότητα που ζει» [212]. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διατύπωσε περιγραφές που αφορούσαν περισσότερο τη συναισθηματική ευεξία παρά την ψυχική υγεία, ωστόσο αναφέρθηκαν σημαντικές πτυχές που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του παιδιού και της μητέρας, όπως η ποιότητα της αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού και η προσαρμοστικότητα της γυναίκας στον ρόλο της μητρότητας. Αρκετοί συμμετέχοντες συνέδεσαν την ψυχική υγεία της μητέρας με την εμφάνισή της, τις δεξιότητες του παιδιού, αλλά και την ποιότητα της επικοινωνίας που αναπτύσσεται, ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας που εργάζεται στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ, τη μητέρα και το παιδί. Από την άλλη, ελάχιστοι αναγνώρισαν τη σημασία της περιγεννητικής και επιλόχειας περιόδου για την ψυχική υγεία της μητέρας και το γεγονός ότι η ψυχική υγεία επηρεάζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ενήμεροι για τη σημασία της ψυχικής υγείας της μητέρας στην ανάπτυξη του παιδιού. Θεωρούσαν

ότι το να συζητούν για θέματα ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο παιδιατρικό ιατρείο είναι μέσα στον ρόλο τους, παρ' όλο που υπογράμμισαν, ότι χρειάζονται παραπάνω εκπαίδευση προκειμένου να αποκτήσουν περισσότερη αυτοπεποίθηση ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις μιας τέτοιας συζήτησης. Αnéφεραν επίσης, ότι πιστεύουν πως, οι μητέρες καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας και εξέφρασαν αυξημένη ανησυχία για την επιπλέον, άμεση και έμμεση επιβάρυνση που προκαλεί η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία της μητέρας. Τέλος, σημείωσαν ότι η έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και την κοινωνία, καθώς και ο κοινωνικός στιγματισμός για τα θέματα ψυχικής υγείας, είναι από τους κύριους παράγοντες που εμποδίζουν μια μητέρα να αναζητήσει βοήθεια για την κατάθλιψη. Μάλιστα, η έλλειψη κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης, αναφέρθηκε είτε ως αιτία, είτε ως συνέπεια του στιγματισμού.

«Αν μια μητέρα συνεχίζει να εργάζεται μετά τη γέννα, έχει πολλά προβλήματα να αντιμετωπίσει... Εκτός του ότι είναι δύσκολο να συνδυαστεί η μητρότητα και η δουλειά, πλέον υπάρχει πρόβλημα με τις θέσεις στους παιδικούς σταθμούς. Θα πρέπει είτε να πληρώνει ιδιωτικό, είτε να βρει κάποιον, κατά πάσα πιθανότητα μακριά από τον χώρο εργασίας ή/και το σπίτι, με αποτέλεσμα να ταλαιπωρείται διπλά. Από την άλλη, αν είναι άνεργη – που είναι και το πιο συχνό στην Ελλάδα τώρα, μπορεί να νιώθει ότι έχει πολύ χρόνο με το μωρό της, αλλά καθόλου χρήματα για να καλύψει τις ανάγκες του, άρα αυξημένο άγχος. Στη χώρα μας, οι νόμοι για την προστασία της μητρότητας δεν τηρούνται ή είναι ανεπαρκείς» (ΕΥ13).

Σημάδια και αιτίες της κατάθλιψης.

Τόσο οι παιδίατροι όσο και οι επισκέπτες υγείας ανέφεραν ότι η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιούν για τον εντοπισμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, είναι η παρατήρηση. Τα κύρια συμπτώματα που ανέφεραν ήταν η θλίψη, η ανεπαρκής ανταπόκριση στο κάλεσμα του παιδιού, η απώλεια βάρους, ο εκνευρισμός και η απόσυρση. Η εξάντληση, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής και της υγιεινής του παιδιού, η φτωχή αλληλεπίδραση με τον επαγγελματία υγείας στο παιδιατρικό ιατρείο και η δυσκολία τήρησης των προληπτικών πρακτικών και οδηγιών, επισημάνθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας ως κύρια χαρακτηριστικά μιας μητέρας με προβλήματα κατάθλιψης. Από την άλλη, οι συμμετέχοντες αντιμετώπισαν μεγάλη δυσκολία στο να διακρίνουν ανάμεσα στα πρώιμα σημάδια της κατάθλιψης και τα κλινικά συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Ένας πολύ μικρός αριθμός συμμετεχόντων ήταν σε θέση να κάνει διακρίσεις ως προς τη σοβαρότητα, τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Ως κύριες αιτίες της εμφάνισης της κατάθλιψης στις μητέρες, αναφέρθηκαν η ελλιπής κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη, τα οικονομικά προβλήματα και η ανεργία, ενώ μερικοί ανέφεραν και την ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού κατάθλιψης. Οι κυριότερες συνέπειες που εντοπίστηκαν ήταν ο κίνδυνος αυτό- και ετερο-καταστροφικής συμπεριφοράς, η κακοποίηση, η παραμέληση και τα αναπτυξιακά προβλήματα στο παιδί. Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας του παρόντος δείγματος εντόπιζαν ευκολότερα τις σοβαρές και άμεσες συνέπειες, παρά εκείνες που είναι έμμεσες, ηπιότερες και έχουν μακροχρόνια επίδραση στην υγεία του παιδιού και της μητέρας.

«Καταρχήν, υπάρχει πάντα η πιθανότητα βρεφοκτονίας, αυτοκτονίας, κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Εκτός από αυτά βέβαια, μια μάνα με

τέτοια προβλήματα πιστεύω ότι δε μπορεί να κάνει όλα εκείνα που χρειάζεται το παιδί της. Ας πούμε, δε μπορεί να το βοηθήσει να υιοθετήσει μια υγιεινή διατροφή. Έχει τύχει να δω τέτοιες περιπτώσεις, όπου το παιδί τρέφεται κατά κόρον με ανθυγιεινές τροφές ή δεν τρώει τροφές κατάλληλες για το αναπτυξιακό του επίπεδο. Θυμάμαι περιπτώσεις που η μητέρα δυσκολευόταν τρομερά να ξεκινήσει στέρεες τροφές στο παιδί εξαιτίας της κατάθλιψης» (Π03).

Αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε μητέρες

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην προσπάθειά τους να συζητήσουν για την κατάθλιψη με τις μητέρες. Θεωρούν ότι οι μητέρες βρίσκονται σε άρνηση ή ότι θα αισθανθούν στιγματισμένες και δε θα είναι δεκτικές στο ενδεχόμενο παραπομπής σε ειδικό ψυχικής υγείας. Τονίστηκε ωστόσο ότι, η εγκαθίδρυση μιας καλής και μακροχρόνιας θεραπευτικής σχέσης (καθώς πολλές μητέρες επισκέπτονταν τον ίδιο παιδίατρο/υπηρεσία ΠΦΥ και για τα παιδιά που είχαν ήδη) με τη μητέρα διευκολύνει το να εκφράσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει με την κατάθλιψη και τη συζήτηση για τα συμπτώματα, ενώ βοηθητικές θεωρήθηκαν και οι στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που εστιάζουν σε στρατηγικές για τη συζήτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη μητέρα και όχι απλά η γενική εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας (που όπως είπαν, συνήθως γίνονται στο πλαίσιο των προσυνεδριακών μαθημάτων κ.α.). Επιπλέον, οι επισκέπτες υγείας και οι παιδίατροι, συνέδεσαν τη δική τους δυσκολία να συζητήσουν για την κατάθλιψη και να εφαρμόσουν πρακτικές ανίχνευσης, με τον κοινωνικό στιγματισμό για τις ψυχικές διαταραχές, σημειώνοντας ότι υπάρχει στίγμα για την ψυχική ασθένεια και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ και εξέφρασαν φόβους σχετικά με

το κατά πόσο η συζήτηση για την κατάθλιψη μπορεί να ενισχύσει την άρνηση της μητέρας να δεχτεί βοήθεια αλλά και το στίγμα για την ψυχική ασθένεια.

Σε σχέση με τις μεθόδους που ακολουθούν για τον εντοπισμό της κατάθλιψης, η συχνότερη ήταν η παρατήρηση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι, αρχικά προσπαθούν να παρατηρήσουν για εμφανή συμπτώματα και εφόσον αναγνωρίσουν κάποια, τότε ρωτούν σχετικά τη μητέρα για να διαπιστώσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και να αποφασίσουν κατά πόσο χρειάζεται να συστήσουν επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η διαδικασία της συζήτησης και της υποβολής ερωτήσεων για τα συμπτώματα, περιγράφηκε με όρους που φανερώνουν δυσφορία, ενόχληση, αμηχανία και δισταγμό από τους επαγγελματίες υγείας. Παρ' όλα αυτά, αν εντόπιζαν μητέρες με ήπια συμπτώματα, τότε συνιστούσαν επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας, ενώ στις πιο σοβαρές περιπτώσεις που υπήρχε κίνδυνος για τη μητέρα ή/και το παιδί, οι επαγγελματίες υγείας επικοινωνούσαν με το οικογενειακό περιβάλλον (συνήθως τον σύζυγο) και ενημέρωναν για την κρισιμότητα της κατάστασης, παρέπεμπαν τη μητέρα στην κατάλληλη υπηρεσία και σιγουρεύονταν ότι έλαβε τη φροντίδα που χρειαζόταν, ώστε να διασφαλιστεί ότι τόσο η μητέρα όσο και το παιδί, δε διατρέχουν κίνδυνο.

«Για να μη σου πω ότι, αν προτείνω σε μια μάνα ότι είναι καλό να δει – για παράδειγμα- έναν ψυχίατρο θα μου απαντήσει «Γιατί το λες αυτό; Πιστεύεις ότι είμαι τρελή;» και δεν πρόκειται να μου ξαναπεί τίποτα για την κατάθλιψη και παρόμοια θέματα που την απασχολούν» (ΕΥ07).

Εμπόδια στην εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής.

Οι συμμετέχοντες εντόπισαν εμπόδια σε δύο επίπεδα: των επαγγελματιών υγείας και του συστήματος υγείας. Σε σχέση με το πρώτο, τα κυριότερα ήταν: περιορισμένος χρόνος, ανεπαρκής εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και

διαχείρισης ψυχικών διαταραχών, στιγματισμός ψυχικής νόσου, περιορισμένες γνώσεις για τις κατάλληλες και διαθέσιμες κοινοτικές υπηρεσίες για παραπομπή. Μάλιστα, σε σχέση με το τελευταίο, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να προτιμούν την παραπομπή σε ιδιώτη ψυχίατρο, επειδή δε γνωρίζουν ποιες υπηρεσίες είναι κατάλληλες ή/και διαθέσιμες για παραπομπή. Αυτό όμως θεωρούν ότι, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για παραπομπή μητέρων με κατάθλιψη και χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο καθώς, όταν η μητέρα δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αναζητήσει βοήθεια στον ιδιωτικό τομέα, μειώνονται οι πιθανότητες να λάβει έγκαιρη, κατάλληλη και επαρκή φροντίδα. Ακολουθώς, εξέφρασαν την πεποίθηση ότι οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι χαμηλής ποιότητας και περιορισμένης διαθεσιμότητας.

«Η μητρότητα στην ελληνική κοινωνία είναι ταυτισμένη με μια κατάσταση απόλυτης ευτυχίας και ολοκλήρωσης. Ο παιδίατρος είναι ένας «καλός» γιατρός, γιατί ασχολείται με τα παιδιά που είναι και αυτά καλά και δεν επιτρέπεται να κάνει «κακές» ερωτήσεις και να θολώνει αυτήν την όμορφη ατμόσφαιρα. Νομίζω ότι υπάρχει στίγμα και από τις δύο πλευρές, και από εμάς τους γιατρούς και άρνηση από τις μητέρες εξαιτίας του κοινωνικού στιγματισμού. Ειλικρινά στο λέω, όταν σκέφτομαι τι πρέπει να τραβήξει μια γυναίκα που αντιμετωπίζει τέτοια προβλήματα για να βρει βοήθεια στο δημόσιο σύστημα υγείας, απελίζομαι. Δε φτάνει που οι υπηρεσίες είναι ελάχιστες και υποστελεχωμένες, άλλα παρέχουν τη μια χρονιά και άλλα την άλλη, ακόμη κι αν καταφέρεις να τις βρεις, αντιμετωπίζεις τον κοινωνικό στιγματισμό. Αυτός φεύγει μόνο με εκπαίδευση...» (Π13)

Στο επίπεδο του συστήματος υγείας, οι κυριότεροι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να εφαρμόσουν πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής, είναι: η έλλειψη δωρεάν και διαθέσιμων κοινοτικών

υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η έλλειψη επαγγελματία ψυχικής υγείας που να εργάζεται στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ (collocation), ο κατακερματισμός των υπηρεσιών της ΠΦΥ, η έλλειψη συνεργασίας ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας και η έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα.

«Η παραπομπή σε ιδιώτη ψυχίατρο ή άλλο ειδικό ψυχικής υγείας, βάζει στους ώμους της μητέρας ένα κόστος που δεν είμαι καθόλου σίγουρη ότι μπορεί να αντέξει. Από την άλλη, δεν έχω επιλογή να τη στείλω αλλού. Το μόνο μέρος που ξέρω ότι υπάρχει σταθερά και είναι ποιοτικό, είναι 2-3 ιδιώτες ψυχίατροι που συνεργάζομαι. Καταλαβαίνω βέβαια ότι δεν υπάρχουν και πολλές πιθανότητες να πάει εκεί η μητέρα, αλλά τι να κάνω; Να τη στείλω κάπου που δεν ξέρω καν τι γίνεται; Ή κάπου αλλού που μπορεί να είναι καλά, αλλά θα περιμένει μήνες για να τη δουν; Και εν τω μεταξύ, ποιος αναλαμβάνει την ευθύνη αν συμβεί κάτι;» (ΕΥ03).

Διευκολυντικοί παράγοντες.

Η πλειοψηφία των παιδιάτρων και των επισκεπτών υγείας που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα, ανέφεραν ότι η εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και ειδικότερα κατάθλιψης, αλλά και σε εργαλεία ανίχνευσης που είναι εύκολα στη χρήση και είναι κατάλληλα για πλαίσια με μεγάλη πίεση χρόνου μπορούν να διευκολύνουν σημαντικά την ενσωμάτωση των πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής στο πλαίσιο της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Επιπλέον, αναφέρθηκε ότι η εκπαίδευση σε αυτά τα θέματα θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την έλλειψη αυτοπεποίθησης και σιγουριάς ως προς το αν τα συμπτώματα που παρατηρούν είναι πράγματι καταθλιπτικά και να αυξήσει τις πιθανότητες για έγκαιρο εντοπισμό και παραπομπή μητέρων με κατάθλιψη. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν τη σημασία των στοχευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων αλλά και των μεγάλων ενημερωτικών εκστρατειών, για την καταπολέμηση του κοινωνικού

στιγματισμού που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές και τη μείωση των λανθασμένων πεποιθήσεων που σχετίζονται με την κατάθλιψη στις μητέρες (π.χ. ότι περνάει χωρίς θεραπεία). Με αυτόν τον τρόπο θεωρούν ότι αφενός, εκείνοι, ως επαγγελματίες υγείας θα έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους και να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν κατά τη συζήτηση των συμπτωμάτων με τη μητέρα και αφετέρου, τα μέλη της οικογένειας θα αποκτήσουν μεγαλύτερη ενημέρωση σε σχέση με τα ζητήματα αυτά, ώστε να είναι πιο δεκτικά στη συζήτηση. Τέλος, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας στο παρόν δείγμα, ανέφεραν ότι η παρουσία ενός ειδικού ψυχικής υγείας στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ ή η σταθερή συνεργασία με κάποιον ιδιώτη ο οποίος θα αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (ώστε να μην επωμίζεται η μητέρα το κόστος), καθώς και η ύπαρξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα με σταθερή ποιότητα και δωρεάν πρόσβαση, θα διευκόλυνε σημαντικά την εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής, με αποτέλεσμα να αυξηθούν τα ποσοστά των γυναικών που βρίσκουν έγκαιρα, κατάλληλη και επαρκή θεραπεία.

«Είναι σημαντικό να ξέρω ότι υπάρχουν ποιοτικές και εννοώ σταθερά ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, αλλά αυτό δεν αρκεί. Χρειάζεται να έχω και καλή συνεργασία με τον ψυχίατρο ή όποιον άλλο ειδικό παρακολουθεί τη μητέρα. Μπορεί για παράδειγμα, το παιδί να εμφανίσει αναπτυξιακά προβλήματα εξαιτίας της κατάθλιψης της μάνας. Τι θα κάνω τότε; Που θα αναζητήσω βοήθεια; Για να μην πω για τις παραπομπές... Παραπομπή δεν είναι να πω στη γυναίκα «πήγαινε στον τάδε ειδικό», χρειάζεται μια ειδική διαδικασία, που ούτε αυτή υπάρχει» (Π06).

«Να υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας δωρεάν ή με ένα συμβολικό κόστος, που να βλέπουν αμέσως τη γυναίκα και όχι να περιμένει έξι μήνες για

ραντεβού. Να παίρνεις αυτό που χρειάζεσαι όταν το χρειάζεσαι... Αυτό θα βοηθούσε κι εμένα να κάνω τη δουλειά μου και να συζητήσω μαζί της για όλα αυτά και να την πείσω να πάει στον ειδικό. Αρκεί να ξέρω ότι θα βρει κατάλληλη φροντίδα» (EY05).

3.1.2 Ποιοτική Έρευνα σε Μητέρες για τους Κυριότερους Τρόπους και τα Εμπόδια στην Προσπάθεια Αναζήτησης Βοήθειας για Θέματα Κατάθλιψης.

Ο βασικός πληθυσμός-στόχος της παρούσας έρευνας μπορεί να ήταν οι παιδίατροι, ωστόσο, ο τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών αυτών ήταν οι μητέρες, οι οποίες, σύμφωνα με τις καλές πρακτικές που ισχύουν για τα προγράμματα προαγωγής υγείας, θα πρέπει επίσης να συμπεριλαμβάνονται στον σχεδιασμό. Και τούτο διότι, η υπηρεσία που αναπτύχθηκε (ανίχνευση και παραπομπή) στο πλαίσιο του προγράμματος και επιχειρήθηκε να ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική των παιδιάτρων, έπρεπε να ανταποκρίνεται και στις ανάγκες των μητέρων, όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας. Βασική επιδίωξη της ερευνήτριας όπως θα αναλυθεί στα επόμενα κεφάλαια, δεν ήταν απλώς η διενέργεια της αξιολόγησης αντίκτυπου, αλλά και της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Ο σκοπός ήταν να αξιολογηθεί κατά πόσο η παρέμβαση έχει αποτέλεσμα στην καθημερινή κλινική πρακτική των παιδιάτρων και στην ψυχική υγεία των μητέρων, άρα σε συνθήκες πραγματικότητας και όχι απλά το αν φαίνεται να έχει θετική επίδραση σε συνθήκες «ελεγχόμενου» πειραματικού περιβάλλοντος.

Για όλους αυτούς τους λόγους, στην ποιοτική έρευνα συμπεριλήφθησαν και μητέρες, κάτοικοι Αττικής, οι οποίες αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάθλιψης και είχαν ήδη εντοπιστεί από παιδίατρους που εργάζονταν σε διαφορετικές δομές του παιδιατρικού πλαισίου της ΠΦΥ, είχαν παραπεμφθεί σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ιδιώτη ψυχίατρο κατά το παρελθόν και είχαν λάβει διάγνωση και θεραπεία. Το εννοιολογικό περίγραμμα (conceptual framework) του προγράμματος που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής, δεν εστίασε μόνο στα ατομικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία υγείας, αλλά έλαβε υπόψη και τα χαρακτηριστικά του συστήματος της ΠΦΥ, καθώς αυτό από μόνο του, αποτελεί έναν

παράγοντα που επηρεάζει τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας, γυναικών με προβλήματα κατάθλιψης [194]. Έτσι, βασικός σκοπός της ποιοτικής έρευνας σε μητέρες με τέτοιου είδους προβλήματα, ήταν να διερευνηθεί η συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας, στο πλαίσιο ενός αδύναμου συστήματος ΠΦΥ όπως είναι αυτό που έχουμε στη χώρα μας και να περιγραφεί η διαδρομή της γυναίκας κατά την αναζήτηση φροντίδας.

Μέθοδος

Δειγματοληψία

Η ποιοτική έρευνα σε μητέρες, πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα 2013-2014. Η στρατολόγηση των συμμετεχουσών έγινε από διαφορετικές περιοχές της Αττικής και συγκεκριμένα από ιδιωτικά παιδιατρικά ιατρεία που βρίσκονταν στις παρακάτω περιοχές: Κέντρο Αθήνας (Μεταξουργείο, Κολωνός), Νέα Χαλκηδόνα, Αχαρνές, Αμπελόκηποι, Χαλάνδρι. Έγινε προσπάθεια ούτως ώστε να συμπεριληφθούν στο δείγμα και περιοχές οι οποίες θεωρούνται υποβαθμισμένες, με ομάδες του πληθυσμού που ζουν σε φτώχεια. Αρχικά, η ερευνήτρια επιδίωξε να λάβει άδεια από δημόσια νοσοκομεία, ούτως ώστε να συμπεριλάβει στην ποιοτική έρευνα μητέρες που επισκέπτονταν τις δημόσιες δομές ΠΦΥ (όπως είναι τα εξωτερικά ιατρεία των παιδιατρικών νοσοκομείων), αλλά λόγω των μακροχρόνιων γραφειοκρατικών διαδικασιών δεν κατέστη δυνατό, καθώς θα παραβιαζόταν σε σημαντικό βαθμό το χρονοδιάγραμμα της μελέτης.

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή αυτής της ενότητας, βασικός σκοπός της ποιοτικής έρευνας δεν ήταν η γενίκευση των αποτελεσμάτων αλλά η παροχή πληροφόρησης. Για τον λόγο αυτό, το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposeful sampling) και μάλιστα με τη μέγιστη δυνατή διαφοροποίηση (maximum variation) εξαιτίας του ενδιαφέροντος της ερευνήτριας για

τις ομοιότητες και διαφορές στη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας, μητέρων με διαφορετικής σοβαρότητας κατάθλιψη και διαφορετικό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Όπως και στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ, βασικός στόχος ήταν η συμπερίληψη των μητέρων που μπορούσαν να παρέχουν κρίσιμη και πλούσια πληροφόρηση (“information rich cases”) [207].

Για να είναι επιλέξιμες να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι μητέρες θα έπρεπε να είναι 18 ετών και άνω, να μιλούν και να κατανοούν επαρκώς την ελληνική γλώσσα και να μη βρίσκονται σε θεραπεία για προβλήματα ψυχικής υγείας κατά το διάστημα της διεξαγωγής της ποιοτικής έρευνας. Για τη στρατολόγηση του δείγματος, η ερευνήτρια απευθύνθηκε μεταξύ άλλων και στους παιδιάτρους με τους οποίους είχε συνεργαστεί στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας, κατά το έτος 2011. Οι παιδίατροι ενημέρωσαν κάποιες από τις μητέρες (που είχαν εντοπίσει κατά το παρελθόν να έχουν προβλήματα κατάθλιψης και τις είχαν παραπέμψει σε ειδικό ψυχικής υγείας) για την ποιοτική έρευνα, προκειμένου να διερευνήσει το ενδιαφέρον τους να συμμετάσχουν. Σε όσες εκδήλωσαν σχετικό ενδιαφέρον, μοιράστηκε ειδικό ενημερωτικό φυλλάδιο με τα στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας. Υπήρχε επίσης η δυνατότητα απευθείας επικοινωνίας της ερευνήτριας με τις μητέρες, κατόπιν σχετικής συγκατάθεσης της ίδιας της μητέρας, στον παιδίατρο. Μετά την αρχική ενημέρωση από τους παιδιάτρους, εκδήλωσαν ενδιαφέρον να συμμετάσχουν στην έρευνα, 104 μητέρες. Συγκεκριμένα, από τα 6 ιατρεία της περιοχής του Κέντρου της Αθήνας, εκδήλωσαν ενδιαφέρον συνολικά 18 μητέρες, από τα 5 ιατρεία στη Νέα Χαλκηδόνα εκδήλωσαν ενδιαφέρον 13 μητέρες, από τα 4 ιατρεία στην περιοχή των Αχαρνών εκδήλωσαν ενδιαφέρον 15 μητέρες, από τα 6 ιατρεία των Αμπελοκήπων εκδήλωσαν ενδιαφέρον 26 μητέρες και από τα 9 ιατρεία του Χαλανδρίου, εκδήλωσαν ενδιαφέρον 32 μητέρες. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τις 72 από

αυτές (από τις υπόλοιπες, οι 29 δεν απάντησαν ποτέ και τρεις δήλωσαν ότι δεν είχαν χρόνο εκείνη την περίοδο) και έγιναν ερωτήσεις «screening» από την ερευνήτρια, ώστε να διαπιστωθεί αν πληρούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας για να συμπεριληφθούν στην έρευνα. Από τις 72 μητέρες, πληρούσαν τα κριτήρια οι 63, ενώ από αυτές, συμμετείχαν τελικά στην έρευνα οι 42, καθώς 11 βρισκόταν ακόμη σε θεραπεία για θέματα κατάθλιψης, δύο αντιμετώπιζαν άλλου είδους σοβαρά προβλήματα υγείας που δεν τους επέτρεπαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (ανάγκη για αιμοκάθαρση και προγραμματισμένο χειρουργείο στο στομάχι), τρεις αντιμετώπιζαν σοβαρά θέματα υγείας με άλλα μέλη της οικογένειας (π.χ. αναπηρία παιδιού, σοβαρά προβλήματα υγείας πατρικών γονιών) που απαιτούσαν την καθημερινή τους φροντίδα και δεν είχαν χρόνο για να συμμετάσχουν στην έρευνα και πέντε δεν επέστρεψαν υπογεγραμμένη τη δήλωση συγκατάθεσης, χωρίς να εξηγήσουν τους λόγους. Η στρωματοποίηση του δείγματος ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, φαίνεται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Στρωματοποίηση του Δείγματος της Ποιοτικής Έρευνας σε Μητέρες.

Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο				
	Χαμηλό	Μέσο	Υψηλό	Σύνολο
Σοβαρότητα κατάθλιψης				
Ήπια	8	6	6	20
Μέτρια	4	4	3	11
Υψηλή	3	6	2	11
Σύνολο	15	16	11	42

Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της μητέρας, υπολογίστηκε με βάση τις αυτοαναφορικές απαντήσεις των συμμετεχουσών για το ετήσιο εισόδημα του περασμένου έτους και κατηγοριοποιήθηκε σύμφωνα τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ για

την οικονομική κατάσταση του ελληνικού πληθυσμού και τον κίνδυνο φτώχειας [213, 214], ως εξής:

Χαμηλό: < 8000 ευρώ

Μεσαίο: 8000-10000 ευρώ

Υψηλό: >10000 ευρώ

Αντίστοιχα, υπολογίστηκε το επίπεδο διαβίωσης σε συνθήκες κάτω του ορίου της φτώχειας, ως εκείνο που τα άτομα ζουν με λιγότερο από το 60% του μέσου διαθέσιμου εισοδήματος [214].

Η σοβαρότητα της κατάθλιψης υπολογίστηκε με βάση τη διάγνωση της μητέρας από τον ειδικό ψυχικής υγείας.

Υψηλή: διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (ΜΚΔ).

Μέτρια: έντονα συμπτώματα με επίπτωση στη λειτουργικότητα και θεραπευτική αντιμετώπιση με ψυχοθεραπεία (ή/και συμβουλευτική υποστήριξη) και φαρμακοθεραπεία για κάποιο διάστημα, αλλά χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί διάγνωση για ΜΚΔ.

Ήπια: ενόχληση από συμπτώματα τα οποία δεν απαιτούσαν κάποιου είδους θεραπευτική αντιμετώπιση, παρά μόνο παρακολούθηση για κάποιο διάστημα.

Τα δημογραφικά στοιχεία των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πινάκας 4. Δημογραφικά Στοιχεία Μητέρων που Συμμετείχαν στην Ποιοτική Έρευνα (n=42).

	n (%)
Ηλικία (χρόνια)	24-58 (εύρος)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμη	32 (76)
Άγαμη	3 (7)
Διαζευγμένη	7 (17)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Χαμηλό: < 9 έτη σπουδών	7 (17)
Μέσο: 10-14 έτη σπουδών	18 (43)
Υψηλό: >14 (ΑΕΙ)	17 (40)
Εισόδημα	
Χαμηλό: < 8000 ευρώ	15 (36)
Μεσαίο: 8000-10000 ευρώ	16 (38)
Υψηλό: >10000 ευρώ	11 (26)
Σοβαρότητα Κατάθλιψης	
Ήπια	20 (48)
Μέτρια	11 (26)
Υψηλή	11 (26)

Εργαλεία & συλλογή δεδομένων

Για την ποιοτική έρευνα με μητέρες που αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάθλιψης, αναπτύχθηκε ένα αρχικό σετ ανοιχτών ερωτήσεων με βάση την τρέχουσα διεθνή βιβλιογραφία για το θέμα και τους στόχους της έρευνας. Η αρχική εκδοχή του οδηγού δοκιμάστηκε πιλοτικά σε μικρό δείγμα μητέρων και στη συνέχεια τροποποιήθηκε πριν την τελική χορήγηση. Ο τελικός οδηγός των ημι-δομημένων συνεντεύξεων περιείχε έξι ερωτήσεις που ανταποκρίνονταν στους στόχους της έρευνας και παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Οδηγός Συνέντευξης για την Ποιοτική Έρευνα σε Μητέρες

- | | |
|---|---|
| 1 | Τι σκέψεις έκανες όταν πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα κατάθλιψης; |
| 2 | Πώς αντιμετώπισες τα συμπτώματα/τις ενοχλήσεις που είχες; |
| 3 | Σε ποιον επαγγελματία απευθύνθηκες για να ζητήσεις αρχικά συμβουλή ή/και βοήθεια; Πώς ήταν εκείνη η εμπειρία; Τι έκανες στη συνέχεια; |
| 4 | Τι σκέψεις και συναισθήματα είχες κατά την προσπάθειά σου να αναζητήσεις βοήθεια για την κατάθλιψη; |

- 5 Τι εμπόδια αντιμετώπισες κατά την προσπάθειά σου να αναζητήσεις βοήθεια για την κατάθλιψη;
- 6 Τι θα μπορούσε να σε διευκολύνει να αναζητήσεις βοήθεια για την κατάθλιψη;

Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά το έτος 2014, μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε προκαθορισμένη ημέρα και ώρα, σύμφωνα με την υπόδειξη κάθε μητέρας. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε 40-50 λεπτά και γινόταν στα Ελληνικά. Επιλέχθηκε η μέθοδος των τηλεφωνικών συνεντεύξεων κυρίως για πρακτικούς λόγους που σχετίζονταν με τις αυξημένες απαιτήσεις του μητρικού ρόλου και τον περιορισμένο ελεύθερο χρόνο των γυναικών. Με τη σύμφωνη γνώμη των συμμετεχουσών και κατόπιν έγγραφης και προφορικής ενήμερης συγκατάθεσης τόσο για την καταγραφή όσο και για τη συμμετοχή στην έρευνα, οι συνεντεύξεις ηχογραφούνταν και στη συνέχεια απομαγνητοφωνούνταν. Οι μητέρες πληροφορήθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής στη μελέτη, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή από την έρευνα και χωρίς να εξηγήσουν τους λόγους. Για τη διενέργεια της ποιοτικής έρευνας σε μητέρες, δόθηκε άδεια από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ανάλυση των Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης [215-219]. Αρχικά, έγιναν επαναληπτικές αναγνώσεις των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων ώστε να υπάρξει εξοικείωση με τα δεδομένα και να αναπτυχθούν γενικές ιδέες και σκέψεις για την κωδικοποίηση. Οι αρχικοί κωδικοί δημιουργήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη, τόσο τις έννοιες που αναφέρονταν και διέτρεχαν τα δεδομένα, όσο και τους στόχους της έρευνας. Στη συνέχεια ακολούθησε

η αρχική κωδικοποίηση των δεδομένων, ανάλογα με τη συνάφεια κάθε μέρους του κειμένου με τους προκαταρκτικούς κωδικούς. Οι κωδικοί αυτοί, κατηγοριοποιήθηκαν σε θεματικές και τα δεδομένα εξετάστηκαν προσεκτικά, ώστε να διαπιστωθεί αν υπήρχαν περιπτώσεις που παρουσίαζαν απόκλιση από τους κωδικούς και τις θεματικές που είχαν ήδη δημιουργηθεί (negative cases) (Patton, 2002). Κάθε θεματική περιείχε δεδομένα σχετικά με την έννοια που αντιπροσώπευε. Αυτή η διαδικασία συνεχίστηκε έως ότου να κατηγοριοποιηθούν όλα τα δεδομένα, να υπάρξει επανάληψη των εννοιών που αναδύονται και να μην προκύπτουν νέες έννοιες συνιστώντας νέες θεματικές και νέους κωδικούς. Κατόπιν, ελέγχθηκε η κωδικοποίηση και αναπτύχθηκαν εναλλακτικές κατηγοριοποιήσεις, ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο τα δεδομένα όντως αντιπροσωπεύονται από τις υπάρχουσες θεματικές κατηγορίες ή υπάρχουν διαφορετικές έννοιες που τα εκφράζουν καλύτερα. Στο τέλος αυτού του σταδίου και αφού αναθεωρήθηκαν κάποιες υποκατηγορίες στις κύριες θεματικές, αναπτύχθηκε το τελικό θεματικό πλαίσιο, συνοδευόμενο από σύντομους εννοιολογικούς ορισμούς σε κάθε θεματική κατηγορία. Τα δεδομένα κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το τελικό θεματικό πλαίσιο, ενώ μετά το πέρας αυτής της διαδικασίας, διατυπώθηκαν και βασικές ερμηνευτικές υποθέσεις για τα ευρήματα.

Αποτελέσματα

Τα ευρήματα διέψευσαν την αρχική υπόθεση της ερευνήτριας, καθώς φάνηκε ότι οι μητέρες διαφορετικού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου, παρουσίαζαν κοινά μοτίβα στη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας. Υπήρχαν ωστόσο κάποιες διαφοροποιήσεις σε ορισμένες υποκατηγορίες (όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια), από τις μητέρες χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου που ζούσαν κάτω από το όριο της φτώχειας. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν δύο κύριες θεματικές κατηγορίες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας των μητέρων για

θέματα κατάθλιψης: α) ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και β) παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Αυτές οι δύο διαστάσεις υπήρχαν σε κάθε πτυχή των απόψεων και των εμπειριών των μητέρων, χωρίς βέβαια να λείπουν και οι πιο ειδικές κατηγορίες παραγόντων που συνιστούν υποκατηγορίες. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι εντοπίστηκαν διαφορές ανάμεσα στις μητέρες που ζούσαν κάτω από το όριο της φτώχειας, μόνο ως προς τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, ενώ σε ότι αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας, δεν παρουσιάστηκαν διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχουσών.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας.

Συζήτηση των Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων με τον Παιδιάτρο

Οι μητέρες συνέδεσαν την αποκάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον παιδίατρο και τη συζήτηση για αυτά, με το στίγμα για την ψυχική ασθένεια. Επιπλέον, τόνισαν ότι οι ίδιες είχαν μεγάλη προσωπική δυσκολία να συνειδητοποιήσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και της κατάθλιψης, γεγονός στο οποίο συνέβαλλε τόσο η έλλειψη γνώσεων για τη διαταραχή, όσο και το αίσθημα εξάντλησης ή κόπωσης που βίωναν πολλές από αυτές (ως σύμπτωμα). Κάποιες υποστήριζαν ότι η μακροχρόνια σχέση που είχαν με τον παιδίατρο βοήθησε στο να αισθανθούν άνετα και να συζητήσουν για τις ανησυχίες και τα συμπτώματα που είχαν ενώ άλλες δίσταζαν επειδή θεώρησαν ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις εμπιστευτικότητας και απορρήτου μεταξύ ιατρού-ασθενούς (αφού ασθενής του παιδιάτρου είναι το παιδί) και φοβήθηκαν ότι η συζήτηση για ένα τέτοιο θέμα μπορεί να έχει επιπτώσεις στην κηδεμονία του παιδιού (π.χ. να ειδοποιήσει ο παιδίατρος την κοινωνική υπηρεσία για να ελέγξει το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί και να το απομακρύνει από τη μητέρα). Επιπλέον, οι μητέρες δήλωσαν ότι αντιμετώπιζαν

αυξημένη δυσκολία στο να ξεκινήσουν εκείνες μια τέτοια συζήτηση με τον παιδίατρο, αναφέροντας ότι αν έκανε εκείνος την αρχή, θα τους ήταν ευκολότερο. Σημαντική διαφοροποίηση παρουσιάστηκε από τις μητέρες που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας, οι οποίες σημείωσαν ότι ο σημαντικότερος παράγοντας για να συζητήσουν για τα καταθλιπτικά συμπτώματα με τον παιδίατρο θα ήταν να παρίσταται και ο σύζυγός τους στην επίσκεψη ώστε να ενημερωθεί από τον παιδίατρο για το τι συμβαίνει. Οι γυναίκες αισθάνονταν δυσφορία στο ενδεχόμενο να χρειαστεί να εξηγήσουν οι ίδιες στο σύζυγο για ποιο λόγο υποφέρουν. Όπως χαρακτηριστικά είπε μια μητέρα που ανήκει στην ομάδα εκείνων που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας,

«Στον κόσμο και τις συνθήκες που ζω, αυτά τα πράγματα, το να πάθεις κατάθλιψη δηλαδή, είναι πολυτέλεια, για τους φραγκάτους... Άσε που, μπορεί και να με παρατούσε ο πατέρας τους. Δεν είναι νορμάλ για τους άνδρες αυτά, θέλει ο άλλος να ξέρει αν θα είναι περαστικό ή αν είσαι τρελή. Θέλει να το ακούσει από τον γιατρό. Αλλιώς ποιος ξέρει τι μπορεί να κάνει... Το σκέφτεσαι; Και να έμενα μόνη με δυο παιδιά και άρρωστη;» (M28).

«Ένιωθα τόσο εξαντλημένη, τόσο απελπισμένη, που μου φαινόταν μάταιο να μιλήσω σε οποιονδήποτε για αυτά. Μάταιο και αβάσταχτο. Σκεφτόμουν ότι θα μου έκαναν ερωτήσεις και θα έπρεπε να απαντήσω και εγώ δεν είχα καν τη δύναμη να ανοίξω το στόμα μου και να μιλήσω, να σκεφτώ, να πω λέξεις...» (M14)

Εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας

Η απόφαση και η διαδικασία αναζήτησης βοήθειας, συνδέθηκε από τις μητέρες με συναισθήματα αποτυχίας, και μάλιστα, ιδιαίτερα για εκείνες που είχαν αντιμετωπίσει προβλήματα με την κατάθλιψη κατά το παρελθόν και προσπαθούσαν να την αντιμετωπίσουν χωρίς βοήθεια. Κάποιες ανέφεραν ότι αν αναζητούσαν

βοήθεια και ξανάρχιζαν τη θεραπεία θα ήταν σαν να είχε «νικήσει» η διαταραχή. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε αυτές τις περιπτώσεις νοσηματοδοτήθηκαν ως μια ένδειξη αδυναμίας της γυναίκας. Ο κοινωνικός στιγματισμός για την ψυχική νόσο και οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις για την ψυχική υγεία αναφέρθηκαν ακόμη μια φορά ως τα κυριότερα εμπόδια στην προσπάθεια αναζήτησης βοήθειας. Για τις γυναίκες κάτω από το όριο της φτώχειας, ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα, ήταν και το κόστος μετακίνησης για να μεταβούν στην υπηρεσία ψυχικής υγείας στην οποία τις είχε παραπέμψει ο παιδίατρος.

«Το να αποφασίσεις να πας σε ψυχίατρο, είναι δημόσια ομολογία αποτυχίας. Φέρεις την ταμπέλα στο κούτελο, «Απέτυχα ξανά». Γι' αυτό το πάλεψα πολύ μόνη μου ώσπου να αποφασίσω να κάνω το πρώτο βήμα και να πάω πάλι στον γιατρό. Αν ζητούσα βοήθεια, θα ήμουν αποτυχημένη, αν δεν το έκανα, ήμουν χαμένη. Μπρος γκρεμός και πίσω ρέμα. Δεν ξέρω τι είναι χειρότερο, αλλά έτσι ζούσα για καιρό, με αυτή τη σύγκρουση, ώσπου μου μίλησε ο παιδίατρος και μου εξήγησε τις συνέπειες που θα έχει στο παιδί αν δεν γίνω καλά. Έτσι πήγα. Την άλλη φορά που το είχα πάθει δεν είχα παιδιά, μόνο τον εαυτό μου είχα να σκεφτώ» (M24).

«Το βλέπω στα μάτια τους. Μόλις ξεστομίσεις «έχω κατάθλιψη», το βλέμμα αλλάζει, σε κοιτάνε σαν να είσαι κλέφτης. Σαν να είσαι μια ντροπή» (M40).

Διευκολυντικοί παράγοντες για αναζήτηση βοήθειας.

Οι συμμετέχουσες τόνισαν τη σημασία της υποστήριξης από το οικογενειακό, το συγγενικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα την παροχή υποστήριξης από τον σύντροφο όχι μόνο σε ψυχολογικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο (π.χ. να τις συνοδεύει στα πρώτα ραντεβού με τον ψυχίατρο, να κρατήσει το παιδί για να πάνε, κλπ), προκειμένου να αναζητήσουν βοήθεια. Οι μητέρες χαμηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου ανέφεραν ότι αν υπήρχαν υπηρεσίες

ψυχικής υγείας χωρίς κόστος και σε κοντινή απόσταση (που να μπορούν να τη διανύσουν περπατώντας, για να γλιτώσουν το κόστος μετακίνησης και τον χρόνο που συνεπάγεται επειδή πολλές από αυτές δεν είχαν κάποιον να τους κρατήσει το παιδί), θα ήταν πολύ πιο πρόθυμες να αναζητήσουν βοήθεια.

«Αν είχα τον άνθρωπό μου να με στηρίζει, ή έστω έναν φίλο, ή κάποιον άλλο, κάποιον, που να καταλαβαίνει... Μια ομάδα υποστηρικτική σαν αυτές που βλέπω στις ταινίες, θα μου ήταν πολύ πιο εύκολο να πάω στον ψυχίατρο. Χρειάζεσαι βοήθεια για να πάρεις την απόφαση, να σηκώσεις το τηλέφωνο, να κλείσεις το ραντεβού, να το θυμηθείς τη συγκεκριμένη μέρα, να ντυθείς, να πλυθείς, να βγεις στο δρόμο και να πας. Χρειάζεται προσπάθεια όλο αυτό, χρειάζεσαι στήριξη. Βασικά χρειάζεται να ξέρεις ότι δεν είσαι μόνη» (M19).

«Πρέπει να καταλάβεις το εξής: για μένα, το εισιτήριο είναι δύο κουτιά γάλα. Δε μπορώ να χαλάω λεφτά για μένα, όταν το παιδί μου δεν έχει να φάει. Το ξέρω ότι αν χειροτέρευε το πράγμα δε θα μπορούσα να πάρω τα πόδια μου, μου τα είπε μετά και ο γιατρός, τα θυμάμαι. Αλλά για μένα, πρώτα απ' όλα ήταν να έχει γάλα το παιδί μου, φαγητό το σπίτι μου. Δε γινόταν να πω, «α, σήμερα δε θα πάρω ψωμί, θα πάρω το τρένο να πάω στο Χ νοσοκομείο, να περιμένω δέκα ώρες για να με δει ο ψυχίατρος». Και ύστερα, δεν είναι μόνο τα εισιτήρια, είναι και τα φάρμακα. Αν ήταν δίπλα μου αυτό το ιατρείο και ήταν δωρεάν, όλα θα ήταν πολύ πιο εύκολα. Αλλά δεν υπάρχουν τέτοια πράγματα» (M34).

Παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας κατά τη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας.

Παρ' όλο που από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι υπήρχαν διαφοροποιήσεις σε κάποιες υποκατηγορίες ανάμεσα στις μητέρες που ζούσαν κάτω από το όριο της φτώχειας ή είχαν χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και τις

υπόλοιπες, ωστόσο σε σχέση με τους παράγοντες που αφορούν στο σύστημα υγείας και επιδρούν στη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας για θέματα κατάθλιψης, δεν παρουσιάστηκαν διαφορές. Η μόνη διαφοροποίηση, αφορούσε τη συναισθηματική επιβάρυνση που προκαλούνταν από αυτά τα εμπόδια, με τις μητέρες που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας να τη βιώνουν με μεγαλύτερη ένταση. Για παράδειγμα, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών ανέφερε ως ένα κύριο εμπόδιο το κόστος για ψυχοθεραπεία, όμως εκείνες που είχαν υψηλότερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, αισθάνονταν θυμωμένες, ενώ εκείνες με χαμηλότερο, απογοητευμένες.

Συζήτηση των Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων με τον Παιδιάτρο.

Εμπόδια όπως η έλλειψη χρόνου των παιδιάτρων, ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας, καθώς και θέματα οικονομικής επιβάρυνσης λόγω ελλειπών κάλυψης από τον ασφαλιστικό φορέα, αναδείχθηκαν ως τα σημαντικότερα από την πλειοψηφία των γυναικών, προκειμένου να πάρουν την απόφαση να απευθυνθούν οι ίδιες στον παιδίατρο για να συζητήσουν για τα συμπτώματα. Παρ' όλο που οι μητέρες είχαν σκεφτεί να ρωτήσουν τον παιδίατρο για τα ζητήματα που τις απασχολούσαν σχετικά με την κατάθλιψη, ωστόσο ο κατακερματισμός των υπηρεσιών τις έκανε διστακτικές στο να λάβουν την απόφαση να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους με τον παιδίατρο.

Το «ταξίδι» στο σύστημα υγείας για την αναζήτηση θεραπείας, περιγράφηκε από τις περισσότερες μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα ως δύσκολο, χρονοβόρο, με μεγάλη ταλαιπωρία η οποία προσθέτει επιβάρυνση και εξάντληση καθώς και με αβέβαιη κατάληξη ως προς την ποιότητα και την επάρκεια των παρεχομένων υπηρεσιών. Η ύπαρξη καθολικά προσβάσιμων υπηρεσιών τόσο παιδιατρικής φροντίδας όσο και ψυχικής υγείας, επισημάνθηκε από όλες σχεδόν τις γυναίκες ως

μια σημαντική προϋπόθεση που θα μπορούσε να τις διευκολύνει να πάρουν την απόφαση να συζητήσουν με τον παιδίατρο για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

«Το πρώτο πράγμα που σκέφτηκα όταν μου είπε ο παιδίατρος ότι πρέπει να με δει κάποιος ειδικός γιατί μάλλον έχω κατάθλιψη, ήταν «Όχι πάλι! Δεν αντέχω να ξαναπεράσω αυτόν τον λαβύρινθο από υπηρεσία σε υπηρεσία!»» (M7).

«Δεν είναι εύκολο γιατί περιμένει πολύς κόσμος να δει τον παιδίατρο και εκείνος είναι βιαστικός. Δεν υπάρχει χρόνος για συζητήσεις και μάλιστα για τέτοια θέματα...» (M37).

«Το σκέφτηκα πολλές φορές να ρωτήσω τον παιδίατρο αν θα μπορούσε να με βοηθήσει εκείνος. Να μου γράψει φάρμακα έστω, για να μην τρέχω στους ψυχιάτρους. Αλλά δεν πληρώνονται οι παιδίατροι για κάτι τέτοιο και δεν το θεώρησα σωστό» (M13).

Εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας

Οι μητέρες που αποτέλεσαν το δείγμα στην παρούσα μελέτη, εντόπισαν τη μακροχρόνια αναμονή για ραντεβού, την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης για το κόστος της ψυχοθεραπείας, την έλλειψη συνέχειας στην ψυχιατρική φροντίδα, καθώς και των ελλιπή συντονισμό και τη συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις παιδιατρικές υπηρεσίες της ΠΦΥ ως τους κύριους λόγους που τις εμπόδισαν να αναζητήσουν βοήθεια. Οι περιορισμένες επιλογές για παραπομπή εντός του συστήματος υγείας καθώς και το υψηλό κόστος της ψυχοθεραπείας το οποίο θα έπρεπε να καλύψουν οι ίδιες, αποτέλεσαν ισχυρούς ανασταλτικούς παράγοντες. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά το διάστημα που πραγματοποιήθηκε η ποιοτική έρευνα, τα άτομα που ήσαν άνεργα ή είχαν χάσει την ασφαλιστική τους ικανότητα για άλλους λόγους (π.χ. ελεύθεροι επαγγελματίες με οφειλή στον ΟΑΕΕ) δεν είχαν δωρεάν

πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά επιβαρύνονταν με το αντίστοιχο κόστος.

Οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι η ψυχοθεραπεία δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ούτε παρέχεται από όλες τις δομές ψυχικής υγείας του δημόσιου συστήματος υγείας. Μάλιστα, κάποιες περιέγραψαν αναλυτικά τη διαδικασία, λέγοντας ότι, αρχικά απευθύνθηκαν στα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία γενικών νοσοκομείων, όπου εξετάστηκαν από ψυχίατρο, αλλά το μόνο που μπορούσε να τους παρέχει ήταν συνταγογράφηση και παρακολούθηση, όχι κάποιου είδους ψυχοθεραπεία ή συμβουλευτική, με αποτέλεσμα να τις παραπέμψει σε κέντρο ψυχικής υγείας ή αντίστοιχη δομή (οι οποίες ανήκουν συνήθως σε κάποια μη κυβερνητική οργάνωση) στην περιοχή που έμεναν ή στην πλησιέστερη περιοχή του τόπου κατοικίας τους. Εκεί, διαπίστωσαν ότι, αφενός υπήρχε μεγάλη λίστα αναμονής, η οποία μπορούσε να φτάσει και τους 8 μήνες για το πρώτο ραντεβού, αφετέρου, ακόμη και στην περίπτωση των μητέρων που επέμειναν παρά τη μεγάλη αναμονή και έλαβαν εν τέλει κάποιου είδους ψυχοθεραπευτική βοήθεια, ήταν αδύνατο να υπάρξει ποιοτική θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς, οι συνεχείς αλλαγές στη στελέχωση αυτών των δομών και ο μεγάλος φόρτος εργασίας είχε ως συνέπεια να τις βλέπει κάθε φορά διαφορετικός ειδικός ψυχικής υγείας. Αυτό υπονόμει την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και είχε αυξημένη επιβάρυνση και ψυχική ταλαιπωρία για τις γυναίκες, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις η ενημέρωση του ειδικού ήταν ελλιπής και αναγκάζονταν να δίνουν από την αρχή πληροφορίες για το ιστορικό τους, το πρόβλημα που τις απασχολεί και να μη μένει χρόνος για όσα ήθελαν να συζητήσουν.

Τα παραπάνω εμπόδια και ειδικά η μη κάλυψη της ψυχοθεραπείας από τα ασφαλιστικά ταμεία, οδήγησε τις μητέρες με μέσο και υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο στο να αναζητήσουν βοήθεια στον ιδιωτικό τομέα. Όπως ανέφεραν όμως,

εκεί, εκτός από το κόστος που ήταν αρκετά υψηλό, έπρεπε να αντιμετωπίσουν και θέματα που σχετίζονταν με τον κοινωνικό στιγματισμό. Πολλές περιέγραψαν την προσπάθειά τους να φτάσουν στο ιατρείο του ψυχιάτρου χωρίς να τις δει κάποιος να μπαίνουν στην πολυκατοικία ή να προσποιούνται ότι πηγαίνουν σε άλλον όροφο όταν έμπαινε κάποιος άλλος μαζί τους στο ασανσέρ, ώστε να αποφύγουν να κάνει ο περαστικός τη σκέψη ότι πάνε σε ψυχίατρο.

Τέλος, τόσο οι μητέρες που απευθύνθηκαν στον ιδιωτικό τομέα για να λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα για τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν με την κατάθλιψη, όσο και εκείνες που αναζήτησαν βοήθεια στο πλαίσιο των δημόσιων υπηρεσιών και κατάφεραν να λάβουν κάποιου είδους φροντίδα, τόνισαν ότι ο παιδίατρος δεν τις παρέπεμψε συγκεκριμένα σε κάποιον, τους είπε απλά ότι θα πρέπει να τις δει ειδικός ψυχικής υγείας. Αυτές θα έπρεπε να βρουν ποιες δομές δημόσιες υπάρχουν, που βρίσκονται, τι είδους υπηρεσίες παρέχουν, καθώς και να αποφασίσουν με ποιον ειδικό από όσους εργάζονται εκεί να κλείσουν ραντεβού. Όπως επισήμαναν, έπρεπε κατά κάποιο τρόπο να γίνουν αυτές οι ειδικοί και να αποφασίσουν ποιος γιατρός και ποια υπηρεσία είναι κατάλληλη για τις ανάγκες τους και ποια όχι. Επιπλέον, εκείνες είχαν και την ευθύνη να μεταφέρουν τη σχετική πληροφόρηση από τον έναν ιατρό στον άλλο, καθώς η συνεργασία μεταξύ ειδικών και υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας περιγράφηκε ως ανύπαρκτη. Αυτό με τη σειρά του συνέβαλλε σε αυξημένο άγχος, καθώς εκτός από το να προσπαθούν να θυμηθούν όλα όσα τους είχε πει ο ειδικός για να τα μεταφέρουν στον παιδίατρο, δεν ήξεραν αν είναι σωστό και μέσα στον ρόλο του παιδίατρου, το να συνεχίζουν να τον ενημερώνουν για τα θέματα με την κατάθλιψη αφού τις είχε παραπέμψει αλλού. Οι μόνες περιπτώσεις που το έκαναν με μεγαλύτερη άνεση, ήταν όταν κάποια επιμέρους θέματα αφορούσαν και το παιδί (π.χ υπερβολική ανησυχία ότι το παιδί δεν τρέφεται καλά, ότι δεν παίρνει βάρος κλπ).

«Ο παιδίατρος θα σου πει «πρέπει να δεις κάποιον για την κατάθλιψη» και αυτό είναι όλο. Αυτό είναι η παραπομπή. Εγώ θα πρέπει να τα κάνω όλα μόνη μου. Να βρω το ιατρείο του τάδε νοσοκομείου και να πάω σε κάποιον ψυχίατρο εκεί, ο οποίος θα με δει 15-20 λεπτά και θα μου δώσει φάρμακα. Αυτό ονομάζεται θεραπεία, μόνο που δεν είναι». (M20).

«Ας υποθέσουμε ότι βρίσκω επιτέλους έναν καλό ψυχίατρο σε δημόσια υπηρεσία. Μετά, θα πρέπει να παίζουμε το σπασμένο τηλέφωνο και να μεταφέρω αυτά που μου λέει ο ψυχίατρος στον παιδίατρο και τούμπαλιν. Μεταξύ τους, δε μιλάνε ποτέ. Δεν ξέρω γιατί, μπορεί να έχουν τσακωθεί! Αυτό που ξέρω σίγουρα όμως, είναι το πόσο αγχωτικό και εξαντλητικό είναι να έχεις την κατάθλιψή σου και να πρέπει να κάνεις και τον αγγελιαφόρο» (M11).

«Στο κέντρο ψυχικής υγείας δε μου έκλειναν ραντεβού το απόγευμα, από τη δουλειά, δε μπορούσα να πάρω άδεια για να πάω το πρωί. Αποτέλεσμα; Να σέρνομαι επί μήνες. Δε φτάνει δηλαδή που το κέντρο είναι στην άλλη άκρη, πρέπει να έχω και όλα αυτά τα προβλήματα. Ώρες – ώρες σκέφτομαι ότι το σύστημα υγείας δε σχεδιάστηκε για τους ασθενείς, αλλά για να εξυπηρετεί εκείνους που εργάζονται σε αυτό» (M22).

Διευκολυντικοί παράγοντες για αναζήτηση βοήθειας.

Οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης από τον παιδίατρο (έστω και η συνταγογράφηση) ή η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από κάποιον ειδικό που συνεργάζεται σταθερά μαζί του (εντός ή εκτός του παιδιατρικού ιατρείου), θα διευκόλυνε σημαντικά το να αναζητήσουν βοήθεια. Η συζήτηση με τον παιδίατρο για προβλήματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη, περιγράφηκε από τις περισσότερες μητέρες ως μια καλή και βολική επιλογή – σε σχέση με το να πήγαιναν απευθείας σε ψυχίατρο. Επίσης, πολλές μητέρες τόνισαν τη σημασία της παραπομπής σε συγκεκριμένο ειδικό ψυχικής υγείας και όχι απλά τη

σύσταση «να δουν κάποιον» ώστε να διευκολυνθούν στην αναζήτηση βοήθειας. Ο κύριος όμως παράγοντας που τονίστηκε ότι θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά προς αυτήν την κατεύθυνση, ήταν η παροχή ψυχοθεραπείας με χαμηλό οικονομικό κόστος. Η παράμετρος αυτή αναφέρθηκε από όλες ανεξαιρέτως τις γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, ενώ ορισμένες τόνισαν ότι, λόγω της διστακτικότητας να λάβουν φάρμακα για την κατάθλιψη, η ψυχοθεραπεία και η συμβουλευτική στήριξη ήταν η μόνη τους επιλογή. Τέλος, κάποιες μητέρες με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό εισόδημα επισήμαναν την ανάγκη για κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που να βρίσκονται κοντά στον τόπο κατοικίας και να λειτουργούν σε 24ωρη βάση.

«Αν ο παιδίατρος μου έλεγε «πάρε τηλέφωνο τον τάδε, συνεργαζόμαστε, είναι καλός ψυχίατρος και θα μιλήσω κι εγώ μαζί του για να σε δει», θα μου ήταν ευκολότερο να πάω στον ψυχίατρο. Να μη μου λέει «πρέπει να δεις κάποιον», αλλά «πρέπει να πας εκεί και να δεις τον τάδε» (M5).

«Την τελευταία φορά που έπαθα κατάθλιψη, θήλαζα. Δεν ήθελα να πάρω φάρμακα. Είπα λοιπόν να το παλέψω με ψυχοθεραπεία. Αλλά που να την κάνω; Και πώς να την πληρώσω; Θα μπορούσα να δώσω κάποια χρήματα, αλλά όχι τόσα όσα ζητάνε οι περισσότεροι. Δε γίνεται να έχεις απλά μια δουλειά, να έχεις άλλα δύο παιδιά και να δίνεις εξήντα και εβδομήντα ευρώ κάθε βδομάδα». (M23).

3.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

3.2.1. Το Θεωρητικό Μοντέλο (program theory) του Προγράμματος

Παρέμβασης.

Η θεωρία που αναπτύσσεται για ένα πρόγραμμα παρέμβασης (Program theory) αποτελεί ουσιαστικά ένα μοντέλο που περιγράφει πως η παρέμβαση συμβάλλει σε μια σειρά από αποτελέσματα και όχι απλά αν τα επιτυγχάνει ή όχι [220]. Για λόγους οικονομίας, στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας θα ονομάζεται «Μοντέλο Παρέμβασης». Τα Μοντέλα Παρέμβασης είναι διαφόρων ειδών, ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο πραγματοποιείται η παρέμβαση και φυσικά, το θέμα στο οποίο στοχεύει [220]. Συχνά, η αξιολόγηση μιας παρέμβασης που έχει βασιστεί σε θεωρία, αντιδιαστέλλεται με την αξιολόγηση των παρεμβάσεων που δε χρησιμοποιούν θεωρίες και ονομάζονται «αξιολογήσεις μαύρου κουτιού» («black box evaluations») ακριβώς επειδή δε γνωρίζουμε ποια στοιχεία της παρέμβασης και σε ποιο βαθμό οδήγησαν στα αποτελέσματα [221]. Τα Μοντέλα Παρέμβασης συνδυάζουν δύο ειδών θεωρίες τουλάχιστον: μια θεωρία δράσης και μια θεωρία αλλαγής. Η θεωρία αλλαγής αφορά τη διαδικασία και τους παράγοντες που οδηγούν στην αλλαγή, είτε αυτή αφορά μεμονωμένα άτομα, είτε οργανισμού, κοινότητες ή και ολόκληρο τον πληθυσμό [195]. Η θεωρία δράσης, εξηγεί τις μεθόδους με τις οποίες η θεωρία της αλλαγής οδηγεί στα αποτελέσματα της παρέμβασης – τι κάνει δηλαδή την παρέμβαση να λειτουργεί [220]. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι κατά κάποιο τρόπο, η θεωρία της δράσης είναι εκείνη που «ενεργοποιεί» τα δομικά στοιχεία της θεωρίας αλλαγής.

Για το Μοντέλο Παρέμβασης που περιλαμβάνεται στην παρούσα διδακτορική διατριβή, χρησιμοποιήθηκαν: α) το Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model-TTM)[222] ως θεωρία αλλαγής, β) η θεωρία Κανονικοποίησης της Διαδικασίας Παρεμβάσεων (Normalization Process Theory) ως θεωρία δράσης [223] ενώ λήφθηκε

υπόψη και το μοντέλο για την ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (και γενικά, των υπηρεσιών που σχετίζονται με τη συμπεριφορά) στην ΠΦΥ που προτείνεται από τη Διεύθυνση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ουσιών (Substance Abuse and Mental Health Services Administration- SAMHSA) και το Εθνικό Συμβούλιο για την Συμπεριφορική Υγεία (National Council for Behavioral Health) των ΗΠΑ [224] .

Η παρέμβαση σχεδιάστηκε για να απευθυνθεί κατά κύριο λόγο, στο επίπεδο του παιδίατρου, ώστε να μεταβάλλει τις ενδοπροσωπικές μεταβλητές που διευκολύνουν την εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής στις μητέρες με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ενσωμάτωσε στοιχεία από το μοντέλο NPT [223], προκειμένου να διευκολύνει και να αξιολογήσει, τον βαθμό ενσωμάτωσης της παρέμβασης στο πλαίσιο της καθημερινής κλινικής πρακτικής του παιδίατρου. Στόχος της ερευνήτριας δεν ήταν η υλοποίηση μιας παρέμβασης που θα λειτουργούσε στο ελεγχόμενο πλαίσιο μιας αμιγώς ερευνητικής συνθήκης (efficacy trial), αλλά η ενσωμάτωση των πρακτικών ανίχνευσης και διαχείρισης της κατάθλιψης σε συνθήκες πραγματικής ζωής (effectiveness trial) [225], στην καθημερινή κλινική πρακτική. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο χρησιμοποιήθηκε και το NPT [223] , ενώ λήφθηκε υπόψη όσο ήταν δυνατόν (μιας και στη χώρα μας το επίπεδο ενσωμάτωσης βρίσκεται ακόμη σε πολύ πρώιμο στάδιο και δεν είναι δυνατόν παρεμβάσεις σαν την παρούσα να προκαλέσουν αλλαγές σε αυτό το επίπεδο, παρά μόνο αν συνοδεύονται από αλλαγές σε επίπεδο πολιτικών υγείας) στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής, το μοντέλο για την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ [224].

Η παρέμβαση στόχευσε κατά κύριο λόγο στο ατομικό επίπεδο του παιδίατρου, ενώ παράλληλα, συμπεριελάμβανε αλλαγές στο πλαίσιο της καθημερινής του

κλινικής πρακτικής οι οποίες αφορούν τον τρόπο που λειτουργεί το ιατρείο (setting) και σχετίζονται με πτυχές του αδύναμου συστήματος ΠΦΥ που υπάρχει στη χώρα μας αλλά και στην πλειοψηφία των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης [226].

Όπως φάνηκε από τα προηγούμενα κεφάλαια, τα περισσότερα προγράμματα ακόμη και αν είναι πολυεπίπεδα, συμπεριλαμβάνουν απαραίτητα, εκπαίδευση των παιδιάτρων σε θέματα κατάθλιψης, αλλά και ψυχικής υγείας των παιδιών. Η παρέμβαση στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής, βασίστηκε κυρίως, στο Διαθεωρητικό Μοντέλο. Η ερευνήτρια, κατά την εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας, είχε υλοποιήσει μια πιλοτική έρευνα σε παιδιάτρους της Αττικής, πάλι με στόχο την εφαρμογή πρακτικών ανίχνευσης και παραπομπής των μητέρων με κατάθλιψη, η οποία είχε βασιστεί στο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία [227]. Ωστόσο, από τα τότε ευρήματα φάνηκε πως, υπάρχουν κάποιες μεταβλητές (π.χ. τα εμπόδια) που παίζουν ρόλο στην υιοθέτηση αυτών των συμπεριφορών από τον παιδίατρο, τις οποίες το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία δε διερευνά διεξοδικά, αδυνατώντας να παρέχει ένα ικανό πλαίσιο ερμηνείας για την υπό εξέταση συμπεριφορά. Για παράδειγμα, τόσο το Διαθεωρητικό Μοντέλο, όσο και το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, εξετάζουν τα εμπόδια που αντιμετωπίζει το άτομο, στην προσπάθειά του να αλλάξει συμπεριφορά [228]. Στο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία αυτά συναρτώνται με τα οφέλη που θα αποκομίσει το άτομο από την αλλαγή, ενώ στο Διαθεωρητικό Μοντέλο, θεωρούνται ως μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα που απορρέουν από την υιοθέτηση της προτεινόμενης συμπεριφοράς και εξετάζονται σε συνδυασμό με την αυτό-αποτελεσματικότητα και την ετοιμότητα αλλαγής του ατόμου [195, 228]. Η ποιοτική έρευνα σε παιδιάτρους κατά την πρώτη φάση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, έδειξε ότι μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους που σχετίζεται με την απόφαση των παιδιάτρων να εφαρμόσουν

πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής των μητέρων με προβλήματα κατάθλιψης, ήταν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν, αλλά και τα μειονεκτήματα που ενέχει η υιοθέτηση αυτών των πρακτικών. Έτσι, με βάση τα αποτελέσματα από την ποιοτική έρευνα, φαίνεται ότι ένα σχήμα κατανόησης σαν αυτό που προτείνει το Διαθεωρητικό μοντέλο, όπου η αλλαγή νοείται ως μια σταδιακή μεν, αλλά κυκλική διαδικασία, και λαμβάνει υπόψη τόσο τα εμπόδια όσο και τα μειονεκτήματα του ατόμου, θα ταίριαζε καλύτερα για τον σχεδιασμό της παρούσας παρέμβασης, σε σχέση με μια θεωρία όπως το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την υγεία, που προβλέπει για γραμμική πορεία για τη διαδικασία αλλαγής. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε θεωρία και αφορούν την αλλαγή συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας είναι ελάχιστες, όχι μόνο στο θέμα της πρόληψης της κατάθλιψης των μητέρων, αλλά και γενικότερα [229]. Τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα υλοποιούνται με βάση την επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση («evidence based interventions»), στοχεύοντας γενικά σε μεταβλητές όπως οι στάσεις, οι πεποιθήσεις, οι γνώσεις και οι δεξιότητες και όχι εξειδικεύοντας συγκεκριμένα τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις δεξιότητες στο πλαίσιο ενός θεωρητικού μοντέλου που παίζουν ρόλο για το θέμα που προσπαθούν να παρέμβουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχουμε αρκετά ερευνητικά δεδομένα που είναι μεν τεκμηριωμένα («evidence based») αλλά δε βασίζονται σε κάποια θεωρία («theory-based»), οπότε δεν είμαστε σε θέση να αποφανθούμε τι λειτουργεί, για ποιους και κάτω από ποιες συνθήκες [228].

Μιας και δεν υπάρχει καμία θεωρία στην Ψυχολογία της Υγείας που να ερμηνεύει απόλυτα και καθολικά τις συμπεριφορές υγείας, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, όπως με όλες τις θεωρίες και τα δύο αυτά μοντέλα έχουν υποστεί κριτική. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία θεωρήθηκε ότι δεν εστιάζει στο κατά πόσο το άτομο αισθάνεται το ίδιο υπεύθυνο για την υγεία του και την αξία που έχει για το ίδιο

η διατήρηση της καλής υγείας [230]. Από την άλλη, το Διαθεωρητικό Μοντέλο έχει δεχθεί επικρίσεις κυρίως ως προς το ότι θεωρεί την αλλαγή μια σταδιακή διαδικασία, η οποία ταξινομεί με αυθαίρετο τρόπο το άτομο π.χ. στο προσυλλογιστικό στάδιο, ενώ στην πραγματικότητα, κάποιες μεταβλητές του ατόμου ανήκουν στο προσυλλογιστικό, άλλες στο συλλογιστικό, άλλες στο στάδιο της προετοιμασίας και άλλες ίσως να μη λαμβάνονται καν υπόψη στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου [231]. Οι εμπνευστές του Διαθεωρητικού Μοντέλου βέβαια, απαντούν ότι η αλλαγή στη θεωρία τους νοείται ως μια κυκλική και όχι γραμμική διαδικασία [231, 232], κατά συνέπεια ένα άτομο μπορεί να επιστρέψει σε προηγούμενα στάδια και να προχωρήσει πάλι στα επόμενα, αλλά ουσιαστικά το ερώτημα του κατά πόσο μπορούν τα άτομα να κατηγοριοποιηθούν σε ένα στάδιο ή αν αυτό συνιστά μια αυθαίρετη ταξινόμηση, εξακολουθεί να μένει αναπάντητο. Στην πραγματικότητα, θα λέγαμε ότι κάθε θεωρία που αφορά την αλλαγή της συμπεριφοράς αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα.

Αναπτύσσονται έννοιες και δομικές μεταβλητές οι οποίες μας παρέχουν έναν οδικό χάρτη για τα στοιχεία του ατόμου που αλληλεπιδρούν και μπορούν να επηρεάσουν το να λάβει την Α ή τη Β απόφαση, ωστόσο, όλα αυτά τα μοντέλα είναι θεωρητικά εργαλεία και ως τέτοια, έχουν όλα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των θεωρητικών κατασκευών και εργαλείων. Μπορεί να παρέχουν σημαντική πληροφόρηση για τις παραμέτρους που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου, αλλά σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν πανάκεια, ούτε την «απόλυτη αλήθεια», καθώς, η ίδια συμπεριφορά αν εξεταστεί με διαφορετικό θεωρητικό πρίσμα, μια άλλη θεωρία δηλαδή, θα φανεί ότι αναλύεται σε διαφορετικές συνιστώσες. Από την άλλη, αυτά τα θεωρητικά μοντέλα, ακριβώς επειδή ερμηνεύουν σε μεγάλο βαθμό αλλά δεν εξαντλούν τα φαινόμενα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, μας παρέχουν έναν οδικό χάρτη ώστε να γνωρίζουμε ποια

διαδρομή πρέπει να ακολουθήσουμε για να αυξήσουμε τις πιθανότητες να έχουμε το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, ενώ, σε διαφορετική περίπτωση θα δαπανούσαμε πόρους και χρόνο χωρίς καμία εγγύηση ότι έχουμε στοχεύσει στις σωστές παραμέτρους, των οποίων η μεταβολή έχει αυξημένες πιθανότητες να οδηγήσει σε αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας του ατόμου, στην πράξη.

Η χρησιμότητα και η αξία των θεωρητικών μοντέλων, στοιχειοθετείται περαιτέρω και από το γεγονός ότι παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες ως προς τα δομικά τους στοιχεία. Οι περισσότερες θεωρίες συμπεριλαμβάνουν τις ίδιες μεταβλητές, οι οποίες όμως στο πλαίσιο κάθε μοντέλου παρέμβασης, διαφοροποιούνται εννοιολογικά (operationalization) [221]. Οι ομοιότητες των θεωριών αλλαγής που απευθύνονται στο ενδοατομικό επίπεδο, δείχνουν τον υψηλό βαθμό στον οποίο αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα. Μάλιστα, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει οκτώ κοινές παραδοχές σε σχέση με τη συμπεριφορά, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται με διαφορετικές ονομασίες στη συντριπτική πλειοψηφία των θεωριών αλλαγής και είναι οι εξής, σύμφωνα με τους J McKenzie, B Neiger and T R. [195]:

« i) Το άτομο έχει ισχυρή θετική πρόθεση ή δέσμευση να υιοθετήσει τη συμπεριφορά, ii) δεν υπάρχουν περιβαλλοντικά εμπόδια σε βαθμό που να κάνουν αδύνατη την υιοθέτηση της συμπεριφοράς, iii) το άτομο διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες για να εφαρμόσει την προτεινόμενη συμπεριφορά, iv) το άτομο πιστεύει ότι τα πλεονεκτήματα από την υιοθέτηση της συμπεριφοράς είναι περισσότερα από τα μειονεκτήματα (στάσεις), v) το άτομο υφίσταται περισσότερη κοινωνική πίεση για να υιοθετήσει την προτεινόμενη συμπεριφορά παρά για να την αγνοήσει, vi) το άτομο πιστεύει ότι αν υιοθετήσει την προτεινόμενη συμπεριφορά θα είναι πιο συνεπές με

την αυτοεικόνα του (αρχές, αξίες, πεποιθήσεις) σε σχέση με το να μην το κάνει, vii) η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου ως προς την υιοθέτηση της συμπεριφοράς είναι περισσότερο θετική παρά αρνητική, viii) το άτομο πιστεύει ότι έχει την ικανότητα να υιοθετήσει την προτεινόμενη συμπεριφορά σε διαφορετικές περιστάσεις (αυτό-αποτελεσματικότητα, υποκειμενικός έλεγχος)».

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, για τον σχεδιασμό της εκπαιδευτικής παρέμβασης σε παιδιάτρους, χρησιμοποιήθηκε το Διαθεωρητικό Μοντέλο [222] , το οποίο προτείνει μια σταδιακή διαδικασία για την αλλαγή συμπεριφοράς, η οποία αναλύεται σε πέντε στάδια [233, 234]:

α) Προσυλλογιστικό. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο δεν έχει πληροφόρηση για το θέμα υγείας που εξετάζεται ή έχει ελλιπή/ανεπαρκή πληροφόρηση με αποτέλεσμα να μη γνωρίζει τις συνέπειες από την ανθυγιεινή συμπεριφορά και να μην είναι ευαισθητοποιημένο. Επίσης, πολλά άτομα σε αυτό το στάδιο αποφεύγουν την πληροφόρηση σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου ή/και μπορεί να έχουν προσπαθήσει κατά το παρελθόν να αλλάξουν συμπεριφορά υγείας, να μην τα κατάφεραν και να αισθάνονται αποθαρρυνμένα. Στο στάδιο αυτό, τα άτομα δε σκέφτονται να αλλάξουν συμπεριφορά υγείας στο άμεσο μέλλον το οποίο ορίζεται ως οι επόμενοι έξι μήνες.

β) Συλλογιστικό, κατά το οποίο τα άτομα έχουν την πρόθεση να αλλάξουν συμπεριφορά υγείας μέσα στους επόμενους έξι μήνες. Σε αυτό το στάδιο, τα άτομα έχουν επαρκή πληροφόρηση και ενημέρωση γύρω από τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν ένα θέμα υγείας, γνωρίζουν τις συνέπειες από τη μη υιοθέτηση προληπτικών πρακτικών, αλλά δεν αισθάνονται ακόμη έτοιμα να αλλάξουν συμπεριφορά. Είναι πιο δεκτικά στην παροχή πληροφόρησης και την ενίσχυση δεξιοτήτων που θα επιφέρουν

την αλλαγή σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται στο Συλλογιστικό στάδιο, ωστόσο απουσιάζει και εδώ η ικανή δέσμευση του ατόμου για αλλαγή.

γ) Προετοιμασίας. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο, σκοπεύουν να αναλάβουν δράση και να υιοθετήσουν τη συμπεριφορά υγείας που προτείνεται μέσα στον επόμενο μήνα, ενώ έχουν προσπαθήσει χωρίς επιτυχία να αλλάξουν και κατά το παρελθόν και συγκεκριμένα, κατά το περασμένο έτος. Συνήθως κάνουν μικροαλλαγές που σηματοδοτούν την επερχόμενη αλλαγή (όπως πχ οι καπνιστές που εξαφανίζουν τα τασάκια από το σπίτι πριν κόψουν το κάπνισμα) αλλά δεν έχουν ακόμη φτάσει σε τέτοιο σημείο αυτό-αποτελεσματικότητας, ώστε να αισθάνονται έτοιμοι να περάσουν στο επόμενο στάδιο.

δ) Δράσης. Σε αυτό το στάδιο, τα άτομα έχουν ήδη αναπτύξει τις στρατηγικές που θα τους επιτρέψουν να αντιμετωπίσουν τα εμπόδια για την αλλαγή συμπεριφοράς και παρουσιάζουν μεγαλύτερη δέσμευση για αλλαγή, σε σχέση με το προηγούμενο στάδιο. Το σημαντικό σε αυτή την περίπτωση είναι ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι κάτι απτό, παρατηρήσιμο, και ως τέτοιο, τυγχάνει εξωτερικής αναγνώρισης. Από την άλλη, επειδή η αλλαγή σε αυτό το στάδιο δεν είναι ακόμα παγιωμένη, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος υποτροπής και επιστροφής σε προηγούμενα στάδια, για αυτό θα πρέπει αυτό το ενδεχόμενο να λαμβάνεται υπόψη στις παρεμβάσεις ώστε να ενισχύονται εκείνες οι ενδοπροσωπικές μεταβλητές που θα μεγιστοποιήσουν τις πιθανότητες να επιτύχει το άτομο τη μόνιμη αλλαγή στη συμπεριφορά υγείας που το ενδιαφέρει.

Διατήρησης της Δράσης. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο έχουν αλλάξει συμπεριφορά υγείας τουλάχιστον για έξι μήνες και πλέον αποτελεί μέρος της καθημερινής τους ρουτίνας και όχι κάτι για το οποίο χρειάζεται να προσπαθήσουν ιδιαίτερα. Ωστόσο, μπορεί ο κίνδυνος υποτροπής να είναι χαμηλότερος, αλλά

παραμένει υπαρκτός, για αυτό και ο στόχος σε αυτό το στάδιο είναι να μειωθούν οι πιθανότητες που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο να επιστρέψει σε προηγούμενα στάδια.

Στο πλαίσιο του Διαθεωρητικού Μοντέλου, τα άτομα αλλάζουν μεν, όπως φανερώνει η κυκλική μετακίνηση στα στάδια, αλλά για να συμβεί αυτό, διέρχονται μιας διαδικασίας, η οποία ονομάζεται διαδικασία αλλαγής και αποτελεί το τελικό προϊόν της υψηλής αυτό-αποτελεσματικότητας και του ισοζυγίου απόφασης ως προς την προτεινόμενη συμπεριφορά. Αυτές οι τρεις παράμετροι, η διαδικασία αλλαγής, το ισοζύγιο απόφασης και η αυτό-αποτελεσματικότητα, αποτελούν τα δομικά στοιχεία του μοντέλου, μαζί με τα στάδια που περιγράφηκαν νωρίτερα και συνιστούν την ετοιμότητα του ατόμου για αλλαγή [222, 234, 235].

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η διαδικασία αλλαγής αποτελείται από δέκα συνιστώσες, οι οποίες χωρίζονται σε βιωματικές και συμπεριφορικές. Οι βιωματικές αφορούν διαδικασίες που συμβαίνουν στα πρώτα στάδια του Διαθεωρητικού Μοντέλου, προτού το άτομο παρουσιάσει αυξημένη δέσμευση για αλλαγή και είναι [236, 237]: α) η αύξηση της ενημερότητας (αύξηση πληροφόρησης σχετικά με τις επιπτώσεις από τη μη υιοθέτηση της προτεινόμενης συμπεριφοράς καθώς και τις αιτίες και τους τρόπους αντιμετώπισης της συμπεριφοράς που πρέπει να αλλάξει), β) η θεαματική ανακούφιση (οι έντονες συναισθηματικές εμπειρίες που βιώνει ο άτομο στην προσπάθεια του να υιοθετήσει την προτεινόμενη συμπεριφορά και οι οποίες μειώνονται όσο αυξάνεται η δέσμευση του ατόμου στην αλλαγή), γ) η επαναξιολόγηση του περιβάλλοντος (η γνωστική και συναισθηματική αξιολόγηση που κάνει το άτομο για την υιοθέτηση ή μη της προτεινόμενης συμπεριφοράς, σε σχέση με τις κοινωνικές αντιδράσεις των σημαντικών άλλων αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περίγυρου), δ) η κοινωνική απελευθέρωση (η συνειδητοποίηση από

πλευράς του ατόμου ότι οι κοινωνικές νόρμες αλλάζουν, καθώς το ίδιο αυξάνει τη δέσμευση του να υιοθετήσει την προτεινόμενη συμπεριφορά), ε) η αυτό-επαναξιολόγηση (γνωστική και συναισθηματική αξιολόγηση του ατόμου που οδηγεί στη συνειδητοποίηση ότι η αλλαγή και η υιοθέτηση της προτεινόμενης συμπεριφοράς, είναι σημαντική για την ταυτότητα του ατόμου). Όσο το άτομο προχωρά στα επόμενα στάδια και αυξάνεται η δέσμευση για αλλαγή, διέρχεται κάποιες διαδικασίες που ονομάζονται συμπεριφορικές και είναι οι παρακάτω [233, 237]: στ) έλεγχος ερεθισμάτων (πράγματα στο καθημερινό περιβάλλον του ατόμου που το βοηθούν να αποφεύγει τη συμπεριφορά που πρέπει να εγκαταλειφθεί και ενισχύουν την υιοθέτηση της προτεινόμενης συμπεριφοράς), ζ) βοηθητικές σχέσεις (το άτομο αναζητά και αξιοποιεί τα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα ώστε να διευκολυνθεί στην προσπάθειά του να αλλάξει συμπεριφορά), η) δημιουργία ανταγωνιστικών ερεθισμάτων (υποκατάσταση των σκέψεων και των συνηθειών που συνδέονται με τη συμπεριφορά που πρέπει να εγκαταλειφθεί, από άλλες, οι οποίες ενισχύουν την υιοθέτηση της προτεινόμενης συμπεριφοράς), θ) έλεγχος ενισχύσεων (παροχή θετικής ενίσχυσης για τις πράξεις που σχετίζονται με την υιοθέτηση της προτεινόμενης συμπεριφοράς και μείωση της επιβράβευσης των συνηθειών που αφορούν τη συμπεριφορά που πρέπει να εγκαταλειφθεί), ι) αυτό-απελευθέρωση (απόφαση του ατόμου για σταθερή δέσμευση προς την αλλαγή της συμπεριφοράς – το άτομο έχει αποφασίσει να αλλάξει συμπεριφορά και πιστεύει ότι μπορεί να τα καταφέρει). Επιπλέον, το ισοζύγιο απόφασης αφορά τη στάθμιση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που κάνει το άτομο για να λάβει την απόφαση να υιοθετήσει την προτεινόμενη συμπεριφορά και η αυτό-αποτελεσματικότητα, την πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί πράγματι να τα καταφέρει [222]. Η αυτό-αποτελεσματικότητα έχει εξέχουσα σημασία στις

περισσότερες θεωρίες αλλαγής, καθώς έχει φανεί ότι αποτελεί έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη τόσο για την ετοιμότητα του ατόμου για αλλαγή, όσο και για την πιθανότητα υποτροπής (μετά το στάδιο της Δράσης) [235].

Η θεωρία Κανονικοποίησης της Παρέμβασης (NPT) [223], χρησιμοποιείται σε παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο χώρο της υγείας (π.χ. ΠΦΥ) και αφορούν αλλαγές στο πλαίσιο ή τον τρόπο της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Στόχος των εμπνευστών της θεωρίας είναι να διευκολύνουν τους ερευνητές και τους σχεδιαστές πολιτικών, να ενσωματώσουν νέες υπηρεσίες στο υπάρχον σύστημα υγείας και όχι απλά να φανεί η ερευνητική αξία μιας παρέμβασης (effectiveness vs efficacy trials) αποτελείται από τα ακόλουθα δομικά στοιχεία: α) συνοχή («coherence» - το κατά πόσο έχει νόημα η παρέμβαση για τα άτομα που καλούνται να συμμετέχουν σε αυτήν και να εφαρμόσουν τις νέες πρακτικές στις οποίες εκπαιδεύονται – η μεταβλητή αυτή απαντά στο ερώτημα «ποια είναι η δουλειά που πρέπει να γίνει;»), β) τη γνωστική συμμετοχή («cognitive participation» - αφορά τη συμμετοχή και την περαιτέρω εμπλοκή των ατόμων στην παρέμβαση, καθώς και τα στοιχεία εκείνα σε γνωστικό επίπεδο που μπορούν να την ενισχύουν ή να την αποθαρρύνουν – απαντά στο ερώτημα «ποιος θα κάνει τη δουλειά που πρέπει να γίνει;»), γ) τη συλλογική δράση («collective action» - περιλαμβάνει τις πράξεις, τις συνήθειες και τη δράση που αναλαμβάνουν τα άτομα και μπορούν να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν την υιοθέτηση της νέας πρακτικής που προβλέπεται από την παρέμβαση – απαντά στην ερώτηση «πώς θα γίνει η δουλειά;») και δ) την αντανakλαστική παρακολούθηση («reflective monitoring» - η ικανότητα του ατόμου να μπορεί να παρακολουθεί τις εργασίες που κάνει και σχετίζονται με τη νέα πρακτική που προβλέπει η παρέμβαση και να αναστοχάζεται αντανakλαστικά ως προς το κατά πόσο διευκολύνουν ή εμποδίζουν την υιοθέτηση της πρακτικής που προτείνεται από την παρέμβαση-

απαντά στο ερώτημα «πώς γίνεται αντιληπτή η δουλειά που πρέπει να γίνει; Πώς κατανοείται από τα άτομα;»). Σημαντικό ρόλο σε καθένα από αυτά τα δομικά στοιχεία, διαδραματίζει ο βαθμός επένδυσης του ατόμου στις διαδικασίες που αφορούν την ενσωμάτωση της πρακτικής που προτείνεται από την παρέμβαση στο καθημερινό πλαίσιο κλινικής εργασίας, όπως φαίνεται και στο ακόλουθο σχήμα, όπου παρουσιάζονται τα βασικά δομικά στοιχεία της NPT, οι μηχανισμοί που συνδέονται με αυτά καθώς και το είδος των επενδύσεων που αναπτύσσουν τα άτομα.

Σχήμα 1: Τα Δομικά Στοιχεία της Θεωρίας Κανονικοποίησης της Διαδικασίας

<i>Components</i>	<i>Mechanisms</i>			
	<i>Coherence</i>	<i>Cognitive Participation</i>	<i>Collective Action</i>	<i>Reflexive Monitoring</i>
<i>Components (1)</i> <i>Immediate work</i>	Differentiation	Initiation	Interactional Workability	Systematization
<i>Components (2)</i> <i>Organizing work</i>	Individual Specification	Legitimation	Relational Integration	Individual Appraisal
	Communal Specification	Enrolment	Contextual Integration	Communal Appraisal
	Internalization	Activation	Skill Set Workability	Reconfiguration
<i>Investments</i>	<i>Meaning</i>	<i>Commitment</i>	<i>Effort</i>	<i>Comprehension</i>

Πηγή: May C, Finch T: Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology* 2009, 43(3):535-554.

Τέλος, κατά το σχεδιασμό της παρέμβασης που περιλαμβάνεται στην παρούσα διδακτορική διατριβή, λήφθηκε υπόψη το μοντέλο για την ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ που προτείνεται από τη Διεύθυνση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ουσιών (Substance Abuse and Mental Health Services Administration- SAMHSA) και το Εθνικό Συμβούλιο για την Συμπεριφορική Υγεία των ΗΠΑ και περιλαμβάνει έξι επίπεδα ενσωμάτωσης, τα οποία αντιστοιχούν σε τρία είδη φροντίδας [224], όπως φαίνεται και από το Σχήμα 2.

Σχήμα 2: Τα Έξι Επίπεδα Συνεργασίας/Ενσωμάτωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην ΠΦΥ.

COORDINATED KEY ELEMENT: COMMUNICATION		CO-LOCATED KEY ELEMENT: PHYSICAL PROXIMITY		INTEGRATED KEY ELEMENT: PRACTICE CHANGE	
LEVEL 1 Minimal Collaboration	LEVEL 2 Basic Collaboration at a Distance	LEVEL 3 Basic Collaboration Onsite	LEVEL 4 Close Collaboration Onsite with Some System Integration	LEVEL 5 Close Collaboration Approaching an Integrated Practice	LEVEL 6 Full Collaboration in a Transformed/ Merged Integrated Practice
Behavioral health, primary care and other healthcare providers work:					
In separate facilities, where they:	In separate facilities, where they:	In same facility not necessarily same offices, where they:	In same space within the same facility, where they:	In same space within the same facility (some shared space), where they:	In same space within the same facility, sharing all practice space, where they:
» Have separate systems » Communicate about cases only rarely and under compelling circumstances » Communicate, driven by provider need » May never meet in person » Have limited understanding of each other's roles	» Have separate systems » Communicate periodically about shared patients » Communicate, driven by specific patient issues » May meet as part of larger community » Appreciate each other's roles as resources	» Have separate systems » Communicate regularly about shared patients, by phone or e-mail » Collaborate, driven by need for each other's services and more reliable referral » Meet occasionally to discuss cases due to close proximity » Feel part of a larger yet ill-defined team	» Share some systems, like scheduling or medical records » Communicate in person as needed » Collaborate, driven by need for consultation and coordinated plans for difficult patients » Have regular face-to-face interactions about some patients » Have a basic understanding of roles and culture	» Actively seek system solutions together or develop work-a-rounds » Communicate frequently in person » Collaborate, driven by desire to be a member of the care team » Have regular team meetings to discuss overall patient care and specific patient issues » Have an in-depth understanding of roles and culture	» Have resolved most or all system issues, functioning as one integrated system » Communicate consistently at the system, team and individual levels » Collaborate, driven by shared concept of team care » Have formal and informal meetings to support integrated model of care » Have roles and cultures that blur or blend

Πηγή: Heath B, Wise R, Reynolds K: A Review and Proposed Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare. In. Washington, D.C: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions; 2013.

Όπως φαίνεται και από το σχήμα, το μοντέλο προβλέπει τρία είδη φροντίδας [224]: α) Συντονισμένη («Coordinated»), στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τα πρώτα δύο επίπεδα ενσωμάτωσης που αφορούν την «ελάχιστη συνεργασία» και τη «βασική συνεργασία από απόσταση», β) τη Συστεγαζόμενη («Co-located»), στην οποία περιλαμβάνονται τα επίπεδα της «Βασικής Συνεργασίας στο ίδιο πλαίσιο φροντίδας» και της «Στενής Συνεργασίας με Μερική Ενσωμάτωση» και γ) της Ενσωματωμένης («Integrated»), στην οποία ανήκουν τα επίπεδα της «Στενής Συνεργασίας που τείνει στην Ενσωματωμένη» και της «Πλήρους Συνεργασίας σε Αναπροσατολισμένο/Συγχωνευμένο Πλαίσιο». Σε σχέση με το θέμα της παρούσας διατριβής, δυστυχώς στη χώρα μας η ΠΦΥ είναι αδύναμη [226] όπως αναφέρθηκε

και νωρίτερα, με αποτέλεσμα να στερείται των στοιχείων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στο επίπεδο της ενσωματωμένης φροντίδας. Με βάση την υπάρχουσα κατάσταση, οι δομές της ΠΦΥ στη χώρα μας, ανήκουν στο Επίπεδο 1, που χαρακτηρίζεται από παράλληλη πρακτική σε χωριστά πλαίσια, με ελάχιστη επικοινωνία, όποτε αυτό καταστεί αναγκαίο (εξαιτίας π.χ. της κατάστασης κάποιου ασθενούς). Η επικοινωνία ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας της ΠΦΥ και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι σπάνια και περιορίζεται στην παροχή πληροφόρησης για συγκεκριμένα θέματα που αφορούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς. Όπως φάνηκε και από την ποιοτική έρευνα, παρόμοια εικόνα επικρατεί και στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ, όπου οι παιδίατροι επικοινωνούν εξαιρετικά σπάνια με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας που παρακολουθεί τη μητέρα για θέματα κατάθλιψης. Με βάση αυτά τα δεδομένα, ένας ρεαλιστικός στόχος για την παρούσα παρέμβαση, ήταν η μετακίνηση από το Επίπεδο 1 της «Ελάχιστης Συνεργασίας», στο Επίπεδο 2 της «Βασικής Συνεργασίας από Απόσταση», όπου μπορεί οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας να εξακολουθούν να εργάζονται σε χωριστές δομές, αλλά θεωρούν ο ένας τον άλλο ως πόρο για παροχή πληροφόρησης και ενίσχυσης της παρεχόμενης φροντίδας. Η επικοινωνία δεν είναι συστηματική, αλλά περιοδική και πυροδοτείται από ειδικά θέματα, όπως για παράδειγμα, το ότι η μητέρα ενός ασθενούς του παιδίατρου εμφάνισε προβλήματα κατάθλιψης και χρειάζεται να επικοινωνήσει με τον ψυχίατρο για να τον συμβουλευτεί σε σχέση με την αντιμετώπιση και τις ενδεχόμενες συνέπειες που μπορεί να έχει στην υγεία του παιδιού. Για τη μετάβαση από το Επίπεδο 1 στο Επίπεδο δύο, ο παράγοντας-κλειδί είναι η επικοινωνία και συγκεκριμένα η συχνότητα και η μορφή της επικοινωνίας [224]. Για να επιτευχθεί πιο ποιοτική και αποτελεσματική μορφή επικοινωνίας, θα πρέπει κάθε επαγγελματία υγείας να μάθει

για τον ρόλο του άλλου και τη συμμετοχή του στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς και αντίστροφα, αυτές οι πληροφορίες βοηθούν στη βελτίωση της επικοινωνίας. Βασικός στόχος σε αυτό το στάδιο είναι να αναπτυχθούν καλύτερες σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας και να βελτιωθούν οι στάσεις της μιας ειδικότητας για την άλλη, ώστε να μπορεί πράγματι π.χ. ο παιδίατρος να θεωρεί πόρο τον ειδικό ψυχικής υγείας και αντίστροφα. Για τη μετάβαση στα στάδια της «Συστεγαζόμενης» και της «Ενσωματωμένης Φροντίδας», οι παράμετροι-κλειδιά είναι αντίστοιχα η φυσική εγγύτητα και οι αλλαγές στην καθημερινή κλινική πρακτική, αντίστοιχα [224] .

Οι παραπάνω θεωρίες συνδυάστηκαν ώστε να αποτελέσουν το Μοντέλο Παρέμβασης για το πρόγραμμα που περιλαμβάνεται στην παρούσα διατριβή, ενώ για την εννοιολογική λειτουργικότητα (operationalization) των μεταβλητών σε καθεμία από τις θεωρίες που χρησιμοποιήθηκαν, ελήφθησαν υπόψη τα αποτελέσματα από την ποιοτική έρευνα, αλλά και η επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση από την τρέχουσα βιβλιογραφία. Οι μεταβλητές που περιγράφονται παρακάτω στο πλαίσιο κάθε μοντέλου, αποτέλεσαν και τις μεταβλητές στις οποίες στόχευσε η παρέμβαση.

Έτσι λοιπόν, τα δομικά στοιχεία του Διαθεωρητικού Μοντέλου (ΔΜ) διαμορφώθηκαν ως εξής::

i) Στάδιο Αλλαγής: η ετοιμότητα του παιδιάτρου να εφαρμόσει πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής των μητέρων με κατάθλιψη (περισσότερα για τον τρόπο αξιολόγησης, στην Ενότητα Δ). Με βάση την ετοιμότητά τους, οι παιδίατροι κατηγοριοποιήθηκαν στο Προσυλλογιστικό στάδιο (δεν προτίθενται να εφαρμόσουν τέτοιες πρακτικές στους επόμενους 6 μήνες), στο Συλλογιστικό στάδιο (προτίθενται να εφαρμόσουν πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής στους επόμενους 6 μήνες), στο στάδιο της Προετοιμασίας (προτίθενται να εφαρμόσουν τέτοιες πρακτικές μέσα

στον επόμενο μήνα), στο στάδιο της Δράσης (εφαρμόζουν τέτοιες πρακτικές τουλάχιστον για 6 μήνες – αυτό χρησιμοποιήθηκε στην αρχική αξιολόγηση και στις μετρήσεις μετά την παρέμβαση, ενώ για τη μέτρηση αμέσως μετά την παρέμβαση υπήρξε η διαφοροποίηση των προηγούμενων τριάντα ημερών ώστε να συμπεριλάβει τον αντίκτυπο της παρέμβασης-) και στο στάδιο Διατήρησης της Δράσης (εφαρμόζουν τέτοιες πρακτικές για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι με τον όρο «πρακτικές διαχείρισης, εννοούμε τη διαδικασία κατά την οποία ο παιδίατρος: i) ανιχνεύει την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη μητέρα με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου, ii) συζητά μαζί της τα αποτελέσματα, iii) την παραπέμπει σε ειδικό ψυχικής υγείας, εφόσον τα αποτελέσματα του τεστ δείξουν ότι χρειάζεται, iv) παρακολουθεί την πορεία της και διασφαλίζει ότι όντως έλαβε την απαιτούμενη βοήθεια. Θα πρέπει ο παιδίατρος να εφαρμόζει και τις τέσσερις αυτές πρακτικές για να θεωρηθεί ότι εφαρμόζει «πρακτικές διαχείρισης» της κατάθλιψης.

ii) Διαδικασία Αλλαγής: με τον όρο αυτό, εννοούνται οι διεργασίες που περνούν οι παιδίατροι ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκονται και σχετίζονται με το βαθμό της πρόθεσης και της κινητοποίησής τους ώστε να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης. Στα τρία πρώτα στάδια (Προσυλλογιστικό, Συλλογιστικό, Προετοιμασίας, οι παιδίατροι περνούν από τις παρακάτω διαδικασίες, προκειμένου να προχωρήσουν στο επόμενο στάδιο:

α) Αύξηση ενημερότητας: ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις που έχει η κατάθλιψη στην υγεία του παιδιού και της μητέρας, καθώς και πληροφόρηση σχετικά με τα οφέλη που έχει ο έγκαιρος εντοπισμός της κατάθλιψης της μητέρας στην ίδια και το παιδί.

β) Θεαματική ανακούφιση: οι συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδίατρο, καθώς αυξάνεται η δέσμευσή του να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες θα είναι ολοένα και πιο ανακουφιστικές. Σε αντίθετη περίπτωση θα βιώνει συναισθηματική ένταση, στο βαθμό που γνωρίζει ότι, η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης από τον ίδιο, συνδέεται με θετικά αποτελέσματα για την υγεία του παιδιού που είναι και ο ασθενής του και αντίστροφα. Όσο ο παιδίατρος δεν αντιμετωπίζει την κατάθλιψη της μητέρας αλλά γνωρίζει τις συνέπειες της, η συναισθηματική ένταση αυξάνεται, διότι γνωρίζει επίσης ότι αυτές συνδέονται με την απουσία ανάληψης δράσης από τον ίδιο.

γ) Επαναξιολόγηση του περιβάλλοντος. Η αναγνώριση από τον παιδίατρο, της θετικής επίδρασης που έχει η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης για την κατάθλιψη στις μητέρες και το οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και στον δικό του κοινωνικό περίγυρο, αλλά και το αντίστροφο, τις αρνητικές επιδράσεις που συνεπάγεται σε κοινωνικό επίπεδο, η μη υιοθέτηση της προτεινόμενης συμπεριφοράς. Επιπλέον, εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι θετικές συναισθηματικές αντιδράσεις που έχει ο παιδίατρος ως απόκριση στην επιβράβευση από τον κοινωνικό περίγυρο (π.χ. μητέρες, συναδέλφους) επειδή εφαρμόζει πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης.

δ) Κοινωνική απελευθέρωση: η αύξηση της ενημερότητας του παιδίατρο, σχετικά με τη διευκόλυνση που του παρέχει το περιβάλλον ώστε να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης για την κατάθλιψη στις μητέρες (π.χ. η συνεργασία με το προσωπικό του ιατρείου, η παροχή εκπαίδευσης στο πλαίσιο της παρέμβασης κλπ). Ακόμη, η συνειδητοποίηση ότι οι κοινωνικές νόρμες είναι σύμφωνες με το να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης, το οποίο ειδικά κατά την περίοδο της κρίσης, κατά κάποιο τρόπο υποσκέλιζε το κοινωνικό στίγμα για την κατάθλιψη και θεωρήθηκε

τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος ότι μπορούν να αποτελούν ασθένειες των «κανονικών ανθρώπων».

ε) Αυτό-επαναξιολόγηση. Οι συναισθηματικές και γνωστικές αντιδράσεις που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης της αυτό-εικόνας του παιδίατρο σε σχέση με το κατά πόσο επιτυγχάνει ή όχι να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες των παιδιών που παρακολουθεί.

στ) Έλεγχος ερεθισμάτων. Η οργάνωση του ιατρείου με τρόπο που να διευκολύνει τον παιδίατρο να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης (π.χ. η χορήγηση του εργαλείου από τη βοηθό του, ώστε να έχει περισσότερο χρόνο για συζήτηση των αποτελεσμάτων με τη μητέρα), τα συστήματα υπενθύμισης.

ζ) Αξιοποίηση κοινωνικής υποστήριξης και βοηθητικών σχέσεων. Η ύπαρξη συνεργασίας με ειδικό ψυχικής υγείας ή συνάδελφο παιδίατρο, ο οποίος μπορεί να παρέχει υποστήριξη, διευκολύνοντας τον παιδίατρο στην απόφαση να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης.

η) Δημιουργία ανταγωνιστικών ερεθισμάτων. Η ανάπτυξη εσωτερικών κινήτρων που βοηθούν τον παιδίατρο να μην εγκαταλείψει την προσπάθεια εφαρμογής πρακτικών διαχείρισης, ακόμη και όταν η κατάσταση δεν το ευνοεί (π.χ. είναι κουρασμένος, έχει αυξημένο φόρτο εργασίας).

θ) Έλεγχος των ενισχύσεων. Οι εσωτερικές και εξωτερικές ενισχύσεις που λαμβάνει ο παιδίατρος ως αποτέλεσμα της απόφασής του να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης. Τέτοιες είναι π.χ. η αναγνώριση και η εκτίμηση της μητέρας, η συνειδητοποίηση ότι προστατεύει την υγεία του παιδιού, η επιβράβευση από συναδέλφους, η αύξηση του κοινωνικού κύρους.

ι) Αυτό-απελευθέρωση. Η συνειδητοποίηση του παιδίατρο ότι μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τις μητέρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης

στο πλαίσιο και τον βαθμό που του αναλογεί και συνακόλουθα, η αύξηση της δέσμευσής του προς αυτήν την κατεύθυνση, ώστε να εφαρμόζει συχνότερα και περισσότερο, πρακτικές διαχείρισης.

iii) Ισοζύγιο απόφασης: αφορά τη στάθμιση ανάμεσα στα θετικά και αρνητικά, τα υπέρ και τα κατά που έχει για τον παιδίατρο το να εφαρμόσει ή όχι, πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες. Μιλάμε πάντα για υπέρ και κατά που αφορούν τον ίδιο τον παιδίατρο και όχι γενικά, σε ένα ευρύτερο πλαίσιο. Για παράδειγμα, το ότι εφαρμόζοντας αυτές τις πρακτικές υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να μεγαλώσει ο αριθμός των ασθενών που τον επισκέπτονται και να αυξηθεί το εισόδημά του, αλλά από την άλλη, θα υπάρχει το μειονέκτημα ότι θα πρέπει να αλλάξει την καθημερινή του κλινική πρακτική. Καθώς οι παιδίατροι μετακινούνται σε επόμενα στάδια, το ισοζύγιο απόφασης τείνει προς την κατεύθυνση εκείνων που θα κερδίσουν από την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης.

iv) Αυτό-αποτελεσματικότητα. Το πόσο αυτοπεποίθηση αισθάνεται ο παιδίατρος στην ικανότητά του να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης και μάλιστα, ευρισκόμενος αντιμέτωπος με καταστάσεις και συναισθήματα που εμποδίζουν την εφαρμογή. Η αυτό-αποτελεσματικότητα εξετάζεται σε συνάρτηση της πεποίθησης που έχει ο παιδίατρος ότι μπορεί να τα καταφέρει, αντιμετωπίζοντας παράλληλα τα εμπόδια.

Εκτός από το ΔΜ, στην παρέμβαση χρησιμοποιήθηκε και το NPT. Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, η Θεωρία της Κανονικοποίησης της Διαδικασίας έχει τα εξής βασικά δομικά στοιχεία: συνοχή, γνωστική συμμετοχή, συλλογική δράση και αντανakλαστική παρακολούθηση, τα οποία στο πλαίσιο του προγράμματος που περιλαμβάνεται στην παρούσα διατριβή, χρησιμοποιήθηκαν ως εξής:

α) συνοχή: αξιολογήθηκε το κατά πόσο η παρέμβαση έχει νόημα για τον παιδίατρο, πόσο οικεία αισθάνθηκε με όσα του ζητήθηκε να εφαρμόσει, καθώς και τον βαθμό στο οποίο αποτελούν ή μπορούν να αποτελέσουν μέρος της δουλειάς του. Συγκεκριμένα, η μεταβλητή αυτή, αξιολογεί το κατά πόσο εμπλέκονται οι παιδίατροι στην παρέμβαση, αν δηλαδή κατανοούν τον βαθμό και τον τρόπο που διαφέρει η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης από την καθημερινή τους κλινική πρακτική, αν όλα τα μέλη που εργάζονται στο παιδιατρικό ιατρείο κατανοούν με τον ίδιο τρόπο το κομμάτι της παρέμβασης που αφορά στις πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης, καθώς και την αξία που έχει, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους παρεμβαίνει στη δουλειά τους.

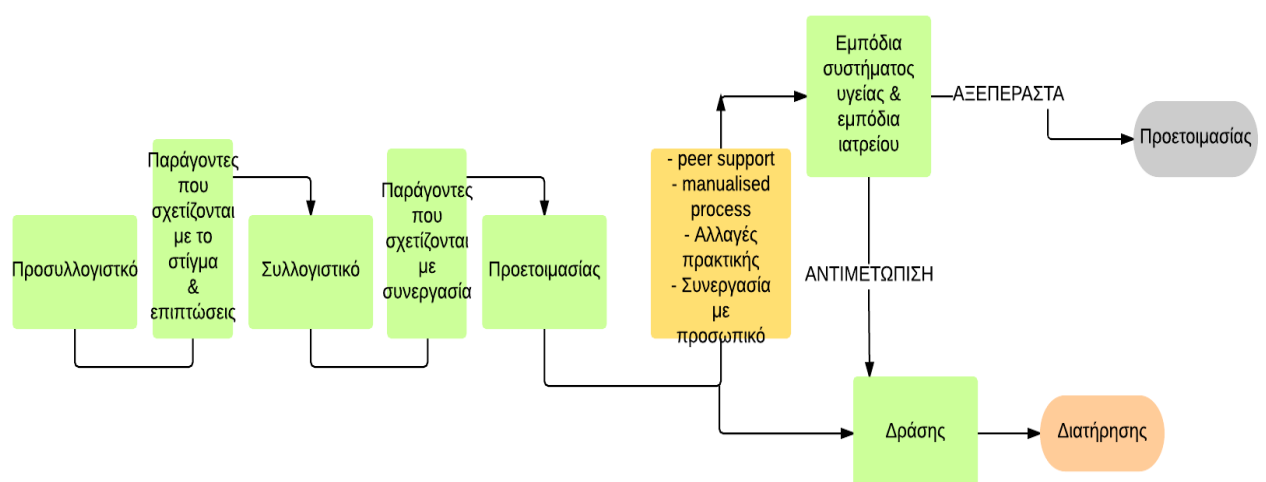
β) γνωστική συμμετοχή: η μεταβλητή αυτή αξιολογεί τις δράσεις που αναλαμβάνουν οι παιδίατροι αλλά και τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού του ιατρείου και εμποδίζουν ή διευκολύνουν την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης, αλλά και το επίπεδο της δέσμευσης που διατηρούν σε πρακτικό επίπεδο, εφαρμόζοντας τις πρακτικές, παρά τα εμπόδια.

γ) συλλογική δράση: Αυτή η μεταβλητή αξιολογεί διάφορες πτυχές της συλλογικής δράσης του προσωπικού του ιατρείου σε σχέση με την εφαρμογή των πρακτικών διαχείρισης, όπως, το αν μπορεί ο παιδίατρος εύκολα να ενσωματώσει αυτές τις πρακτικές στο καθημερινό πλαίσιο της δουλειάς του, το κατά πόσο διαταράσσονται οι εργασιακές σχέσεις στο ιατρείο, τον βαθμό εμπιστοσύνης που υπάρχει ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού του ιατρείου ότι θα κάνουν αυτά που έχουν αναλάβει στο πλαίσιο της παρέμβασης, το αν έχουν τις δεξιότητες ή αν έχουν λάβει τόσο ο παιδίατρος όσο και τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού επαρκή εκπαίδευση για να κάνουν εμπλακούν στο κομμάτι που τους αναλογεί στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης, καθώς και το αν υπάρχουν τα κατάλληλα

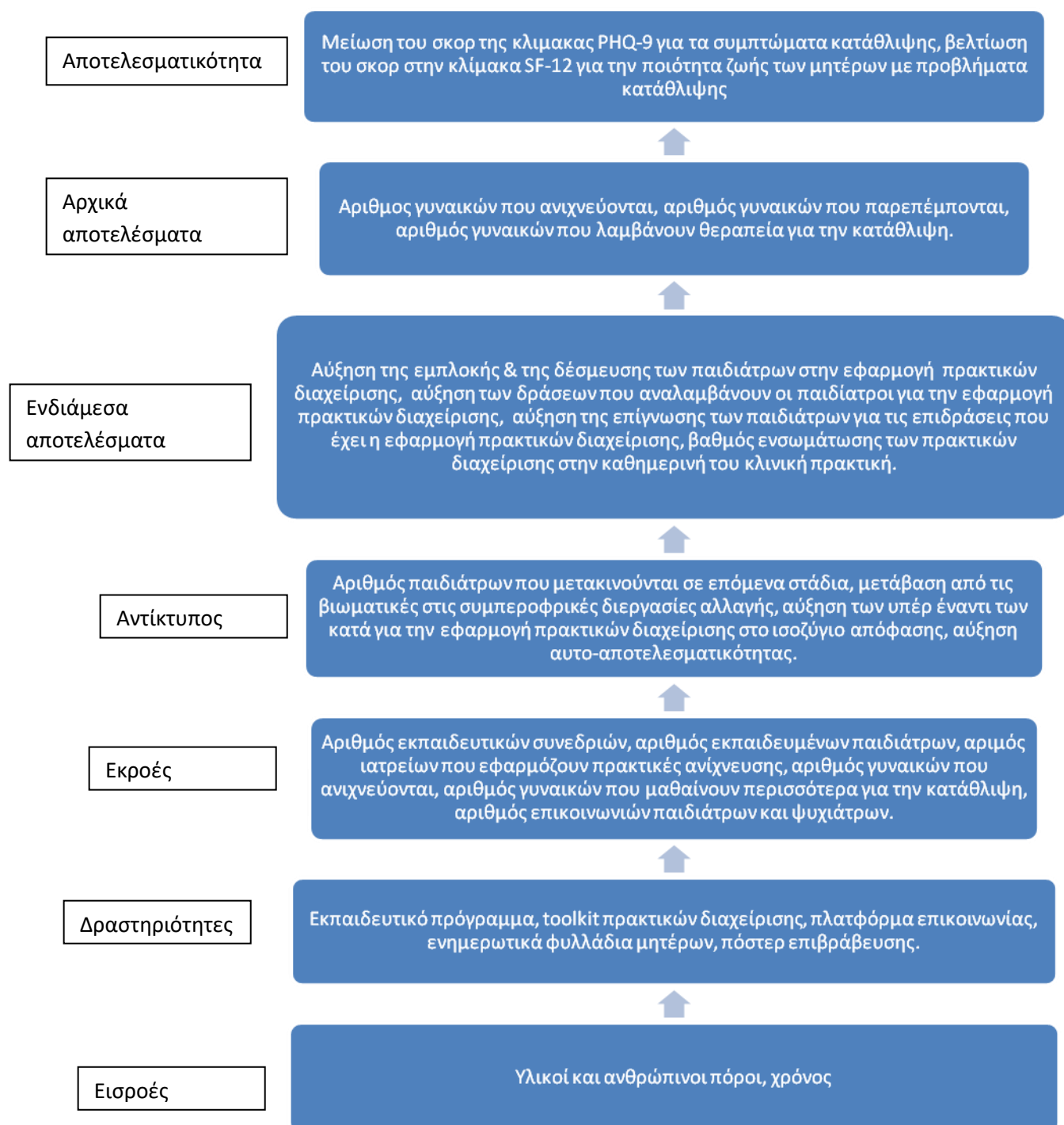
εργαλεία για την εφαρμογή των πρακτικών, αλλά και κατά πόσο ο ίδιος ο παιδίατρος υποστηρίζει την εφαρμογή τους.

δ) αντανakλαστική παρακολούθηση: ο αναστοχασμός του παιδιάτρου πάνω στα θέματα που σχετίζονται με την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες. Αξιολογείται κυρίως η επίγνωση του παιδιάτρου για την επίδραση που έχει η εφαρμογή των πρακτικών διαχείρισης στις μητέρες, το κατά πόσο εκείνος και τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού θεωρούν ότι αξίζει τον κόπο, η αξία που είχε η επίδραση της παρέμβασης για τη δουλειά του, το κατά πόσο η ανατροφοδότηση σχετικά με την εφαρμογή των πρακτικών διαχείρισης τον βοηθά να βελτιώνει την πρακτική του, αλλά και το περιθώριο που αισθάνεται ότι έχει για να τροποποιήσει την παρέμβαση ώστε να ταιριάζει με τις συνθήκες της πραγματικής ζωής στο ιατρείο. Η διαγραμματική απεικόνιση του Μοντέλου Παρέμβασης παρουσιάζεται στο Σχήμα 3 και περιγράφει τις σχέσεις ανάμεσα στο πλαίσιο, τους μηχανισμούς και τα αποτελέσματα (context-mechanisms-outcomes) που συμβαίνουν στο πλαίσιο της θεωρίας, ενώ το Λογικό Μοντέλο του προγράμματος περιγράφεται στο σχήμα 4.

Σχήμα 3: Το Μοντέλο Παρέμβασης (program theory).



Σχήμα 4: Το Μοντέλο της Λογικής του Προγράμματος Παρεμβάσης.



3.2.2. Η Περιγραφή της Παρέμβασης.

Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε μέσω διαδικτύου. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η διαδικτυακή πλατφόρμα www.trello.com, καθώς και η λειτουργία hangouts της Google, αλλά και η εφαρμογή Skype. Για να διευκολυνθεί η εκπαίδευση, οι παιδίατροι που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης, χωρίστηκαν τυχαία σε ομάδες των 50 ατόμων, ώστε να μπορούν να αποτελούν μικρές διαδικτυακές κοινότητες και να διευκολύνεται η επικοινωνία στα μέλη κάθε ομάδας. Λόγω του ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είχε πολλά στοιχεία αλληλεπίδρασης, ήταν σημαντικό να εξασφαλιστεί ότι ο όγκος των δεδομένων (σχόλια, απόψεις, feedback, απαντήσεις) ήταν διαχειρίσιμος για τον χρήστη, ώστε να μπορεί να παρακολουθεί και να συμμετέχει στις δραστηριότητες της ομάδας του.

Οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης, παρακολούθησαν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα συνολικής διάρκειας 12 ωρών, το οποίο είχε τα ακόλουθα στοιχεία:

1. Εκπαίδευση των παιδιάτρων μέσω διαδικτύου. Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε μέσω της ψηφιακής πλατφόρμας trello.com. Πρόκειται για έναν ιστότοπο, ο οποίος παρέχει τη δυνατότητα εργασίας ανά ομάδες, τη διαχείριση έργων κάθε είδους (project management) και την ανταλλαγή απόψεων ανάμεσα σε άτομα μιας ομάδας ή και κοινότητες χρηστών. Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε σε 12 εκπαιδευτικές συνεδρίες, με συχνότητα μία συνεδρία ανά εβδομάδα και συνολική διάρκεια, τρεις μήνες. Η πρώτη συνεδρία ήταν εισαγωγική, εξηγούσε τον σκοπό και τους στόχους της εκπαίδευσης, τη δομή του εκπαιδευτικού προγράμματος, τις επιμέρους εκπαιδευτικές δραστηριότητες κ.α., ενώ η τελευταία, ήταν συνεδρία κλεισίματος.

Κάθε εβδομάδα πραγματοποιούνταν μια εκπαιδευτική συνεδρία, εξηντάλεπτης διάρκειας, η οποία περιελάμβανε:

α) «Κάρτα σκέψης»: στην αρχή και στο τέλος κάθε εκπαιδευτικής συνεδρίας, υπήρχε ένα μικρό κουίζ (δύο σε κάθε συνεδρία) τα οποία έπρεπε να απαντήσουν οι εκπαιδευόμενοι και χρησίμευαν ως εργαλεία αντανάκλασης και προβληματισμού πάνω σε διάφορες πτυχές, σχετικές με το θέμα που πραγματευόταν κάθε ενότητα. Τα κουίζ περιείχαν ερωτήσεις γνώσεων, checklists και ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Οι εκπαιδευόμενοι είχαν τη δυνατότητα να διαπιστώσουν αμέσως, αν η απάντηση που έδωσαν ήταν σωστή ή λάθος και μπορούσαν να κάνουν το τεστ όσες φορές ήθελαν, ώσπου να πετύχουν όλες τις σωστές απαντήσεις. Αυτή η διαδικασία κρατούσε 5-10 λεπτά συνολικά, ανά εκπαιδευτική συνεδρία. Εκτός από αυτή τη δραστηριότητα, στην 5^η εκπαιδευτική συνεδρία, ανατέθηκε σε κάθε ομάδα παιδιάτρων να καταγράψουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής τους και να ανεβάσουν τις λίστες στην πλατφόρμα, ώστε να έχουν τη δυνατότητα και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας να τις χρησιμοποιήσουν αν παραστεί ανάγκη. Οι παιδίατροι είχαν την οδηγία να καταγράψουν το είδος της υπηρεσίας (π.χ Κέντρο Ψυχικής Υγείας, εξ. Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου, ιδιώτης) ή του ειδικού ψυχικής υγείας (ψυχίατρος, ψυχολόγος), καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας. Οι λίστες ανέβηκαν στην πλατφόρμα του Trello.com πριν την τελευταία εκπαιδευτική συνεδρία. Δυστυχώς οι περισσότερες λίστες είχαν στην πλειοψηφία τους ονόματα ιδιωτών ειδικών ψυχικής υγείας, κυρίως ψυχιάτρων. Από την ανατροφοδότηση που έδωσαν οι παιδίατροι, προέκυψε ότι προτιμήθηκαν οι ιδιώτες, αφενός επειδή οι παιδίατροι δε μπορούσαν να είναι σίγουροι για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στις περισσότερες δημόσιες δομές, ενώ σε εκείνες που γνώριζαν ότι παρέχουν καλές υπηρεσίες, υπήρχε μεγάλο διάστημα αναμονής για ραντεβού.

β) «Το θέμα της ημέρας»: πρόκειται για μια διάλεξη-βίντεο διάρκειας 30 λεπτών (maximum), στο οποίο η ερευνήτρια ανέλυε το κύριο θέμα της συνεδρίας και συνοδευόταν από 10-20 slides ανά θεματική ενότητα. Το βίντεο βρισκόταν στην πλατφόρμα συνεχώς και μπορούσε κάθε χρήστης να το δει και να κάνει την εκπαιδευτική συνεδρία όποια ημέρα και ώρα της εβδομάδας τον εξυπηρετούσε περισσότερο. Υπήρχε ωστόσο η σύσταση ότι θα ήταν καλό, να έχει τελειώσει την εβδομαδιαία παρακολούθηση ως το βράδυ της Κυριακής, για να μπορεί να συμβαδίζει με την υπόλοιπη ομάδα.

γ) «Ήξερες ότι...»: στο δεύτερο μέρος της εκπαίδευσης, υπήρχε εστίαση μέσω role playing (το οποίο παρουσιαζόταν σε βίντεο και είχε αναπτυχθεί από την ερευνήτρια με την ευγενική συμμετοχή εθελοντών) ή μελέτες περίπτωσης σε ένα είδος εμποδίων ανά εκπαιδευτική συνεδρία. Τα εμπόδια πάνω στα οποία εργαστήκαμε προέκυψαν από την ποιοτική έρευνα, και αφορούσαν τόσο τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο παιδίατρος στην προσπάθειά του να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης, όσο και εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μητέρες στην προσπάθειά τους να συζητήσουν με τον παιδίατρο για την κατάθλιψη, τη δυσκολία να το χειριστούν με τον σύντροφο και την οικογένεια, αλλά και για να αναζητήσουν βοήθεια, όπως επίσης και σε σχέση με τον ρόλο τους ως μητέρες. Οι εκπαιδευόμενοι είχαν τη δυνατότητα να διατυπώσουν σχόλια, παρατηρήσεις και απορίες σε κάθε άσκηση (βίντεο ή case study) και να διαβάσουν τα σχόλια των άλλων εκπαιδευομένων, να αλληλεπιδράσουν και να ανταλλάξουν απόψεις.

δ) «Από μένα για σένα»: προς το τέλος κάθε εκπαιδευτικής συνεδρίας (αυτό ξεκίνησε μετά τη δεύτερη εκπαιδευτική συνεδρία ώστε να έχουν εξοικειωθεί κάπως οι συμμετέχοντες με την εκπαιδευτική διαδικασία), ένας παιδίατρος από κάθε ομάδα (των 50 εκπαιδευομένων) εθελοντικά, διάλεγε κάθε φορά ένα θέμα σχετικό με τη

θεματική της επόμενης εκπαιδευτικής συνεδρίας. Έκανε ένα μικρό βίντεο διάρκειας 3-5 λεπτών (μέγιστο) και το ανέβαζε στην πλατφόρμα του trello.com, στον πίνακα της ομάδας του, παρουσιάζοντας στους συναδέλφους του, τις απόψεις, τις δυσκολίες, τις προσωπικές του στάσεις και πεποιθήσεις, σε σχέση με μια πτυχή της εκπαιδευτικής ενότητας. Π.χ. τα εμπόδια που έχει να συζητήσει με μια μητέρα τα αρνητικά αποτελέσματα του τεστ, τη δυσκολία που έχει να τη βοηθήσει ώστε να συζητήσει για το θέμα με τον σύζυγό της, τις απόψεις του σχετικά με την ψυχική υγεία και το πόσο δυσκολεύεται να ανταποκριθεί σε τέτοια θέματα, κλπ. Η δραστηριότητα «Από μένα για σένα» είχε ως στόχο να διευκολύνει τους παιδιάτρους να μοιραστούν εμπειρίες, να αναπτύξουν υποστηρικτικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους (χρήσιμες για τα επόμενα στάδια) αλλά και να ενδυναμωθούν, να διορθώσουν λανθασμένες πεποιθήσεις, να λειτουργήσουν ως role models και να συνειδητοποιήσουν ότι ανήκουν στην ίδια «κοινότητα».

Παρακάτω περιγράφεται το περιεχόμενο των δώδεκα εκπαιδευτικών συνεδριών του προγράμματος:

1^η εκπαιδευτική συνεδρία – Εισαγωγική:

- Σύντομη Περιγραφή της παρέμβασης,
- Αναλυτική περιγραφή του εκπαιδευτικού προγράμματος,
- Πληροφορίες για τη συνολική διάρκεια & τον χρόνο που απαιτείται για κάθε εκπαιδευτική ενότητα από τον εκπαιδευόμενο, αναλυτική περιγραφή της δομής των εκπαιδευτικών ενότητων,
- Ο σκοπός του εκπαιδευτικού προγράμματος (εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης από τον παιδίατρο για την πρόληψη της κατάθλιψης στις μητέρες των παιδιών που παρακολουθεί),

- Οι στόχοι του εκπαιδευτικού προγράμματος (ενίσχυση δεξιοτήτων, αύξηση γνώσεων, αλλαγή πεποιθήσεων, υποστήριξη στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης σε συνθήκες πραγματικής ζωής),
- Πρακτικές πληροφορίες & demo για την περιήγηση στην πλατφόρμα του Trello.com και τον τρόπο που είναι οργανωμένη κάθε δραστηριότητα του προγράμματος (εκπαίδευση, Forum συζήτησης, επικοινωνία μέσω skype, επιβραβεύσεις κλπ).

2^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Ψυχική Υγεία στο Παιδιατρικό Ιατρείο.

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
 - ✓ Ποιος είναι ο ασθενής μου;
 - ✓ Η σημασία της σχέσης μητέρα παιδιού
 - ✓ Γιατί η κατάθλιψη στις μητέρες αποτελεί σημαντικό θέμα για τον παιδίατρο
 - ✓ Εμπόδια των μητέρων για αναζήτηση βοήθειας
 - ✓ Εμπόδια των παιδιάτρων για παροχή βοήθειας στις μητέρες
- «Ήξερες ότι...»: Role playing-βίντεο «Χαμένη στο ΕΣΥ: αναζητώντας βοήθεια για την κατάθλιψη».
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

3^η Εκπαιδευτική συνεδρία: Τι είναι η κατάθλιψη στις μητέρες;

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
 - ✓ Τι είναι η κατάθλιψη;

- ✓ Ποιοι παράγοντες κινδύνου ευθύνονται για την εκδήλωση της κατάθλιψης;
- ✓ Κατάθλιψη και φύλο
- ✓ Πώς εκδηλώνεται η κατάθλιψη στις μητέρες; Βασικά σημεία και συμπτώματα
- «Ήξερες ότι...»: case study για αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου σε μητέρα χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου.
- «Από μένα για σένα»: βίντεο για την κοινωνική πίεση που συνοδεύει τον ρόλο της μητέρας.
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

4^η Εκπαιδευτική συνεδρία: επιπτώσεις της κατάθλιψης στις μητέρες και ο ρόλος του παιδιάτρου.

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
- ✓ Επιπτώσεις της κατάθλιψης στην σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία της μητέρας
- ✓ Επιπτώσεις της κατάθλιψης της μητέρας στην υγεία και την ανάπτυξη του βρέφους & τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας
- ✓ Επιπτώσεις της κατάθλιψης της μητέρας στο ζευγάρι
- ✓ Κατάθλιψη και στίγμα
- ✓ Μιλώντας με τον πατέρα για την καταθλιψη
- «Ήξερες ότι...»: case study για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης στο παιδί, τη μητέρα και το ζευγάρι.
- «Από μένα για σένα»: βίντεο για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης στο εμβολιαστικό πρόγραμμα του παιδιού.

- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

5^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Ενσυναίσθηση & θεραπευτική συμμαχία

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
- ✓ Ακούμε...Κατανοούμε; (εμπόδια στην επικοινωνία)
- ✓ Περπατώντας με τα παπούτσια της μητέρας (ενσυναίσθηση)
- ✓ Ακούω, σημαίνει διευκολύνω τον άλλο να μιλήσει (ενεργητική ακρόαση)
- ✓ Η σημασία της εμπιστοσύνης (θεραπευτική συμμαχία)
- «Ηξερες ότι...»: βίντεο «παγίδες στην επικοινωνία με τη μητέρα»
- «Από μένα για σένα»: βίντεο για τις δυσκολίες στην επικοινωνία στο παιδιατρικό ιατρείο.
- Ανάθεση εργασίας: κατάρτιση λίστα υπηρεσιών & ειδικών ψυχικής υγείας ανά ομάδα.
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

6^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Τα βασικά βήματα αναγνώρισης της κατάθλιψης στις μητέρες.

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
- ✓ Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης της κατάθλιψης στις μητέρες
- ✓ Εργαλεία ανίχνευσης: τι είναι, πως χρησιμοποιούνται

- ✓ Γιατί δεν πρέπει να βασίζομαι στην παρατήρηση για να αναγνωρίσω τα συμπτώματα;
- ✓ Κοινωνικός στιγματισμός της κατάθλιψης και αναγνώριση: η δύσκολη συζήτηση
- ✓ Εντάσσοντας την ανίχνευση στην καθημερινή κλινική πρακτική
- «Ήξερες ότι...»: βίντεο-role playing «Δεν έχω χρόνο για τέτοια και δε μου προσφέρουν τίποτα»
- «Από μένα για σένα»: γιατί η παρατήρηση δεν είναι καλή ιδέα για την αναγνώριση της κατάθλιψης.
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

7^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Συζητώντας τα αποτελέσματα του τεστ ανίχνευσης

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
- ✓ Συζητώντας τα θετικά αποτελέσματα του τεστ ανίχνευσης
- ✓ Συζητώντας τα αρνητικά αποτελέσματα του τεστ ανίχνευσης
- ✓ Ποιοι είναι οι βασικοί τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης;
- ✓ Οδηγίες για μητέρες με ήπια, μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη
- ✓ Βοηθώντας τη μητέρα να μοιραστεί το πρόβλημα με τον σύντροφο και την οικογένεια
- «Ήξερες ότι...»: case study- συχνά λάθη στη συζήτηση των αποτελεσμάτων του τεστ με τη μητέρα.

- «Από μένα για σένα»: βίντεο για τη συζήτηση των αποτελεσμάτων με τη μητέρα
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

8^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Τι κάνω αν η μητέρα σκέφτεται να βλάψει τον εαυτό της ή το παιδί;

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
 - ✓ Πότε πρέπει να ανησυχήσω;
 - ✓ Πώς μπορώ να διαπιστώσω αν μια μητέρα σκέφτεται να βλάψει τον εαυτό της και το παιδί;
 - ✓ Αξιολογώντας την αυτοκτονικότητα
 - ✓ Άμεσες ενέργειες για αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας
 - ✓ Η επόμενη μέρα: αντιμετωπίζοντας το στρες και αναζητώντας υποστήριξη
 - ✓ «Ηξερες ότι...»: case study- άμεσες ενέργειες για την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας.
- «Από μένα για σένα»: βίντεο για την εμπειρία του παιδιάτρου μετά από διαχείριση μητέρας με αυτοκτονικότητα.
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

9^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Παραπομπή μητέρων με κατάθλιψη

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
- ✓ Πώς αποφασίζω ποια μητέρα θα παραπέμψω;
- ✓ Πώς μπορώ να βοηθήσω τη μητέρα να αντιμετωπίσει τα δικά της εμπόδια για να λάβει βοήθεια;
- ✓ Ψυχίατρος ή ψυχολόγος; Σε ποιον κάνω την παραπομπή;
- ✓ Πώς κάνω την παραπομπή;
- ✓ Η σημασία της εμπλοκής της μητέρας στη διαδικασία παραπομπής.
- «Ήξερες ότι...»: case study – Αποτελεσματική επικοινωνία με ειδικό ψυχικής υγείας.
- «Από μένα για σένα»: βίντεο διαχείριση του φόβου της μητέρας για το στίγμα που συνοδεύει την κατάθλιψη, ώστε να λάβει βοήθεια.
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

10^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Μετά την παραπομπή, τι;

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
- ✓ Ενισχύοντας την προσπάθεια της μητέρας να λάβει βοήθεια για την κατάθλιψη
- ✓ Διασφαλίζοντας ότι η μητέρα έλαβε την απαιτούμενη βοήθεια
- ✓ Διαδικασία και συχνότητα παρακολούθησης μετά την παραπομπή
- ✓ Αντλώντας βοήθεια και υποστήριξη από τους συναδέλφους.
- «Ήξερες ότι...»: βίντεο – role playing για την εμπλοκή της μητέρας στη διαδικασία παραπομπής.

- «Από μένα για σένα»: βίντεο για τις ευκαιρίες ενδυνάμωσης μεταξύ συναδέλφων για θέματα κατάθλιψης.
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

11^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Ενσωματώνοντας πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στην καθημερινή κλινική πρακτική.

- Σύντομη περιγραφή της ενότητας
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»
- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
 - ✓ Αλλαγές σε επίπεδο παιδιατρικού ιατρού: ο χώρος
 - ✓ Ενημέρωση και διαχείριση του προσωπικού του ιατρού: ποιος κάνει τι
 - ✓ Αναπτύσσοντας αποτελεσματική συνεργασία με το προσωπικό
 - ✓ Αντλώντας υποστήριξη από τα μέλη του ιατρού
 - ✓ Αναπτύσσοντας ένα τοπικό δίκτυο με ειδικούς ψυχικής υγείας για παραπομπή μητέρων με κατάθλιψη
- «Ήξερες ότι...»: case study, σωστές και λάθος αλλαγές στον χώρο του ιατρού για την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης
- «Από μένα για σένα»: βίντεο δυσκολίες στη συνεργασία με το προσωπικό στο παιδιατρικό ιατρείο και τρόποι αντιμετώπισης
- Ενημέρωση για τις διαθέσιμες λίστες υπηρεσιών και ειδικών ψυχικής υγείας που συγκεντρώθηκαν από τις ομάδες ανά περιοχή
- Κουίζ «Κάρτα σκέψης»

12^η Εκπαιδευτική Συνεδρία: Κλείσιμο

- Σύνοψη του εκπαιδευτικού προγράμματος

- Το θέμα της ημέρας (βίντεο διάλεξης):
 - ✓ Αντλώντας υποστήριξη από τους συναδέλφους: πως το παιδιατρικό ιατρείο γίνεται μέρος της κοινότητας
 - ✓ Περιθώριο αλλαγών και τροποποιήσεων των πρακτικών διαχείρισης ώστε να ταιριάζουν στο πλαίσιο της καθημερινής κλινικής πρακτικής
 - ✓ Ενημέρωση για επόμενα βήματα και διαδικασία ενδυνάμωσης και ανατροφοδότησης
 - ✓ Ενημέρωση για πρακτικές λεπτομέρειες που αφορούν στη λειτουργία της διαδικτυακής πλατφόρμας (σύστημα επιβράβευσης, forum συζήτησης κλπ)
 - ✓ Υπενθύμιση για χρήση toolkit και άλλων διαθέσιμων βοηθητικών δραστηριοτήτων (π.χ. τηλ. επικοινωνία με την ερευνήτρια)
- Κλείσιμο

2. Forum Συζητήσεων: κάθε ομάδα (50) εκπαιδευομένων, είχε την ευκαιρία να αλληλεπιδράσει σε ειδικό forum συζήτησης, στην πλατφόρμα του Trello.com, στο οποίο συμμετείχαν τα μέλη της. Η θεματολογία ήταν ελεύθερη και τα μέλη γνώριζαν ότι η ερευνήτρια συμμετέχει στις συζητήσεις και έχει τη δυνατότητα να παρέμβει αν κριθεί απαραίτητο. Η ερευνήτρια άφηνε να εξελίσσεται ελεύθερα ο διάλογος και η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των χρηστών και παρακολουθούσε χωρίς να παρεμβαίνει, κυρίως για να διαπιστώσει ποιοι ήταν οι κύριοι προβληματισμοί των ομάδων, ποια ήταν τα κυριότερα εμπόδια που είχαν και το βαθμό στον οποίο ανέπτυσαν θετική αλληλεπίδραση. Η παρέμβαση της κρίθηκε αναγκαία μόνο σε μια περίπτωση που τα μέλη της ομάδας είχαν αναπτύξει έντονη σύγκρουση γύρω από το κατά πόσο υπάρχει στιγματισμός για τις ψυχικές διαταραχές και ανάμεσα στους παιδιάτρους. Κάποιοι εκπαιδευόμενοι αντέδρασαν έντονα στην άποψη κάποιου συναδέλφου τους ότι δεν είναι βέβαιο αν αυτό που ονομάζουμε κατάθλιψη τελικά

είναι ψυχική διαταραχή ή προκύπτει από τη φύση των γυναικών και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του φύλου τους, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να διαταραχθεί η γόνιμη αλληλεπίδραση και η συνεργασία της ομάδας, διότι τα μέλη της διχάστηκαν. Η ερευνήτρια χειρίστηκε τη σύγκρουση χρησιμοποιώντας τη ως εκπαιδευτική ευκαιρία, δίνοντας τη δυνατότητα στους εκπαιδευόμενους να αναστοχαστούν πάνω σε όσα ειπώθηκαν και να αποσαφηνίσουν περαιτέρω την έννοια του στίγματος για την ψυχική νόσο. Η παρέμβαση της ερευνήτριας βοήθησε ώστε να προστατευθεί και ο εκπαιδευόμενος στον οποίο αρχικά επιτέθηκαν οι περισσότεροι. Κάθε παιδίατρος είχε την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματα και τη σκέψη του γύρω από το θέμα και τη σύγκρουση, με αποτέλεσμα, να αποκαλυφθούν διάφορες πτυχές του στίγματος ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, τις οποίες επιβεβαίωσαν όλα τα μέλη της ομάδας.

3. Συζήτηση σε πραγματικό χρόνο (skype-calls): δύο ημέρες κάθε μήνα, η ερευνήτρια ήταν διαθέσιμη για ζωντανή συζήτηση με τους εκπαιδευόμενους, μέσω Skype. Στις αρχές κάθε μήνα, οι εκπαιδευόμενοι λάμβαναν ένα doodle μέσω της Google, στο οποίο είχαν τη δυνατότητα να «κλείσουν το ραντεβού τους» για να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια και να συζητήσουν όποιο θέμα τους απασχολεί. Αυτή η δραστηριότητα είχε ως στόχο να ενδυναμώσει περαιτέρω εκείνους που είχαν αυξημένες δυσκολίες και να τους βοηθήσει με κάποια ζητήματα στα οποία είχαν παρ

4. Toolkit: μετά το πέρας της εκπαίδευσης, στην πλατφόρμα του trello.com, οι παιδίατροι είχαν τη δυνατότητα να «κατεβάσουν» μια σειρά από ενημερωτικά έντυπα και φόρμες τα οποία ανέπτυξε η ερευνήτρια, ώστε διευκολυνθούν στην προσπάθειά τους να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες. Το «toolkit» περιείχε:

α) φόρμα με το εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης, Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) με την επιπλέον ερώτηση για την ανάγκη βοήθειας καθώς και το PHQ-9 [177]. Το PHQ-2 αποτελεί τη σύντομη εκδοχή του εργαλείου PHQ-9. Περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις, μία για την ανηδονία και μία την καταθλιπτική διάθεση, καθώς και μια πρόσθετη ερώτηση για το αν η μητέρα χρειάζεται επιπλέον βοήθεια [116]. Το PHQ-2 έχει ελεγχθεί ως προς την εγκυρότητά του σε πλήθος ερευνών που χρησιμοποίησαν ως κριτήριο αναφοράς τη δομημένη κλινική συνέντευξη του διαγνωστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Clinical Manual of Mental Disorders-DSM-IV- [SCID]), παρουσιάζοντας ευαισθησία 100% και ειδικότητα 62% στην ανίχνευση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής [22, 116, 121, 238]. Η βαθμολογία του PHQ-2, κυμαίνεται από 0-6, ενώ τα λειτουργικά του χαρακτηριστικά είναι ικανοποιητικά, με συνιστώμενο cut-off point ίσο ή μεγαλύτερο του 2 [177]. Το PHQ-2, συνιστάται και από την U.S. Preventive Services Task Force [23] διότι είναι σύντομο και περιεκτικό και μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί σε δομές με αυξημένο φόρτο εργασίας και περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο [239]. Το τελευταίο είναι πολύ σημαντικό, καθώς τόσο από τη βιβλιογραφία [26, 116, 126] όσο και από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας, φάνηκε ότι ένα από τα κυριότερα εμπόδια των παιδιάτρων στην προσπάθειά τους να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης είναι η έλλειψη χρόνου. Το PHQ-2 μπορεί να διευκολύνει τον παιδίατρο αφού δεν απαιτείται πολύς χρόνος για τη συμπλήρωσή του και συστήνεται για πλαίσια με αυξημένες ανάγκες παραγωγικότητας [19]. Στην περίπτωση που μια μητέρα βρισκόταν με σκορ πάνω από 3, οι παιδίατροι είχαν την οδηγία να χορηγήσουν και το PHQ-9. Αν η μητέρα απαντούσε καταφατικά στην ερώτηση για την αυτό- και ετερο-καταστροφική συμπεριφορά, ο παιδίατρος έπρεπε

να εφαρμόσει τα βήματα διαχείρισης για την αυτοκτονικότητα, τα οποία βασίζονται στις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας [19] και του National Institute for Health and Care Excellence [240] και προβλέπουν πλάνο άμεσης δράσης ώστε να διασφαλιστεί ότι η μητέρα και το παιδί δε διατρέχουν κίνδυνο.

β) Σύντομος Οδηγός για την Ανίχνευση της Κατάθλιψης από τον Παιδιάτρο (σε περίπτωση που κάποιος παιδίατρος ήθελε να ανατρέξει σε αυτόν ή να το δώσει και στα υπόλοιπα μέλη του ιατρείου), γ) ενημερωτικό φυλλάδιο για την κατάθλιψη στις μητέρες (για να τοποθετηθεί στην αναμονή του ιατρείου και να μπορεί η μητέρα να το διαβάσει και να ενημερωθεί σχετικά με το ζήτημα, αλλά και να διευκολυνθεί να συζητήσει για αυτό με τον παιδίατρο), δ) ενημερωτικό φυλλάδιο για την κατάθλιψη για τον σύντροφο της γυναίκας, ώστε να τη διευκολύνει να συζητήσει μαζί του και να ενημερωθεί κι εκείνος για τις βασικές πτυχές του προβλήματος ε) πόστερ το οποίο μπορούσε ο παιδίατρος να κολλήσει στον τοίχο της αίθουσας αναμονής του ιατρείου του, το οποίο απεικόνιζε μια γυναίκα που φαινόταν να υποφέρει και είχε το σλόγκαν «Εδώ δε στιγματίζεται, αντιμετωπίζεται: ο παιδίατρος μπορεί να σε βοηθήσει να αντιμετωπίσεις την κατάθλιψη», στ) φόρμες παραπομπής, ζ) φόρμα παρακολούθησης της πορείας της μητέρας (follow-up).

Τόσο τα φυλλάδια όσο και η φόρμα παρακολούθησης, μπορούσαν να συμπληρωθούν από το προσωπικό του ιατρείου, εφόσον παρακολουθούσε ένα μικρής διάρκειας (περίπου 30 λεπτών) εκπαιδευτικό βίντεο που βρισκόταν επίσης στην πλατφόρμα του Trello.com. Κάθε παιδίατρος που συμμετείχε στην παρέμβαση, ενημέρωνε το προσωπικό του ιατρείου ώστε να παρακολουθήσει το βίντεο και να είναι σε θέση να αναλάβει κάποιες βοηθητικές δραστηριότητες, όπως: α) να ενθαρρύνει της μητέρες να πάρουν το ενημερωτικό φυλλάδιο, β) να τους δώσει το

εργαλείο PHQ-2 για να μπορέσουν στη συνέχεια να συζητήσουν τα αποτελέσματα με τον παιδίατρο, γ) να συζητά με τη μητέρα απορίες και να απαντά σε πρακτικά ζητήματα (π.χ αποζημίωσης για υπηρεσίες ψυχικής υγείας), δ) να ενημερώνεται τηλεφωνικά ή δια ζώσης από τη μητέρα (σε επόμενο ραντεβού) για την πορεία της κατάστασης και κατά πόσο χρειάζεται πρόσθετη βοήθεια. Οι μορφές των φυλλαδίων ήταν απλές ώστε να μη χρειάζεται ειδική εκτύπωση και να δαπανήσει πολλά χρήματα ο παιδίατρος για να τα τυπώσει, αυξάνοντας τις πιθανότητες να τα έχει διαθέσιμα στο ιατρείο.

5. Επιβράβευση: στην πλατφόρμα του Trello.com, υπήρχε ειδικός πίνακας, στον οποίο σημείωναν οι παιδίατροι (ή ο βοηθός τους στο ιατρείο) τον αριθμό των μητέρων στις οποίες χορηγήθηκε το εργαλείο, πόσες παραπέμφθηκαν με βάση το σκορ τους και σε υστερότερη φάση, πόσες έλαβαν βοήθεια.

Κάθε φορά που ο παιδίατρος ανέβαζε τον αριθμό των γυναικών στην πλατφόρμα, τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας του μπορούσαν να διαλέξουν ένα από τα τρία βραβεία: α) μια κάρτα που έγραφε «Συγχαρητήρια», β) Μια φωτογραφία ενός ιατρού με τη λεζάντα «ο παιδίατρος ασκεί την ιατρική, αλλά **είναι** η φροντίδα» και γ) ένα gif με το στιγμιότυπο της ταινίας «Ένας Υπέροχος Άνθρωπος», όπου οι συνάδελφοί του, τιμώντας τον Τζον Ναζ, αφήνουν μπροστά του, ένας-ένας τα στυλό τους. Το βίντεο είχε μικρή περιγραφή της ταινίας και της σημασίας της σκηνής και συνοδευόταν με τη λεζάντα «ένα στυλό μπορεί να είναι εξίσου δυνατό με ένα στηθοσκόπιο» (σε μια προσπάθεια να δείξει αφενός στους παιδίατρους ότι η ψυχική υγεία είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική και μπορούν να τη φροντίσουν με απλά εργαλεία, ακόμη και αν δεν είναι εκείνα που έχουν συνηθίσει ώστε να αισθάνονται «ιατροί». Μάλιστα, επιλέχθηκε αυτή η σκηνή, σε μια προσπάθεια να συνδεθεί η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης για την κατάθλιψη με την κοινωνική αναγνώριση

από τους συναδέλφους, σε μια προσπάθεια αλλαγής της κοινωνικής νόρμας που θέλει τους παιδίατρους να απολαμβάνουν κύρος σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, ακριβώς επειδή είναι ιατροί –ασχολούνται δηλαδή κυρίως με τη σωματική υγεία). Η διαδικασία των επιβραβεύσεων και η επικοινωνία στην πλατφόρμα του Trello.com, κράτησε ως το τέλος του προγράμματος.

Μετά το πέρας της τρίμηνης εκπαίδευσης, δραστηριότητες όπως, η επικοινωνία μέσω Skype και τα Forum συζήτησης, εξακολουθούσαν να είναι διαθέσιμα για τους παιδίατρους, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να λάβουν περαιτέρω υποστήριξη. Επιπλέον, τόσο οι παιδίατροι όσο και το βοηθητικό προσωπικό στο ιατρείο, είχαν διαθέσιμο το τηλέφωνο επικοινωνίας της ερευνήτριας, ώστε να απευθυνθούν οποιαδήποτε στιγμή, κάθε φορά που υπήρχε ανάγκη. Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος, υπήρξαν δύο τηλεφωνικές επικοινωνίες που αφορούσαν σοβαρά περιστατικά.

Η πρώτη αφορούσε μια μητέρα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου η οποία έπασχε από σοβαρή κατάθλιψη και ζούσε μόνη με το βρέφος της σε περιοχή της Βόρειας Ελλάδας. Μια φίλη (η οποία δεν βρέθηκε να έχει προβλήματα κατάθλιψης) της γυναίκας αυτής, επισκεπτόταν κάποιον παιδίατρο που συμμετείχε στο πρόγραμμα και τον ενημέρωσε για την κατάσταση (η γυναίκα αρνιόταν να λάβει βοήθεια, προσπαθούσε να θηλάσει το μωρό, αλλά παραμελούσε σημαντικά την προσωπική της υγιεινή και είχε ανάγκη την βοήθεια της φίλης της για να φροντίσει το παιδί ως προς τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες). Σε κατ' οίκον επίσκεψη, ο παιδίατρος διαπίστωσε ότι η γυναίκα και το μωρό ήταν σε άσχημη κατάσταση. Επικοινωνήσε με τοπική υπηρεσία ψυχικής υγείας αλλά χωρίς αποτέλεσμα, οπότε απευθύνθηκε σε γνωστό του ιδιώτη ψυχίατρο, ο οποίος έκανε τις απαιτούμενες ενέργειες προκειμένου μητέρα και παιδί να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα. Η

μητέρα κρίθηκε ότι χρειάστηκε νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, ενώ νοσηλεία χρειάστηκε και το βρέφος (στο ίδιο νοσοκομείο με τη μητέρα), καθώς βρέθηκε ότι ήταν ελλιποβαρές με σημάδια ανορεξίας, προβλήματα ύπνου και έντονα δερματικά προβλήματα. Η μητέρα είχε διακόψει την επαφή με τα μέλη της πατρικής οικογένειας που ζούσαν σε γειτονική πόλη, λόγω συγκρούσεων οι οποίες προέκυψαν από την επιλογής της να κρατήσει το παιδί, παρ' όλο που ο σύντροφός της, την εγκατέλειψε. Οι θεραπευτές στο νοσοκομείο βοήθησαν ώστε να αποκατασταθούν κάπως οι σχέσεις της μητέρας με την πατρική οικογένεια (βασικά με τη μητέρα της, ο πατέρας της γυναίκας εξακολούθησε να έχει αρνητική στάση και να μη θέλει να επισκεφθεί ούτε την ίδια ούτε το εγγόνι του), με αποτέλεσμα η μητέρα της να μεταβεί στον τόπο κατοικίας της κόρης και να μείνει εκεί για ένα διάστημα προκειμένου να τη βοηθήσει με το μωρό. Επίσης, μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας ενημερώθηκε για τη βοήθεια που θα μπορούσε να λάβει από κάποιες δημοτικές υπηρεσίες (κυρίως σε επίπεδο διαβίωσης), αλλά δυστυχώς η βοήθεια αυτή δεν ήταν επαρκής ούτε σταθερή, με αποτέλεσμα να εξαρτάται σημαντικά από την οικονομική βοήθεια της μητέρας της. Επιπλέον, οι ενέργειες για να λάβει οικονομική βοήθεια μέσω επιδόματος από το Ταμείο Πρόνοιας, ήταν μακροχρόνιες και πολύ φτωχές σε επίπεδο αποτελέσματος.

Η εμπειρία αυτή ήταν πολύ σημαντική για τον παιδίατρο και επηρέασε πολύ και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας στην οποία συμμετείχε (στο πλαίσιο της διαδικτυακής πλατφόρμας). Μοιράζοντας την εμπειρία του με τους συναδέλφους, έλαβε υποστήριξη και επιβράβευση, ενώ βοήθησε στην ενδυνάμωση και των υπολοίπων.

.Η δεύτερη περίπτωση επικοινωνίας που σχετιζόταν με διαχείριση περιστατικού, αφορούσε μια γυναίκα που κατοικούσε στην Κεντρική Ελλάδα, η οποία ενώ εμφάνιζε αρκετά καλή λειτουργικότητα, κατά τη συζήτηση με τον

παιδίατρο για θέματα κατάθλιψης, αποκάλυψε ότι είχε κάποιες σκέψεις να βλάψει τον εαυτό της. Ο παιδίατρος χρειάστηκε την υποστήριξη της ερευνήτριας για να χειριστεί το ζήτημα και να μπορέσει να το συζητήσει με τον σύντροφο της γυναίκας ώστε να λάβει την απαιτούμενη βοήθεια. Από τη συζήτηση που είχε στη συνέχεια ο παιδίατρος με τον σύζυγο της γυναίκας την ίδια ημέρα, προέκυψε ότι η ίδια είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής την οποία δε γνώριζε ο παιδίατρος, ο σύζυγός της όμως ήταν πολύ δεκτικός και συνεργάσιμος και η γυναίκα έλαβε την απαιτούμενη βοήθεια χωρίς να χρειαστεί νοσηλεία ή να κινδυνεύσει η ίδια και το παιδί.

Παρ' όλο που στην εκπαίδευση υπήρχε συγκεκριμένη ενότητα και οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να χειριστούν οι παιδίατροι τα ζητήματα αυτά, χρειάστηκε αρκετές φορές να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια στην υποψία αυτό-ή ετερο-καταστροφικής συμπεριφοράς, κυρίως για να αντλήσουν υποστήριξη. Από την ανατροφοδότηση που πρόσφεραν οι παιδίατροι και το μοίρασμα εμπειριών κατόπιν στην ομάδα, φάνηκε ότι, αυτές οι εμπειρίες προκαλούσαν από τη μια μεγάλη αναστάτωση γιατί είχαν την ευθύνη οι ίδιοι οι παιδίατροι να χειριστούν μια κρίσιμη κατάσταση, αλλά από την άλλη χρησίμευσαν ως αφορμές για περαιτέρω ενδυνάμωση καθώς τα μέλη υποστήριζαν το ένα το άλλο και αισθάνονταν πόσο πολύπλευρα σημαντικός είναι ο ρόλος τους ως παιδίατροι.

Στον πίνακα που ακολουθεί, φαίνονται οι δραστηριότητες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρέμβαση και οι μεταβλητές της διαδικασίας αλλαγής στις οποίες στόχευαν.

Πίνακας 6. Δραστηριότητες που αντιστοιχούν στις Μεταβλητές της Διαδικασίας Αλλαγής.

Βιοματικές Μεταβλητές	
1. Αύξηση ενημερότητας	Ενημέρωση, εκπαίδευση, παροχή feedback, αξιοποίηση γνωστικής ασυμφωνίας, ερμηνεία και νοηματοδότηση προσωπικών δυσκολιών.

2. Θεαματική ανακούφιση	Προσωπικές μαρτυρίες, role playing, case studies, forum συζήτησης.
3. Επαναξιολόγηση του περιβάλλοντος	Εκπαίδευση βοηθού στο ιατρείο, βοηθητικά εργαλεία, εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας (ενσυναίσθηση).
4. Κοινωνική απελευθέρωση	Ενδυνάμωση, αύξηση της κοινωνικής πίεσης (μέσω των συναδέλφων-«από μένα για σένα» & Forum), δημιουργία ευκαιριών για εξάσκηση στο πλαίσιο της εκπαίδευσης, περαιτέρω υποστήριξη για τις απαραίτητες αλλαγές στο ιατρείο.
5. Αυτό-επαναξιολόγηση	Άσκηση με ονειροπόληση και φανταστικά σενάρια, role playing, αξιοποίηση γνωστικής ασυμφωνίας, ενδυνάμωση, οι συνάδελφοι ως role models.
Συμπεριφορικές Μεταβλητές	
6. Έλεγχος ερεθισμάτων	Βοηθητικά εργαλεία (screening, φυλλάδια, πόστερ), εκπαίδευση του βοηθητικού προσωπικού για χορήγηση και καταγραφή παρακολούθησης), flow chart γραφείου με βήματα ανίχνευσης.
7. Κοινωνική υποστήριξη	Εκπαίδευση προσωπικού ιατρείου, ομάδες forum για peer-support, skype-calls με ερευνήτρια.
8. Δημιουργία ανταγωνιστικών ερεθισμάτων	Λίστα υπηρεσιών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας για παραπομπή, χορήγηση εργαλείου ανίχνευσης από βοηθό & καταγραφή παρακολούθησης, εναλλακτικές στρατηγικές για πιο γρήγορη διαδικασία ανίχνευσης ώστε να ταιριάζει με τις συνθήκες της πραγματικής ζωής.
9. Έλεγχος ενισχύσεων	Επιβραβεύσεις-κοινωνική αναγνώριση από συναδέλφους, poster στην αίθουσα αναμονής, flow chart για γραφείο παιδιάτρου με τα βήματα, Forum συζήτησης για peer support και εύρεση εναλλακτικών στρατηγικών.
10. Αυτό-απελευθέρωση	Ενδυνάμωση, ενίσχυση της πεποίθησης αυτό-αποτελεσματικότητας ώστε να συνειδητοποιήσει ότι μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τη μητέρα, peer-support, υποστήριξη από προσωπικό ιατρείου, skype calls.

3.2.3 Το Χρονοδιάγραμμα του Προγράμματος Παρέμβασης.

Το πρόγραμμα παρέμβασης που περιγράφεται στην παρούσα διδακτορική διατριβή, υλοποιήθηκε κατά τα έτη: 2012-2017. Αναλυτικά:

2012: βιβλιογραφική ανασκόπηση και ερευνητικός σχεδιασμός του προγράμματος.

2013: Ποιοτική έρευνα σε παιδιάτρους & σχεδιασμός για την υλοποίηση της ποιοτικής έρευνας σε μητέρες.

2014: Ποιοτική έρευνα σε μητέρες με προβλήματα κατάθλιψης & σχεδιασμός για την υλοποίηση της παρέμβασης σε παιδιάτρους.

Οκτώβριος 2014-Νοέμβριος 2014: Baseline μέτρηση στο σύνολο των παιδιάτρων του δείγματος.

Δεκέμβριος 2014: τυχαία εκχώρηση των παιδιάτρων του δείγματος σε ομάδα παρέμβασης και ελέγχου.

Φεβρουάριος 2015- Απρίλιος 2015: Παρέμβαση σε παιδιάτρους για την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης (με μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση).

Μάιος – Ιούνιος 2015:

- Μέτρηση των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου (μετά την παρέμβαση μέτρηση-post measurement).
- Πρώτο baseline μητέρων που ανιχνεύθηκαν να έχουν σοβαρή & μέτρια κατάθλιψη και χρειάστηκε να παραπεμφθούν. Οι μετρήσεις baseline των μητέρων, συνεχίστηκαν και το επόμενο διάστημα, ανάλογα με τη ροή του screening.

Δεκέμβριος 2015-Ιανουάριος 2016: 1^η follow up μέτρηση των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, 6 μήνες μετά την παρέμβαση.

Ιούνιος- Ιούλιος 2016:

- 2^η follow up μέτρηση των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, 12 μήνες μετά την παρέμβαση.
- Τελευταίες μετρήσεις baseline μητέρων που ανιχνεύθηκαν να έχουν σοβαρή & μέτρια κατάθλιψη και χρειάστηκε να παραπεμφθούν.

2016-2017: συλλογή αποτελεσμάτων και παράλληλη προκαταρκτική επεξεργασία, συντήρηση της διαδικτυακής πλατφόρμας παρέμβασης για την παροχή υποστήριξης στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης.

Ιούνιος 2015 – Ιούλιος 2017: τελευταίες μετρήσεις follow-up (μετά από 12 μήνες) των μητέρων που ανιχνεύθηκαν να έχουν σοβαρή & μέτρια κατάθλιψη και χρειάστηκε να παραπεμφθούν (πρόκειται για τις μητέρες που είχαν μέτρηση baseline, έως και κατά τη 2^η Follow-up μέτρηση των παιδιάτρων μετά την παρέμβαση).

Αύγουστος 2017 – Νοέμβριος 2017: Επεξεργασία των αποτελεσμάτων, υπόλοιπο συγγραφής εργασίας.

Τόσο η συγγραφή της παρούσας διδακτορικής όσο και η προετοιμασία κάθε φάσης της έρευνας, γινόταν παράλληλα με την υλοποίηση της τρέχουσας κάθε φορά ερευνητικής δραστηριότητας.

3.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

3.4.1 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις.

Το πρόγραμμα παρέμβασης στηρίζεται στη φιλοσοφία της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ με απώτατο σκοπό, τη μείωση του επιπολασμού της κατάθλιψης που εμφανίζεται σε μητέρες με παιδιά 0-5 ετών, σε εθνικό επίπεδο. Ωστόσο, για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, απαιτούνται υλικοί και ανθρώπινοι πόροι που ξεπερνούν κατά πολύ το πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Οι στόχοι του προγράμματος σχετίζονται τόσο με τις μεταβλητές της θεωρίας αλλαγής (ΔΜ), όσο και με τις μεταβλητές της θεωρίας δράσης (NPT) που χρησιμοποιήθηκε ως θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της διαδικασίας της παρέμβασης και διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας των παιδιατρών στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης.
- Αύξηση των υπέρ έναντι των κατά σε σχέση με την απόφαση τους να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης για την κατάθλιψη.
- Μετακίνηση των παιδιατρών σε επόμενα στάδια του ΔΜ
- Αύξηση της συνοχής, της γνωστικής συμμετοχής, της συλλογικής δράσης και της αντανakλαστικής παρακολούθησης του προσωπικού του παιδιατρικού ιατρείου, σε σχέση με την ενσωμάτωση των πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης, στην καθημερινή κλινική πρακτική.
- Αύξηση του ποσοστού των παιδιατρών που εφαρμόζουν πρακτικές διαχείρισης των μητέρων με κατάθλιψη.
- Αύξηση του ποσοστού των μητέρων που ανιχνεύονται με κατάθλιψη και βρίσκουν κατάλληλη θεραπεία.

- Μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων κατάθλιψης στο ποσοστό των μητέρων που εντοπίζονται από τον παιδίατρο και παραπέμπονται για βοήθεια σε ειδικό ψυχικής υγείας.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής στο ποσοστό των μητέρων που εντοπίζονται από τον παιδίατρο και παραπέμπονται για βοήθεια σε ειδικό ψυχικής υγείας.

Οι ερευνητικές υποθέσεις διαμορφώνεται ως ακολούθως:

H0: το στάδιο, οι διαδικασίες αλλαγής, η αυτό-αποτελεσματικότητα και τα υπέρ και κατά (ισοζύγιο απόφασης) στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης δε θα παρουσιάσουν μεταβολή στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις follow-up μετρήσεις, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

H1: το στάδιο, οι διαδικασίες αλλαγής, η αυτό-αποτελεσματικότητα και τα υπέρ και κατά (ισοζύγιο απόφασης) στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης θα μεταβληθούν στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις follow-up μετρήσεις, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και συγκεκριμένα:

1) Τόσο η αυτό-αποτελεσματικότητα όσο και τα υπέρ στο ισοζύγιο απόφασης θα είναι υψηλότερα και θα έχουν θετική συσχέτιση με τη μετάβαση στις διαδικασίες αλλαγής και το πέρασμα σε επόμενα στάδια στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης, στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις follow-up μετρήσεις, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

2) Η αλλαγή σταδίου θα έχει θετική συσχέτιση με την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης, και συγκεκριμένα, το ποσοστό των παιδιάτρων στο στάδιο της δράσης και διατήρησης της δράσης (εφαρμόζουν δηλαδή πρακτικές διαχείρισης) θα είναι υψηλότερο στους παιδιάτρους

της ομάδας παρέμβασης στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις follow-up μετρήσεις, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

3) Η συνοχή, η γνωστική συμμετοχή, η συλλογική δράση και η αντανακλαστική παρακολούθηση, θα έχουν θετική συσχέτιση με το στάδιο αλλαγής, τις διαδικασίες αλλαγής, την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και το ισοζύγιο απόφασης στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις follow-up μετρήσεις, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

4) Η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης από τους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης θα έχει θετική συσχέτιση με το ποσοστό των μητέρων με κατάθλιψη που ανιχνεύονται και παραπέμπονται σε ειδικό ψυχικής υγείας και θα είναι υψηλότερο από την ομάδα ελέγχου στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις follow-up μετρήσεις.

3.4.2 Ερευνητικό Σχέδιο.

Για την αξιολόγηση της παρέμβασης, χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό σχέδιο της τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης μελέτης (randomized controlled trial-RCT). Επιλέχθηκε τυχαία ένα δείγμα ιδιωτών παιδιατρών από το σύνολο της ελληνικής επικράτειας, οι οποίοι μετά την πριν την παρέμβαση μέτρηση (baseline measurement) χωρίστηκαν με τυχαίο τρόπο στην ομάδα παρέμβασης και ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε την παρέμβαση που περιγράφεται στο κεφάλαιο Β.2 της παρούσας διδακτορική διατριβής, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε κάποια παρέμβαση, ωστόσο είχε τη δυνατότητα να εκπαιδευτεί στο πρόγραμμα μετά την ολοκλήρωση της έρευνας (wait-list control group). Και οι δύο ομάδες αξιολογήθηκαν στο ίδιο χρονικό διάστημα (baseline, post & follow-up μετρήσεις). Η αναλυτική περιγραφή της δειγματοληψίας περιγράφεται στο κεφ. Γ.4.

Οι παιδίατροι δε γνώριζαν σε ποια συνθήκη του ερευνητικού προγράμματος ανήκουν (τυφλή μελέτη), ούτε και η ερευνήτρια γνώριζε ποιος εκχωρήθηκε σε ποια ομάδα. Η εκχώρηση στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου έγινε με τη χρήση του ηλεκτρονικού προγράμματος <https://www.randomizer.org/>, το οποίο παράγει τυχαίους αριθμούς, εκχωρώντας τα υποκείμενα στις αντίστοιχες ομάδες.

Ωστόσο, η ερευνήτρια χρειάστηκε να αλληλεπιδράσει με τους παιδίατρους που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος, με αποτέλεσμα να μάθει το όνομα κάποιων από αυτούς, γεγονός που πιθανά να επέδρασε στην απόδοσή τους (ενδεχόμενο Hawthorne effect) [241]. Ωστόσο, οι μετρήσεις της αξιολόγησης έγιναν online, με τη χρήση κωδικού και η ερευνήτρια δεν είχε τη δυνατότητα να ταυτοποιήσει τον κωδικό με το πρόσωπο στο οποίο αντιστοιχεί, ακόμα και αν ήξερε κάποια ονόματα συμμετεχόντων και στοιχεία επικοινωνίας.

Τόσο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ, όσο και οι μητέρες που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα, έδωσαν γραπτή ενήμερη συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Τα άτομα ενημερώθηκαν ότι τα αποτελέσματα είναι εμπιστευτικά και ανώνυμα, η διαδικασία είναι εθελοντική και μπορούν να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούν από τη μελέτη και χωρίς να εξηγήσουν τους λόγους. Οι συμμετέχοντες στην ποιοτική έρευνα, εκτός γραπτή, έδωσαν και προφορική συγκατάθεση, η οποία έχει ηχογραφηθεί στην αρχή κάθε συνέντευξης.

Η ίδια ακριβώς διαδικασία ακολουθήθηκε και για την ποσοτική έρευνα. Τόσο οι παιδίατροι όσο και οι μητέρες, έδωσαν ενήμερη γραπτή συγκατάθεση αφού ενημερώθηκαν για ότι τα αποτελέσματα είναι εμπιστευτικά και ανώνυμα, η διαδικασία είναι εθελοντική και μπορούν να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούν από τη μελέτη και χωρίς να εξηγήσουν τους λόγους. Η έρευνα συμμορφώνεται με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι [242].

3.4.3 Μέσα Συλλογής Δεδομένων.

Για την αξιολόγηση της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά εργαλεία:

ι) Ερωτηματολόγιο Έρευνας για παιδιάτρους, το οποίο αποτελούνταν από: α) Κλίμακα δημογραφικών στοιχείων με πέντε (5) ερωτήσεις (π.χ. φύλο, ηλικία, έτη εμπειρίας), β) Το Γενικό Μέρος που περιείχε έξι (6) ερωτήσεις για την κατάθλιψη στις μητέρες και γ) τις Κλίμακες αξιολόγησης του Σταδίου Αλλαγής που βρίσκεται το άτομο, των διαδικασιών αλλαγής, την αυτό-αποτελεσματικότητα και το ισοζύγιο απόφασης. Το ερωτηματολόγιο του σταδίου αλλαγής περιλάμβανε δύο (2) ερωτήσεις, το ερωτηματολόγιο των διαδικασιών αλλαγής είκοσι (20) ερωτήσεις, η κλίμακα της αυτοεποτελεσματικότητας επίσης είκοσι (20) ερωτήσεις και το ισοζύγιο απόφασης (short version) έξι (6) ερωτήσεις.

Οι ερωτήσεις του Γενικού Μέρους για την κατάθλιψη στις μητέρες, ανήκουν στο ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη στις μητέρες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας (American Academy of Pediatrics-AAP). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο περιοδικής έρευνας της AAP στους παιδιάτρους-μέλη της εταιρείας και είναι ανοιχτό στο διαδίκτυο [243]. Οι ερωτήσεις που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα από το ερωτηματολόγιο της AAP, αφορούσαν τις απόψεις των παιδιάτρων για:

1) τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή τους (για ενήλικες και παιδιά). Οι παιδίατροι έπρεπε να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας τους σε μια τριβάθμη κλίμακα Likert με απαντήσεις που κυμαίνονται από το «Πολύ διαθέσιμες» έως το «Καθόλου διαθέσιμες», ενώ υπήρχε και η επιλογή απάντησης «Δε γνωρίζω».

2) το κατά πόσο θα πρέπει οι παιδίατροι να είναι υπεύθυνοι για τον εντοπισμό, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την παραπομπή για θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας που εμφανίζονται στη μητέρα. Για κάθε πρόβλημα/κατάσταση, οι παιδίατροι έπρεπε να απαντήσουν σε μια κλίμακα Likert η οποία περιείχε απαντήσεις από το 1-3 με το 1 να σημαίνει «Διαφωνώ», το 2 «Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ» και το 3 «Συμφωνώ».

Ερωτήσεις που διερευνούσαν το κατά πόσο ο παιδίατρος είχε ποτέ αναγνωρίσει συμπτώματα κατάθλιψης σε μητέρες των ασθενών που παρακολουθούσε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης επίσκεψης (με απάντηση «Ναι»/«Όχι»), καθώς και τον τρόπο που χρησιμοποίησε για τον εντοπισμό των συμπτωμάτων. Ο παιδίατρος έπρεπε να σημειώσει για κάθε έναν από τους τρόπους που αναφέρονταν στο ερωτηματολόγιο (π.χ. παρατήρηση, λήψη οικογενειακού ιστορικού, ερωτήσεις για συμπτώματα, εργαλείο ανίχνευσης) τη συχνότητα χρήσης σε μια κλίμακα από το 1-3 με το 1 να αντιστοιχεί στο «Συνήθως», το 2 στο «Μερικές φορές» και το 3 στο «Ποτέ».

Ερωτήσεις που διερευνούσαν αν ο παιδίατρος παρέπεμψε ποτέ, κάποια μητέρα από εκείνες που είχε εντοπίσει να πάσχουν από κατάθλιψη, σε ειδικό ψυχικής υγείας (με απάντηση «Ναι», «Όχι») και αν ναι, περίπου πόσες μητέρες παρέπεμψε κατά το προηγούμενο έτος. Τέλος, ζητήθηκε από τους παιδίατρους που είχαν εντοπίσει κατά το παρελθόν μητέρες να πάσχουν από κατάθλιψη, να σημειώσουν πόσο συχνά τις παρέπεμπαν σε ειδικό ψυχικής υγείας, ιατρό της ΠΦΥ που παρακολουθούσε τη μητέρα ή «Άλλο» (το οποίο έπρεπε να προσδιορίσουν»). Οι απαντήσεις δίνονταν σε μια κλίμακα Likert από το 1-3, με το 1 να αντιστοιχεί σε «Συνήθως», το 2 σε «Μερικές Φορές» και το 3 στο «Ποτέ».

Για την αξιολόγηση του αντίκτυπου της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες του σταδίου αλλαγής, των διαδικασιών αλλαγής, της

αυτοαποτελεσματικότητα και του ισοζυγίου απόφασης. Στην πρωτότυπη μορφή τους, οι κλίμακες είναι προσβάσιμες ελεύθερα στην ιστοσελίδα που έχει η ερευνητική ομάδα που τις ανέπτυξε στο διαδίκτυο [244], και ενθαρρύνεται η χρήση τους σε διαφορετικό πλαίσιο, για κάθε συμπεριφορά αλλαγής στην οποία έχει εφαρμογή το Διαθεωρητικό Μοντέλο. Εν προκειμένω, οι κλίμακες σταδίου αλλαγής, των διαδικασιών αλλαγής, αυτό-αποτελεσματικότητα και ισοζυγίου απόφασης, τροποποιήθηκαν ώστε να ταιριάζουν με το θέμα και το πλαίσιο της παρούσας παρέμβασης. Για το σκορ των κλιμάκων, χρησιμοποιήθηκε ο τρόπος υπολογισμού που ισχύει για τις πρωτότυπες της διακοπής καπνίσματος. Η ανάπτυξη των ερωτήσεων στις αντίστοιχες κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, έγινε με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας και τα δομικά στοιχεία και τις μεταβλητές τους Διαθεωρητικού Μοντέλου [234, 236].

Συγκεκριμένα, στην αρχή αναπτύχθηκε ένα σύνολο ερωτήσεων για κάθε κλίμακα, οι οποίες ήταν διπλάσιες από τις απαιτούμενες (π.χ. αν στο ερωτηματολόγιο που προέβλεπε 20 ερωτήσεις, αναπτύχθηκαν 40) [245]. Με τη βοήθεια των συνεργατών από το Habits Lab, του University System of Maryland, οι ερωτήσεις μειώθηκαν, ώστε να αναπτυχθεί η αρχική μορφή κάθε κλίμακας. Στη συνέχεια, οι κλίμακες δόθηκαν σε δέκα επαγγελματίες της ΠΦΥ που εργάζονται σε παιδιατρικά ιατρεία (παιδιάτρους, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας) οι οποίοι δε συμμετείχαν στην έρευνα, ώστε να παράσχουν ανατροφοδότηση. Οι συστάσεις των επαγγελματιών υγείας αφορούσαν κυρίως τον τρόπο διατύπωσης κάποιων από τις ερωτήσεις και υιοθετήθηκαν πλήρως από την ερευνήτρια. Η τελική μορφή των ερωτηματολογίων είχε ενσωματωμένες τις παρατηρήσεις των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ και βρίσκονται στο Παράρτημα.

Στην αρχή του ερωτηματολογίου που αξιολογεί τα στάδια αλλαγής υπήρχε ο εξής ορισμός για τις «πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης σε μητέρες παιδιών 0-5 ετών»: « με τον όρο «πρακτικές διαχείρισης, εννοούμε τη διαδικασία κατά την οποία ο παιδίατρος: i) ανιχνεύει την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη μητέρα με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου, ii) συζητά μαζί της τα αποτελέσματα, iii) την παραπέμπει σε ειδικό ψυχικής υγείας, εφόσον τα αποτελέσματα του τεστ δείξουν ότι χρειαστεί, iv) παρακολουθεί την πορεία της και διασφαλίζει ότι όντως έλαβε την απαιτούμενη βοήθεια». Με βάση αυτόν τον ορισμό, οι παιδίατροι έπρεπε να απαντήσουν αν εφαρμόζουν στην τρέχουσα φάση πρακτικές διαχείρισης (ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση) της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών τους, επιλέγοντας μια από τις διαθέσιμες απαντήσεις: α) Όχι, β) Ναι, το κάνω εδώ και έξι μήνες, γ) Ναι, το κάνω πάνω από έξι μήνες. Όσοι έδιναν την απάντηση β, ταξινομούνταν στο στάδιο Δράσης, ενώ όσοι απαντούσαν το γ, στο στάδιο της Διατήρησης της Δράσης. Εκείνοι που έδωσαν την απάντηση «Όχι», έπρεπε να απαντήσουν σε μία επιπλέον ερώτηση, σχετικά με το αν σκέφτονται σοβαρά να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών τους, με πιθανές απαντήσεις: α) Ναι, μέσα στον επόμενο μήνα, β) Ναι, μέσα στους επόμενους 6 μήνες, γ) Όχι, δε σκέφτομαι να κάνω κάτι τέτοιο. Εκείνοι που επέλεξαν την απάντηση α, κατηγοριοποιούνταν στο στάδιο της Προετοιμασίας, εκείνοι που επέλεξαν το β, στο Συλλογιστικό στάδιο και όσοι διάλεξαν το γ, στο Προσυλλογιστικό στάδιο.

Το ερωτηματολόγιο της Διαδικασίας Αλλαγής, είχε 20 ερωτήσεις, οι οποίες αντιπροσωπεύουν διάφορες εμπειρίες που μπορεί να έχει ο παιδίατρος σε σχέση με την εφαρμογή της διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες. Ο παιδίατρος έπρεπε να απαντήσει για τη συχνότητα της κατάστασης που περιγράφεται σε κάθε ερώτηση, σε

μια 5βαθμη κλίμακα Likert από το 1-5, με το 1 να αντιστοιχεί στο «Ποτέ» και το 5 στο «Πολύ Συχνά». Οι μισές ερωτήσεις αφορούσαν τις βιωματικές διεργασίες που περνούν οι παιδίατροι για να υιοθετήσουν τη συμπεριφορά εφαρμογής των πρακτικών διαχείρισης και οι άλλες μισές τις συμπεριφορικές διεργασίες που συνδέονται με υστερότερα στάδια του ΔΜ. Κάθε βιωματική διεργασία, βαθμολογούνταν από το σκορ σε ένα ζεύγος ερωτήσεων, ως εξής:

- Αύξηση ενημερότητας: 4,11
- Θεαματική ανακούφιση: 7,18
- Επαναξιολόγηση του περιβάλλοντος: 6,12
- Αυτό-επαναξιολόγηση: 8,15
- Κοινωνική απελευθέρωση: 3,14.

Αντίστοιχα, οι ερωτήσεις που αφορούν τις συμπεριφορικές διεργασίες, αξιολογούνται από το σκορ στα παρακάτω ζεύγη ερωτήσεων:

- Έλεγχος των ενισχύσεων: 5,20
- Δημιουργία ανταγωνιστικών ερεθισμάτων: 1,17
- Αξιοποίηση κοινωνικής υποστήριξης: 10,16
- Αυτό-απελευθέρωση: 2,13
- Έλεγχος ερεθισμάτων: 9,19

Για τον υπολογισμό της μέσης βαθμολογίας του ερωτηματολογίου, προστίθενται τα σκορ σε κάθε ερώτηση και διαιρούνται δια του αριθμού των ερωτήσεων (20). Για το σκορ της υποκλίμακας των βιωματικών διεργασιών, προστίθενται τα σκορ των αντίστοιχων ερωτήσεων που είναι: 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15 και 18 και διαιρούνται δια του αριθμού των ερωτήσεων της υποκλίμακας (10). Αντίστοιχα για τις ερωτήσεις: 1, 2, 5, 9, 10, 13, 16, 17, 19 και 20, που αντιπροσωπεύουν την υποκλίμακα των συμπεριφορικών διεργασιών.

Το ερωτηματολόγιο της αυτό-αποτελεσματικότητας, αξιολογεί την αυτοπεποίθηση που έχει ο παιδίατρος για να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης, σε κάποιες καταστάσεις που αποτελούν εμπόδια. Έτσι, οι είκοσι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στην κλίμακα, αντιπροσωπεύουν είκοσι (20) από τα κυριότερα εμπόδια που έχει ο παιδίατρος στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης. Οι απαντήσεις δίδονται σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert από το 1-5 με το 1 να αντιστοιχεί σε «καθόλου αυτοπεποίθηση» και το 5 σε «πάρα πολλή αυτοπεποίθηση». Η κλίμακα αποτελείται από τρεις υποκλίμακες: α) θετικές καταστάσεις που εμποδίζουν την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης και αντιστοιχούν στις ερωτήσεις 3,5,7,8,18,19, β) αρνητικές καταστάσεις που εμποδίζουν την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης και αντιστοιχούν στις ερωτήσεις 1,4,6,9,10,16 και γ) καθημερινές, συνηθισμένες καταστάσεις που εμποδίζουν την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης και αντιστοιχούν στις ερωτήσεις 11,13,14,15,20. Για τη γενική βαθμολογία της κλίμακας, προστίθενται τα σκορ όλων των ερωτήσεων και διαιρούνται δια του συνολικού αριθμού των ερωτήσεων (20). Για τη βαθμολογία κάθε υποκλίμακας, προστίθεται το σκορ κάθε ερώτησης που αντιστοιχεί σε καθεμιά από αυτές και διαιρείται δια του αριθμού των ερωτήσεων που τις απαρτίζουν.

Για το ερωτηματολόγιο του ισοζυγίου απόφασης, χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου, η οποία αποτελείται από 6 ερωτήσεις, τρεις από τις οποίες αντιστοιχούν στα υπέρ από την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης (1,3,5) και τρεις για τα κατά (2,4,6). Το γενικό σκορ υπολογίζεται προσθέτοντας το σκορ κάθε ερώτησης και διαιρώντας με τον συνολικό αριθμό των ερωτήσεων (6), ενώ το σκορ κάθε υποκλίμακας, προσθέτοντας το σκορ των ερωτήσεων που αντιστοιχούν σε αυτήν και διαιρώντας με τον αριθμό των ερωτήσεων που την απαρτίζουν (3). Για τον υπολογισμό της διαφοράς ανάμεσα σε υπέρ και κατά, αφαιρούμε τα κατά από τα

υπέρ. Αν ο αριθμός είναι θετικός, σημαίνει ότι ο παιδίατρος αναγνωρίζει περισσότερα υπέρ από κατά στην προσπάθεια να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης για την κατάθλιψη στις μητέρες των παιδιών που παρακολουθεί, ενώ αν ο αριθμός είναι αρνητικός, τα κατά υπερτερούν, άρα ο παιδίατρος έχει αυξημένες πιθανότητες να βρίσκεται στα αρχικά στάδια του μοντέλου.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha για κάθε κλίμακα, είναι: α) 0,90 για το Ισοζύγιο απόφασης, β) 0,96 για την αυτο-αποτελεσματικότητα και γ) 0,94 για τις διαδικασίες αλλαγής. Επομένως, τα ερωτηματολόγια φαίνεται ότι έχουν ικανοποιητική αξιοπιστία.

ii) Για την αξιολόγηση της διαδικασίας της παρέμβασης, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο NoMad [246], το οποίο αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις που αντιστοιχούν στα δομικά στοιχεία του μοντέλου NPT (συνοχή, γνωστική συμμετοχή, συλλογική δράση, αντανάκλαστική παρακολούθηση). Οι παιδίατροι μπορούν να απαντήσουν κάθε ερώτηση χρησιμοποιώντας μια από τις δύο κλίμακες Likert, μια 5βαθμη και μια 3βαθμη, ανάλογα με το πόσο θεωρούν ότι τους αφορά, κάθε ερώτηση. Έτσι, αν θεωρούν ότι τους αφορά, απαντούν σε μια κλίμακα από το 1-5 με το ένα να αντιστοιχεί το συμφωνώ πολύ και το 5 στο διαφωνώ πολύ, ενώ αν θεωρούν ότι η ερώτηση δεν τους αφορά, επιλέγουν μια από τις απαντήσεις «άσχετο με τον ρόλο μου», «άσχετο σε αυτή τη φάση», «άσχετο με την παρέμβαση». Οι ερωτήσεις του τμήματος Γ1 αξιολογούν το δομικό στοιχείο της συνοχής και αποτελούνται από τις μεταβλητές: διαφοροποίηση (differentiation), κοινός προσδιορισμός (communal specification), ατομικός προσδιορισμός (individual specification) και εσωτερίκευση (internalization). Οι ερωτήσεις του τμήματος Γ2 αξιολογούν το δομικό στοιχείο της γνωστικής συμμετοχής και αποτελούνται από τις μεταβλητές: εισαγωγή (initiation), νομιμοποίηση (legitimation), συμμετοχή/εγγραφή (enrolment), δραστηριοποίηση

(activation). Οι ερωτήσεις του τμήματος Γ3 αξιολογούν τη συλλογική δράση και περιλαμβάνουν τις μεταβλητές: συμμετοχική επεξεργασία (Interactional workability), Σχεσιακή ενσωμάτωση (Relational integration), δεξιότητες επεξεργασίας (Skill set workability), ενσωμάτωση στο πλαίσιο (Contextual Integration), και οι ερωτήσεις του τμήματος Γ4 αξιολογούν την αντανακλαστική παρακολούθηση και αποτελούνται από τις μεταβλητές: συστηματοποίηση (Systemisation), κοινή αξιολόγηση (Communal appraisal), ατομική αξιολόγηση (Individual appraisal), αναπροσαρμογή (Reconfiguration).

Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των μητέρων, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε: α) μια μικρή κλίμακα με πέντε (5) ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων και τρεις ερωτήσεις για το που απευθύνθηκε η μητέρα για να λάβει βοήθεια (που έγινε δηλ. η παραπομπή), τι είδους βοήθεια έλαβε (φάρμακα, ψυχοθεραπεία, και τα δύο) καθώς και πόσο ικανοποιημένη ήταν από αυτήν, β) το ερωτηματολόγιο PHQ-9 [178] για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και γ) το ερωτηματολόγιο SF-12 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 [178] περιέχει εννέα ερωτήσεις για την καταθλιπτική συμπτωματολογία οι οποίες βαθμολογούνται σε μια 4βαθμη κλίμακα Likert που παίρνει τιμές από το 0 (καθόλου) έως το 3 (σχεδόν κάθε μέρα), ενώ στο τέλος υπάρχει και μια ερώτηση για την υποκείμενη δυσκολία που προκαλούν τα συμπτώματα στο άτομο. Σκορ από 0-4 υποδηλώνει ελαφριά κατάθλιψη, από 5-9 ήπια, από 10-14 μέτρια κατάθλιψη, από 15-19 σχετικά σοβαρή κατάθλιψη και από 20-27 σοβαρή κατάθλιψη. Για την αρχική ανίχνευση των μητέρων με κατάθλιψη, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο PHQ-2 [177], το οποίο έχει αυξημένη ευαισθησία, αλλά μέτρια ειδικότητα, διότι μας ενδιέφερε να εντοπιστούν όλες οι μητέρες που

είχαν συμπτωματολογία. Για την παραπομπή όμως, οι παιδίατροι είχαν την οδηγία να χρησιμοποιήσουν και το PHQ-9, που έχει και βελτιωμένη ειδικότητα, διότι μας ενδιαφέρει να διαχωρίσουμε τις μητέρες που έχουν σοβαρότερη κατάθλιψη ή μέτρια κατάθλιψη με σοβαρή επίπτωση στη λειτουργικότητα και επομένως, χρειάζονται παραπομπή και επιπλέον βοήθεια, από εκείνες που δε χρειάζονται [247].

Τέλος, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής της μητέρας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-12 [248], το οποίο αποτελείται από δώδεκα στοιχεία που αντιστοιχούν σε οκτώ τομείς: α) φυσική λειτουργικότητα, β) ψυχικός ρόλος, γ) σωματικός πόνος, δ) γενική υγεία, ε) ζωτικότητα, στ) κοινωνική λειτουργικότητα, ζ) συναισθηματικός ρόλος και η) ψυχική υγεία. Αυτοί οι τομείς συνιστούν δύο υποκλίμακες: α) φυσική δραστηριότητα, β) ψυχική δραστηριότητα, το σκορ των οποίων περιγράφει την κατάσταση της ποιότητας ζωής του ατόμου που συνδέεται με την υγεία.

3.4.4 Δειγματοληψία

Ο καθορισμός του πληθυσμού της έρευνας, έγινε με βάση τα αρχεία των κατά τόπους Ιατρικών Συλλόγων της χώρας. Για να μπορέσει ένας παιδίατρος να ασκεί ιδιωτικά την ιατρική, είναι απαραίτητο να έχει την ειδική άδεια (η οποία μάλιστα τοποθετείται σε εμφανές σημείο στο ιατρείο) νόμιμου ιατρού. Η άδεια αυτή, δίδεται από τους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους, οι οποίοι μάλιστα τηρούν και αρχείο των ιδιωτών παιδίατρων, το οποίο (όπως πληροφορήθηκε η ερευνήτρια σε σχετική τηλεφωνική επικοινωνία που είχε με τους 60 ιατρικούς συλλόγους της χώρας) είναι ενημερωμένο και αναρτημένο στο διαδίκτυο και μάλιστα, ανά ειδικότητα ώστε να διευκολύνονται και οι ασθενείς όταν αναζητούν ειδικό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι ήταν η μόνη πηγή που θα μπορούσε να παρέχει αξιόπιστη πληροφόρηση για τον αριθμό των ιδιωτών παιδίατρων σε κάθε περιοχή. Ο «Άτλας Υγείας» (Υγειονομικός Χάρτης) περιλαμβάνει μόνο τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής παιδιατρικής φροντίδας, ενώ η ηλεκτρονική βάση του ΕΟΠΥΥ, μόνο τους συμβεβλημένους παιδίατρους, οι οποίοι ήσαν ελάχιστοι (για την ακρίβεια το 2014-2015 ήταν λιγότεροι από είκοσι σε όλη τη χώρα) για αυτό και δε συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα. Οι ρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν ήδη από το 2011 λόγω των δημοσιονομικών μέτρων που υιοθέτησε η χώρα, είχαν ως αποτέλεσμα να μην συμβάλλονται πολλές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας με τον ΕΟΠΥΥ-μια από αυτές τις κατηγορίες, ήταν και οι παιδίατροι.

Με βάση αυτά τα αρχεία, καταρτίστηκε ένας κατάλογος που περιείχε το σύνολο των ιδιωτών παιδίατρων της χώρας. Ο αριθμός αυτός ήταν 3001 παιδίατροι. Από αυτούς, επιλέχθηκε τυχαία ένα δείγμα 20%, δηλαδή 600 παιδίατροι. Λόγω του ότι οι περισσότεροι παιδίατροι εργάζονται σε αστικές περιοχές, η ερευνήτρια θεώρησε σκόπιμο, να χωρίσει το δείγμα σε συστάδες (clusters), χρησιμοποιώντας την

κατηγοριοποίηση των υγειονομικών περιφερειών. Αυτό κρίθηκε προτιμότερο, ώστε να είναι ευκολότερο να οριοθετηθούν και οι δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που ήταν διαθέσιμες για την παραπομπή των μητέρων με κατάθλιψη από τους παιδιάτρους. Κατά κάποιο τρόπο δηλαδή, οι παιδίατροι στο πλαίσιο του προγράμματος θεωρήθηκαν ως παράμετρος του συστήματος υγείας, ανεξάρτητα με το αν χρηματοδοτούνται από αυτό ή όχι (άλλωστε, ο μεγάλος όγκος των πρωτοβάθμιων παιδιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας, ανήκει στους ιδιώτες παιδιάτρους). Οι Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) δεν περιλαμβάνουν τις ίδιες υπηρεσίες με εκείνες που περιλαμβάνει π.χ. ένας δήμος ή ένας νομός και με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να διευκολυνθεί σημαντικά η πληροφόρηση για την παραπομπή, ώστε οι παιδίατροι να έχουν στη διάθεσή τους, όσο τον δυνατό περισσότερες εναλλακτικές. Κάθε παιδίατρος, έλαβε τυχαία έναν αύξοντα αριθμό. Με αυτόν τον τρόπο καταρτίστηκαν λίστες ανά ΥΠΕ που περιείχαν και τα στοιχεία επικοινωνίας των παιδιάτρων (αριθμός τηλεφώνου & email).

Οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την ΥΠΕ στην οποία ανήκε η περιοχή ευθύνης τους. Έτσι προέκυψαν οι ακόλουθοι αριθμοί παιδιάτρων ανά ΥΠΕ (cluster):

- 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής: 1362 παιδίατροι - 45% του συνολικού αριθμού παιδιάτρων στην επικράτεια,
- 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου: 206 παιδίατροι - 7% του συνολικού αριθμού παιδιάτρων στην επικράτεια,
- 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας: 448 παιδίατροι - 15%
- 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης: 152 παιδίατροι - 5%

- 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας: 259 παιδίατροι - 9%
- 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας: 418 παιδίατροι - 14%
- 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης: 156 παιδίατροι - 5%

Σύνολο ιδιωτών παιδιάτρων στην επικράτεια: 3001.

Το ποσοστό των παιδιάτρων που επιλέχθηκε από κάθε ΥΠΕ για το δείγμα της παρούσας έρευνας, ισοδυναμούσε με το ποσοστό της συμμετοχής τους στον συνολικό πληθυσμό ιδιωτών παιδιάτρων της χώρας. Έτσι, με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού προγράμματος www.organizer.org (που βασίζεται στη λογική του πίνακα τυχαίων αριθμών) επιλέχθηκε αρχικά για να συμμετέχει στην έρευνα, το 20% των 3001 παιδιάτρων (συνολικός αριθμός ιδιωτών παιδιάτρων της χώρας), δηλαδή 600 παιδίατροι, ως εξής:

1^η ΥΠΕ: 45% - 270

2^η ΥΠΕ: 7% - 42

3^η ΥΠΕ: 15% - 90

4^η ΥΠΕ: 5% - 30

5^η ΥΠΕ: 9% - 54

6^η ΥΠΕ: 14% - 84

7^η ΥΠΕ: 5% - 30

Για να συμμετέχει στην έρευνα, ένας παιδίατρος θα έπρεπε να πληροί τα ακόλουθα κριτήρια: α) να εργάζεται σε ιδιωτικό παιδιατρικό ιατρείο στο οποίο να

υπάρχει τουλάχιστον ένα ακόμη άτομο ως προσωπικό (βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτρια υγείας, γραμματέας), β) να κατανοεί επαρκώς τα ελληνικά, γ) να έχει ηλεκτρονικό υπολογιστή και ενεργή σύνδεση Internet και γ) να έχει εξοικείωση με τη χρήση internet. Η ερευνήτρια επικοινωνήσε μέσω email και τηλεφωνικών επαφών, με όλους τους παιδίατρους που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα. Από τους 600 παιδίατρους που επιλέχθηκαν αρχικά να συμμετάσχουν, πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας οι 428 (οι περισσότεροι από όσους δε συμπεριλήφθηκαν δεν είχαν άλλο άτομο που να εργάζεται στο ιατρείο ή δεν ήταν αρκετά εξοικειωμένοι με τη χρήση internet) και συγκεκριμένα:

1^η ΥΠΕ: 213

2^η ΥΠΕ: 26

3^η ΥΠΕ: 68

4^η ΥΠΕ: 14

5^η ΥΠΕ: 21

6^η ΥΠΕ: 67

7^η ΥΠΕ: 19

Από αυτούς, δέχτηκαν να συμμετάσχουν οι 377 (ο βασικότερος λόγος άρνησης συμμετοχής στην έρευνα, ήταν η έλλειψη χρόνου):

1^η ΥΠΕ: 198

2^η ΥΠΕ: 18

3^η ΥΠΕ: 55

4^η ΥΠΕ: 12

5^η ΥΠΕ: 19

6^η ΥΠΕ: 61

7^η ΥΠΕ: 14.

Οι παιδίατροι εκχωρήθηκαν με τη χρήση του πίνακα τυχαίων αριθμών στην ομάδα παρέμβασης και ελέγχου, ώστε να υπάρχουν από κάθε ΥΠΕ παιδίατροι και στις δύο ομάδες. Δεδομένου ότι, οι παιδίατροι εργάζονται στο πλαίσιο ιδιωτικού ιατρείου και δεν έρχονται σε συχνή επαφή με άλλους συναδέλφους τους, ο κίνδυνος «μόλυνσης» (contamination) ανάμεσα στις δύο ομάδες, θεωρήθηκε χαμηλός, δεδομένου ότι καμία ομάδα δε γνώριζε σε ποια πειραματική συνθήκη ανήκει.

Οι ομάδες ανά ΥΠΕ, διαμορφώθηκαν ως εξής:

1^η ΥΠΕ: 198 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, 102 εκχωρήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 96 στην ελέγχου.

2^η ΥΠΕ: 18 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, 10 εκχωρήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 8 στην ελέγχου.

3^η ΥΠΕ: 55 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, 28 εκχωρήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 27 στην ελέγχου.

4^η ΥΠΕ: 12 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, 7 εκχωρήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 5 στην ελέγχου.

5^η ΥΠΕ: 19 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, 10 εκχωρήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 9 στην ελέγχου.

6^η ΥΠΕ: 61 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, 34 εκχωρήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 27 στην ελέγχου.

7^η ΥΠΕ: 14 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, 7 εκχωρήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 7 στην ελέγχου.

Στους 377 παιδίατρους που αποτέλεσαν και το δείγμα για την παρούσα έρευνα, χορηγήθηκαν οι κλίμακες που περιγράφονται στην ενότητα Γ.3 για την πριν από την

παρέμβαση μέτρηση και συγκεκριμένα: α) Κλίμακα δημογραφικών στοιχείων, β) Γενικό Μέρος ερωτήσεων για την κατάθλιψη στις μητέρες και γ) Κλίμακες αξιολόγησης του Σταδίου Αλλαγής που βρίσκεται το άτομο, δ) Κλίμακα των Διαδικασιών Αλλαγής, ε) Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας και στ) Κλίμακα Ισοζυγίου Απόφασης.

Μετά την πριν από την παρέμβαση μέτρηση, οι 377 παιδίατροι εκχωρηθήκαν με τυχαίο τρόπο, (χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα www.randomizer.org) στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου, ως εξής: 197 παιδίατροι στην ομάδα παρέμβασης και 180 παιδίατροι στην ομάδα ελέγχου.

Τόσο οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης όσο και της ομάδας ελέγχου, δε γνώριζαν σε ποια ομάδα ανήκουν. Στους παιδίατρους της ομάδας παρέμβασης χορηγήθηκε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ενώ οι παιδίατροι της ομάδας ελέγχου δεν έλαβαν τίποτα, αλλά είχαν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν στη εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες, αμέσως μετά το τέλος του ερευνητικού προγράμματος (μετά και από τη συλλογή δεδομένων της τελευταίας follow-up μέτρησης).

3.4.5 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.

Για την αξιολόγηση της παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες μετρήσεις:

Παιδιάτροι:

α) Πριν από την παρέμβαση μέτρηση (baseline).

Εργαλεία:

α) Κλίμακα δημογραφικών στοιχείων, β) Γενικό Μέρος ερωτήσεων για την κατάθλιψη στις μητέρες και γ) Κλίμακες αξιολόγησης του Σταδίου Αλλαγής που βρίσκεται το άτομο, δ) Κλίμακα των Διαδικασιών Αλλαγής, ε) Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας και στ) Κλίμακα Ισοζυγίου Απόφασης.

β) Μετά την παρέμβαση μέτρηση.

Εργαλεία:

α) Κλίμακα δημογραφικών στοιχείων, β) Γενικό Μέρος ερωτήσεων για την κατάθλιψη στις μητέρες και γ) Κλίμακες αξιολόγησης του Σταδίου Αλλαγής που βρίσκεται το άτομο, δ) Κλίμακα των Διαδικασιών Αλλαγής, ε) Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας και στ) Κλίμακα Ισοζυγίου Απόφασης, ζ) εργαλείο NoMad (για την αξιολόγηση της διαδικασίας της παρέμβασης. Το εργαλείο NoMad αξιολογεί τα δομικά στοιχεία του NPT που αποτέλεσε παράλληλα θεωρία της δράσης για το Μοντέλο Παρέμβασης.

γ) Follow-up μέτρηση 6 μήνες μετά την παρέμβαση.

Εργαλεία:

α) Κλίμακα δημογραφικών στοιχείων, β) Γενικό Μέρος ερωτήσεων για την κατάθλιψη στις μητέρες και γ) Κλίμακες αξιολόγησης του Σταδίου Αλλαγής που βρίσκεται το άτομο, δ) Κλίμακα των Διαδικασιών Αλλαγής, ε) Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας και στ) Κλίμακα Ισοζυγίου Απόφασης, ζ) εργαλείο NoMad.

δ) Follow-up μέτρηση 12 μήνες μετά την παρέμβαση.

Εργαλεία:

α) Κλίμακα δημογραφικών στοιχείων, β) Γενικό Μέρος ερωτήσεων για την κατάθλιψη στις μητέρες και γ) Κλίμακες αξιολόγησης του Σταδίου Αλλαγής που βρίσκεται το άτομο, δ) Κλίμακα των Διαδικασιών Αλλαγής, ε) Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας και στ) Κλίμακα Ισοζυγίου Απόφασης, ζ) εργαλείο NoMad.

Τα δεδομένα των παιδιάτρων συνελέγησαν ηλεκτρονικά, μέσω ειδικού προγράμματος (surveymonkey). Οι παιδίατροι ενημερώνονταν μέσω email (και υπενθυμίσεις) ώστε να συμπληρώσουν σε κάθε χρονική περίοδο τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. Το email περιείχε έναν σύνδεσμο, πατώντας πάνω στον οποίο, γινόταν η μετάβαση στο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο και καταχωρούνταν αυτόματα τα δεδομένα. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συμπληρωνόταν με χρήση μοναδικού κωδικού ο οποίος αντιστοιχούσε σε κάθε παιδίατρο για όλες τις φάσεις της έρευνας.

Εκτός από τους παιδιάτρους, αξιολογήθηκαν και τα αποτελέσματα στην υγεία των μητέρων. Για το σκοπό αυτό, χορηγήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία: α) Κλίμακα Δημογραφικών Στοιχείων, β) PHQ-9 , γ) SF-12 στις ακόλουθες μετρήσεις:

α) Μέτρηση αναφοράς (Baseline μέτρηση) πριν την παραπομπή

β) Μέτρηση follow-up 6 μήνες μετά την παραπομπή

γ) Μέτρηση follow-up 12 μήνες μετά την παραπομπή.

Με βάση τις οδηγίες που δόθηκαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, το βοηθητικό προσωπικό των ιατρείων που εργάζονταν με τους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης, είχε την ευθύνη να καταχωρεί σε αρχείο excel: α) τον αριθμό των

μητέρων στις οποίες χορηγήθηκε το εργαλείο ανίχνευσης, β) τον αριθμό εκείνων που έλαβαν παραπομπή, είτε επειδή είχαν σοβαρή κατάθλιψη, είτε επειδή είχαν μέτρια κατάθλιψη με σημαντική επίπτωση στη λειτουργικότητα τους τον αριθμό των γυναικών στις οποίες χορηγούσαν το εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης, και τον αριθμό των γυναικών τις οποίες παρέπεμπαν.

Ο παιδίατρος ενημέρωνε κάθε μητέρα που παρέπεμπε σε ειδικό ψυχικής υγείας, ότι υπήρχε σε εξέλιξη μια έρευνα για την κατάθλιψη και αν ήθελε θα μπορούσε να συμμετάσχει απαντώντας σε κάποιες ερωτήσεις. Ενημέρωνε επίσης τη μητέρα για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των αποτελεσμάτων και για το ότι θα μπορούσε να αποχωρήσει από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή και χωρίς να εξηγήσει τους λόγους. Αν η μητέρα υπέγραφε το έντυπο συγκατάθεσης και έδινε τα στοιχεία επικοινωνίας στον παιδίατρο, η βοηθός του παιδιάτρου τα προωθούσε στην ερευνήτρια και η τελευταία επικοινωνούσε με τη μητέρα και αφού την ενημέρωνε και πάλι για τα ζητήματα δεοντολογίας και λάμβανε προφορική συγκατάθεση, προχωρούσε σε σύντομη τηλεφωνική συνέντευξη διάρκειας περίπου 15-20 λεπτών, για τη συμπλήρωση των εργαλείων που αναφέρθηκαν νωρίτερα. Αυτή η διαδικασία επαναλήφθηκε μετά από 6 και 12 μήνες, προκειμένου να συλλεγούν τα δεδομένα για τις follow-up μετρήσεις.

Στην μετά την παρέμβαση μέτρηση, οι μητέρες στις οποίες χορηγήθηκε εργαλείο ανίχνευσης για τα συμπτώματα κατάθλιψης από τους παιδιάτρους που βρισκόταν στο στάδιο της δράσης ήταν συνολικά 1133. Από αυτές, βρέθηκαν να έχουν μέτρια σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη οι 141. Από αυτές, επιλέχθηκε τυχαία ποσοστό 20% που αντιστοιχεί σε 28 μητέρες, από τις οποίες δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι 26.

Στην πρώτη μέτρηση παρακολούθησης (follow-up), έξι μήνες μετά την παρέμβαση, οι μητέρες στις οποίες χορηγήθηκε εργαλείο ανίχνευσης για τα συμπτώματα κατάθλιψης από τους παιδιάτρους που βρισκόταν στο στάδιο της δράσης & διατήρησης της δράσης, ήταν συνολικά 3634. Από αυτές, βρέθηκαν να έχουν μέτρια σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη οι 383. Από αυτές, επιλέχθηκε τυχαία ποσοστό 20% που αντιστοιχεί σε 77 μητέρες, από τις οποίες δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι 54.

Στη δεύτερη μέτρηση παρακολούθησης (follow-up), δώδεκα μήνες μετά την παρέμβαση, οι μητέρες στις οποίες χορηγήθηκε εργαλείο ανίχνευσης για τα συμπτώματα κατάθλιψης από τους παιδιάτρους που βρισκόταν στο στάδιο της δράσης και διατήρησης της δράσης, ήταν συνολικά 5227. Από αυτές, βρέθηκαν να έχουν μέτρια σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη οι 578. Από αυτές επιλέχθηκε τυχαία ποσοστό 20% που αντιστοιχεί σε 115 μητέρες, και δέχτηκαν να συμπληρώσουν το συμμετάσχουν στην έρευνα, οι 79.

Συνολικά, από τις 9.994 μητέρες στις οποίες χορηγήθηκε το εργαλείο ανίχνευσης, βρέθηκε να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα κατάθλιψης, ποσοστό 11% (1102 μητέρες). Στις μετρήσεις συμμετείχαν συνολικά 159 μητέρες. Οι 21 με μέτριας σοβαρότητας και οι υπόλοιπες 138 με σοβαρή κατάθλιψη.

3.4.6 Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση των παραγόντων μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το paired t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Wilcoxon signed test. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/\kappa$ (κ = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις μεταβολές στις διαστάσεις της κλίμακας διαδικασίας αλλαγής από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την αλλαγή σταδίου στους 12 μήνες έγινε ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ

Το δείγμα αποτελείται από 377 παιδίατρους με μέση ηλικία τα 49,4 έτη (SD=7,0 έτη). Το 47,7% των παιδίατρων (N=180) αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου και το 52,3% (N=197) την ομάδα παρέμβασης. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P
		Ελέγχου (N=180, 47,7%)		Παρέμβασης (N=197, 52,3%)		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άντρες	80	44,4	89	45,2	0,886 ⁺
	Γυναίκες	100	55,6	108	54,8	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		49,5 (6,7)		48,4 (7,0)		0,120 [‡]
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως ειδικευμένος παιδίατρος; μέση τιμή (SD)		3,5 (1,1)		3,4 (1,2)		0,400 [‡]
Έχετε εκπαιδευτεί σε θέματα ψυχικής υγείας;	Ναι	28	15,6	20	10,2	0,116 ⁺
	Όχι	152	84,4	177	89,8	

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test [‡]Student's t-test

Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων ήταν γυναίκες με τα ποσοστά να είναι 55,6% για την ομάδα ελέγχου και 54,8% για την ομάδα παρέμβασης. Η μέση ηλικία των παιδίατρων της ομάδας ελέγχου ήταν 49,5 έτη (SD=6,7 έτη) και της ομάδας παρέμβασης ήταν 48,4 έτη (SD=7,0 έτη). Επίσης, η μέση διάρκεια προϋπηρεσίας ήταν 3,5 έτη (SD=1,1 έτος) για τα άτομα της ομάδας ελέγχου ενώ για εκείνα της ομάδας παρέμβασης ήταν 3,4 έτη (SD=1,2 έτη). Το ποσοστό των παιδίατρων που είχαν εκπαιδευτεί σε θέματα ψυχικής υγείας ήταν 89,8% για την ομάδα παρέμβασης και 84,4% για την ομάδα ελέγχου. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 7: Απόψεις για τη Διαθεσιμότητα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

		Ομάδα				Ρ ⁺
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
Πόσο διαθέσιμες θα λέγατε ότι είναι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητά σας		N	%	N	%	
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Παιδιά	Πολύ διαθέσιμες	0	0,0	1	0,5	0,231
	Κάπως διαθέσιμες	24	13,3	35	17,8	
	Καθόλου διαθέσιμες	98	54,4	113	57,4	
	Δε γνωρίζω	58	32,2	48	24,4	
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Ενήλικες	Πολύ διαθέσιμες	20	11,1	25	12,7	0,799
	Κάπως διαθέσιμες	54	30,0	62	31,5	
	Καθόλου διαθέσιμες	67	37,2	75	38,1	
	Δε γνωρίζω	39	21,7	35	17,8	

*Pearson's χ^2 test

Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των συμμετεχόντων για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ των δύο ομάδων.

Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία και των δύο ομάδων θεωρούσε ότι δεν ήταν καθόλου διαθέσιμες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και ενηλίκων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για το κατά πόσο οι παιδίατροι είναι υπεύθυνοι για τον εντοπισμό, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και παραπομπή των διαφόρων προβλημάτων/καταστάσεων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 8: Απόψεις για τον Ρόλο των Παιδιάτρων.

Οι παιδιάτροι θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι για:		Ομάδα				P
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Κατάθλιψη της μητέρας.						
Εντοπισμό του προβλήματος/κατάστασης	Διαφωνών	100	55,6	114	57,9	0,898 ⁺
	Ούτε διαφωνών, ούτε συμφωνών	67	37,2	70	35,5	
	Συμφωνών	13	7,2	13	6,6	
Θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος/κατάστασης	Διαφωνών	145	80,6	148	75,1	0,104 ⁺
	Ούτε διαφωνών, ούτε συμφωνών	35	19,4	45	22,8	
	Συμφωνών	0	0,0	4	2,0	
Παραπομπή για το πρόβλημα/κατάσταση	Διαφωνών	108	60,0	112	56,9	0,640 ⁺
	Ούτε διαφωνών, ούτε συμφωνών	60	33,3	67	34,0	
	Συμφωνών	12	6,7	18	9,1	
Προβλήματα φροντίδας που οφείλονται στη σωματική ή ψυχική υγεία της μητέρας.						
Εντοπισμό του προβλήματος/κατάστασης	Διαφωνών	144	80,0	152	77,2	0,354 ⁺
	Ούτε διαφωνών, ούτε συμφωνών	36	20,0	43	21,8	
	Συμφωνών	0	0,0	2	1,0	
Θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος/κατάστασης	Διαφωνών	162	90,0	174	88,3	0,602 ⁺
	Ούτε διαφωνών, ούτε συμφωνών	18	10,0	23	11,7	
	Συμφωνών	0	0,0	0	0,0	
Παραπομπή για το πρόβλημα/κατάσταση	Διαφωνών	143	79,4	151	76,6	0,151 ⁺
	Ούτε διαφωνών, ούτε συμφωνών	37	20,6	42	21,3	
	Συμφωνών	0	0,0	4	2,0	

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test

Δεν διέφεραν σημαντικά οι απόψεις των συμμετεχόντων μεταξύ των ομάδων για το κατά πόσο οι παιδιάτροι είναι υπεύθυνοι για τον εντοπισμό, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και παραπομπή καθεμιάς από τις παραπάνω καταστάσεις.

Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στις πρακτικές αντιμετώπισης της κατάθλιψης των μητέρων από τους παιδιάτρους των δύο ομάδων.

Πίνακας 9: Πρακτικές Διαχείρισης των Παιδιάτρων για την Κατάθλιψη στις Μητέρες

		Ομάδα				P
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης επίσκεψης, έτυχε ποτέ να αναγνωρίσεις, εσύ ο ίδιος, συμπτώματα κατάθλιψης στη μητέρα κάποιου ασθενούς σου;	Ναι	13	7,2	21	10,7	0,282 ⁺
	Όχι	167	92,8	176	89,3	
Αν ναι, περίπου πόσες μητέρες έχεις εντοπίσει να πάσχουν από κατάθλιψη τους τελευταίους 12 μήνες;; μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,0 (1,2)	2 (1 - 2)	2,1 (1,1)	2 (1 - 2)	0,714 [‡]
Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις παρακάτω μεθόδους προκειμένου να ανιχνεύσετε την ύπαρξη κατάθλιψης στις μητέρες;						
Παρατήρηση/γενική εντύπωση.	Συνήθως	13	100,0	89	96,7	1,000 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	0	0,0	3	3,3	
	Ποτέ	0	0,0	0	0,0	
Λήψη οικογενειακού ιστορικού.	Συνήθως	0	0,0	0	0,0	1,000 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	0	0,0	3	3,3	
	Ποτέ	13	100,0	89	96,7	
Ερωτήσεις για συμπτώματα/παράγοντες που συμβάλλουν στο πρόβλημα, ως μέρος της συζήτησης ρουτίνας κατά την ιατρική επίσκεψη του παιδιού.	Συνήθως	0	0,0	1	1,1	1,000 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	4	30,8	32	34,8	
	Ποτέ	9	69,2	59	64,1	
Ερωτήσεις για συμπτώματα, εξαιτίας του ότι ο ασθενής μου εμφανίζει κάποιο πρόβλημα που σχετίζεται με την κατάθλιψη στη μητέρα.	Συνήθως	0	0,0	3	3,3	0,690 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	0	0,0	2	2,2	
	Ποτέ	13	100,0	87	94,6	
Εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης (ειδικό ερωτηματολόγιο).	Συνήθως	0	0,0	2	2,2	0,589 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	0	0,0	5	5,4	
	Ποτέ	13	100,0	85	92,4	
Ερωτήσεις από τη μητέρα για την κατάθλιψη/ζητά να μάθει πληροφορίες για τα συμπτώματα.	Συνήθως	0	0,0	1	1,1	0,235 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	8	61,5	33	35,9	
	Ποτέ	5	38,5	58	63,0	
Έχετε παραπέμψει ποτέ κάποια μητέρα που εντοπίσατε να πάσχει από κατάθλιψη, για διάγνωση ή θεραπευτική αντιμετώπιση;	Ναι	7	53,8	63	68,5	0,351 ⁺⁺
	Όχι	6	46,2	29	31,5	
Αν ναι, Περίπου πόσες μητέρες έχετε παραπέμψει τους τελευταίους 12 μήνες;; μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,3 (0,5)	1 (1 - 2)	1,3 (0,4)	1 (1 - 2)	0,856 [‡]
Πόσο συχνά παραπέμπετε μητέρες με κατάθλιψη σε κάποιον από τους παρακάτω ειδικούς και υπηρεσίες;						
Ειδικός Ψυχικής Υγείας	Συνήθως	3	42,9	42	46,2	1,000 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	4	57,1	49	53,8	
	Ποτέ	0	0,0	0	0,0	
Ιατρός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρακολουθεί τη μητέρα (π.χ., Παθολόγος, Γενικός Ιατρός).	Συνήθως	3	42,9	42	46,2	0,344 ⁺⁺
	Μερικές Φορές	3	42,9	46	50,5	
	Ποτέ	1	14,3	3	3,3	
Άλλο	Συνήθως	0	0,0	0	0,0	-
	Μερικές Φορές	0	0,0	0	0,0	
	Ποτέ	7	100,0	91	100,0	

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test [‡]Mann-Whitney test

Το 10,7% των παιδιάτρων της ομάδας παρέμβασης είχε αναγνωρίσει συμπτώματα κατάθλιψης στη μητέρα κάποιου ασθενούς τους ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους παιδίατρους της ομάδας ελέγχου ήταν 7,2%. Ο αριθμός μητέρων με κατάθλιψη που είχαν εντοπίσει οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης ήταν παρόμοιος με αυτόν της ομάδας ελέγχου. Ακόμα, η συχνότητα με την οποία χρησιμοποιούσαν τις διάφορες μεθόδους για την ανίχνευση της ύπαρξης κατάθλιψης στις μητέρες ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Το ποσοστό παραπομπής κάποιας μητέρας που εντόπισαν ότι πάσχει από κατάθλιψη για διάγνωση ή θεραπευτική αντιμετώπιση ήταν παρόμοιο στις δύο ομάδες (53,8% για την ομάδα ελέγχου και 68,5% για την ομάδα παρέμβασης). Ο αριθμός των μητέρων που είχαν παραπέμψει τους τελευταίους 12 μήνες ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες. Οι παιδίατροι της ομάδας ελέγχου παρέπεμπαν με παρόμοια συχνότητα μητέρες με κατάθλιψη σε Ειδικό Ψυχικής Υγείας και σε ιατρό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με αυτή των παιδιάτρων της ομάδας παρέμβασης.

Στάδιο Αλλαγής

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα στάδια που βρίσκονταν οι συμμετέχοντες στις διάφορες μετρήσεις, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 10: Στάδιο Αλλαγής στις Ομάδες Παρέμβασης και Ελέγχου Πριν και Μετά την Παρέμβαση

	Στάδιο αλλαγής	Ομάδα				P+
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Πριν την παρέμβαση	Προσυλλογιστικό	98	54,4	102	51,8	0,717
	Συλλογιστικό	58	32,2	63	32,0	
	Προετοιμασίας	24	13,3	32	16,2	
	Δράσης	0	0,0	0	0,0	
	Διατήρησης	0	0,0	0	0,0	
Μετά την παρέμβαση	Προσυλλογιστικό	125	69,4	44	22,3	<0,001
	Συλλογιστικό	50	27,8	76	38,6	
	Προετοιμασίας	5	2,8	54	27,4	
	Δράσης	0	0,0	23	11,7	
	Διατήρησης	0	0,0	0	0,0	
6 μήνες	Προσυλλογιστικό	95	56,9	27	14,3	<0,001
	Συλλογιστικό	56	33,5	55	29,1	
	Προετοιμασίας	16	9,6	45	23,8	
	Δράσης	0	0,0	52	27,5	
	Διατήρησης	0	0,0	10	5,3	
12 μήνες	Προσυλλογιστικό	112	62,2	18	9,8	<0,001
	Συλλογιστικό	64	35,6	19	10,3	
	Προετοιμασίας	4	2,2	54	29,3	
	Δράσης	0	0,0	54	29,3	
	Διατήρησης	0	0,0	39	21,2	

⁺Pearson's χ^2 test

Πριν την παρέμβαση, οι παιδίατροι βρίσκονταν σε παρόμοιο στάδιο.

Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία και των δύο ομάδων βρισκόταν στο προσυλλογιστικό στάδιο με τα ποσοστά να είναι 54,4% για την ομάδα ελέγχου και 51,8% για την ομάδα παρέμβασης. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες διέφεραν σημαντικά οι δύο ομάδες ως προς το στάδιο που βρίσκονταν. Πιο αναλυτικά, μετά την παρέμβαση, ενώ το 69,4% των παιδιάτρων της ομάδας ελέγχου βρισκόταν στο προσυλλογιστικό στάδιο, το 38,6% των παιδιάτρων της ομάδας παρέμβασης

βρισκόταν στο συλλογιστικό και το 27,4% στο στάδιο προετοιμασίας. Στους 6 μήνες, το 56,9% των παιδιατρών της ομάδας ελέγχου βρισκόταν στο προσυλλογιστικό στάδιο ενώ το 29,1% των παιδιατρών της ομάδας παρέμβασης βρισκόταν στο συλλογιστικό, το 23,8% στο στάδιο προετοιμασίας και το 27,5% στο στάδιο δράσης. Στους 12 μήνες, το 62,2% των παιδιατρών της ομάδας ελέγχου βρισκόταν στο προσυλλογιστικό στάδιο ενώ το 29,3% των παιδιατρών της ομάδας παρέμβασης βρισκόταν είτε στο στάδιο προετοιμασίας είτε στο στάδιο δράσης και το 21,2% βρισκόταν στο στάδιο διατήρησης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές στα στάδια μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες συγκριτικά με πριν την παρέμβαση, ξεχωριστά σε κάθε ομάδα.

Πίνακας 11: Μεταβολές στο Στάδιο Αλλαγής στις Ομάδες Παρέμβασης και Ελέγχου Πριν και Μετά την Παρέμβαση.

		Ομάδα									
		Ελέγχου					Παρέμβασης				
		Πριν την παρέμβαση					Πριν την παρέμβαση				
	Στάδιο αλλαγής	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Μετά την παρέμβαση	Προσυλλογιστικό ¹	92	23	10	0	0	44	0	0	0	0
	Συλλογιστικό ²	6	34	10	0	0	58	18	0	0	0
	Προετοιμασίας ³	0	1	4	0	0	0	45	9	0	0
	Δράσης ⁴	0	0	0	0	0	0	0	23	0	0
	Διατήρησης ⁵	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 μήνες	Προσυλλογιστικό ¹	60	35	0	0	0	27	0	0	0	0
	Συλλογιστικό ²	27	20	9	0	0	52	3	0	0	0
	Προετοιμασίας ³	3	0	13	0	0	15	30	0	0	0
	Δράσης ⁴	0	0	0	0	0	0	30	22	0	0
	Διατήρησης ⁵	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0
12 μήνες	Προσυλλογιστικό ¹	84	15	13	0	0	18	0	0	0	0
	Συλλογιστικό ²	14	43	7	0	0	19	0	0	0	0
	Προετοιμασίας ³	0	0	4	0	0	52	2	0	0	0
	Δράσης ⁴	0	0	0	0	0	0	54	0	0	0
	Διατήρησης ⁵	0	0	0	0	0	0	7	32	0	0

Σημείωση: Στον πίνακα δίνεται ο αριθμός των συμμετεχόντων

Στην ομάδα ελέγχου, μετά την παρέμβαση μόνο 7/180 παιδίατροι προχώρησαν σε επόμενο στάδιο ενώ 43/180 επέστρεψαν σε προηγούμενο στάδιο. Αντίθετα, στην ομάδα παρέμβασης 126/197 παιδίατροι προχώρησαν σε επόμενο στάδιο ενώ κανείς δεν επέστρεψε σε προηγούμενο. Στους 6 μήνες, 30/ 167 παιδίατροι της ομάδας ελέγχου ανέβηκαν στάδιο σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση και 44/167 κατέβηκαν, ενώ στην ομάδα παρέμβασης 159/189 ανέβηκαν και δεν επέστρεψε κανένας σε προηγούμενο. Στους 12 μήνες, 14/ 180 παιδίατροι της ομάδας ελέγχου ανέβηκαν στάδιο σε σύγκριση με πριν από την παρέμβαση και 35/180 επέστρεψαν σε προηγούμενο, ενώ στην ομάδα παρέμβασης 166/184 προχώρησαν σε επόμενο και κανένας δεν επέστρεψε σε προηγούμενο στάδιο.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που προχώρησαν στάδιο στους 12 μήνες συγκριτικά με πριν την παρέμβαση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 12: Ποσοστά Παιδιάτρων που Άλλαξαν Στάδιο Ανά Ομάδα στους 12 Μήνες Μετά την Παρέμβαση.

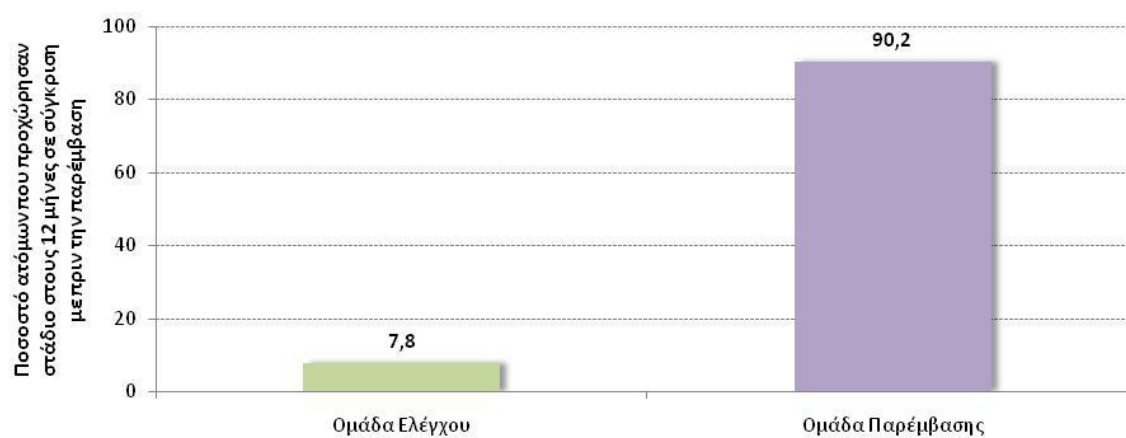
		Ομάδα				P ⁺
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Προχώρησαν στάδιο στους 12 μήνες σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση	Όχι	166	92,2	18	9,8	<0,001
	Ναι	14	7,8	166	90,2	

⁺Pearson's χ^2 test

Το 90,2% των παιδίατρων της ομάδας παρέμβασης προχώρησαν στάδιο στους 12 μήνες σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα ελέγχου ήταν σημαντικά χαμηλότερο και ίσο με 7,8%.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που προχώρησαν στάδιο στους 12 μήνες συγκριτικά με πριν την παρέμβαση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 1: Ποσοστό Μεταβολών Σταδίου στις Δύο Ομάδες Πριν από τη Παρέμβαση και 12 Μήνες μετά.



Ισοζύγιο Απόφασης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των παιδιάτρων στις διαστάσεις του ισοζυγίου απόφασης σε κάθε μέτρηση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές στη διάσταση «Pros endorsed» υποδηλώνουν ότι ενστερνίζονται περισσότερα πλεονεκτήματα, στη διάσταση «Cons endorsed» υποδηλώνουν ότι ενστερνίζονται περισσότερα μειονεκτήματα και στη διάσταση «Difference score» υποδηλώνεται ότι τα πλεονεκτήματα που ενστερνίζονται υπερτερούν των μειονεκτημάτων.

Πίνακας 13: Διαφορές στο Ισοζύγιο Απόφασης Μεταξύ των Δύο Ομάδων Πριν και Μετά την Παρέμβαση

	Πριν την παρέμβαση ^Α	Μετά την παρέμβαση ^Β	6 μήνες ^Γ	12 μήνες ^Δ	Μεταβολή από Α σε Δ					
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P** A vs B	P** B vs Γ	P** Γ vs Δ	P** A vs Δ	P*
Pros endorsed										
Ομάδα Ελέγχου	1,51 (0,38)	1,66 (0,37)	1,71 (0,37)	1,67 (0,32)	0,16 (0,73)	0,072	0,868	1,000	0,090	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,72 (0,75)	2,35 (0,95)	2,94 (1,11)	3,47 (1,2)	1,75 (0,72)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,168	0,002	0,002	<0,001						
Cons endorsed										
Ομάδα Ελέγχου	4,31 (0,45)	4,39 (0,49)	4,44 (0,47)	4,48 (0,42)	0,16 (0,78)	0,403	1,000	1,000	0,081	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	4,3 (0,72)	3,65 (0,94)	3,09 (1,16)	2,52 (1,23)	-1,78 (0,79)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,538	<0,001	<0,001	<0,001						
Difference score										
Ομάδα Ελέγχου	-1,81 (1,22)	-1,73 (0,58)	-1,73 (0,6)	-1,81 (0,54)	0 (1,32)	1,000	1,000	1,000	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	-1,88 (1,45)	-1,3 (1,87)	-0,15 (2,26)	0,95 (2,41)	3,53 (1,47)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,547	<0,001	<0,001	<0,001						

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων **Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων † Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση οι δύο ομάδες ήταν παρόμοιες ως προς τις βαθμολογίες των πλεονεκτημάτων, των μειονεκτημάτων και του Difference score.

Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες, οι παιδίατροι της ομάδας ελέγχου ενστερνίζονταν σημαντικά λιγότερα πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τους παιδίατρους της ομάδας παρέμβασης. Στην ομάδα ελέγχου δεν μεταβλήθηκαν

σημαντικά τα πλεονεκτήματα που ενστερνίζονταν σε όλη τη διάρκεια παρακολούθησης. Αντίθετα, στην ομάδα παρέμβασης αυξάνονταν σημαντικά μεταξύ όλων των διαδοχικών μετρήσεων αλλά και συνολικά από πριν την παρέμβαση μέχρι τους 12 μήνες. Ο βαθμός αύξησης, επίσης, διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων, με την ομάδα παρέμβασης να παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση σε σύγκριση με αυτήν της ομάδας ελέγχου.

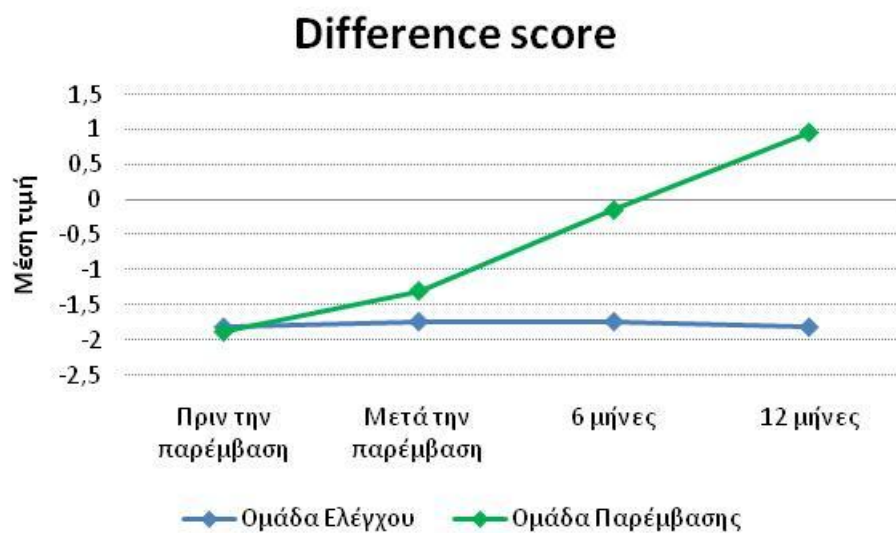
Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες, οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης ενστερνίζονταν σημαντικά λιγότερα μειονεκτήματα σε σύγκριση με τους παιδίατρους της ομάδας ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή των μειονεκτημάτων που ενστερνίζονταν από πριν την παρέμβαση μέχρι τους 12 μήνες. Αντιθέτως, μειώνονταν σημαντικά μεταξύ όλων των διαδοχικών μετρήσεων αλλά και συνολικά από πριν την παρέμβαση μέχρι τους 12 μήνες. Ο βαθμός μεταβολής, επίσης, διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων, με την ομάδα παρέμβασης να παρουσιάζει σημαντική αύξηση και την ομάδα ελέγχου να μην παρουσιάζει σημαντική μεταβολή.

Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες, οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στη διάσταση «Difference score», υποδηλώνοντας ότι τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονταν ήταν λιγότερα από τα πλεονεκτήματα, συγκριτικά με τους παιδίατρους της ομάδας ελέγχου. Μάλιστα, στους 12 μήνες η βαθμολογία των παιδίατρων ήταν θετική υποδηλώνοντας ότι κατέληξαν να ενστερνίζονται περισσότερα πλεονεκτήματα απ' ό,τι μειονεκτήματα ενώ των παιδίατρων παρέμενε σε αρνητικές τιμές. Στην ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές από τη μία μέτρηση στην άλλη, ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική μείωση τόσο μεταξύ των μετρήσεων όσο και συνολικά από πριν την παρέμβαση μέχρι τους 12 μήνες. Ο βαθμός μεταβολής επίσης, διέφερε σημαντικά

μεταξύ των ομάδων, με την ομάδα παρέμβασης να παρουσιάζει σημαντική αύξηση και την ομάδα ελέγχου να μένει σε παρόμοια επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια παρακολούθησης.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του Difference score στη διάρκεια παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 2: Μεταβολές στο Ισοζύγιο Απόφασης στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.



Κλίμακα Διαδικασίας Αλλαγής

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας διαδικασίας αλλαγής σε κάθε μέτρηση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη χρήση της κάθε τεχνικής για να γίνει η αλλαγή.*

Πίνακας 14: Διαφορές στις Διαδικασίες Αλλαγής Μεταξύ των Δυο Ομάδων Πριν και Μετά την Παρέμβαση.

	Πριν την παρέμβαση ^A	Μετά την παρέμβαση ^B	6 μήνες ^Γ	12 μήνες ^Δ	Μεταβολή από A σε Δ					
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P** A vs B	P** B vs Γ	P** Γ vs Δ	P** A vs Δ	P‡
Consciousness Raising										
Ομάδα Ελέγχου	1,75 (0,38)	1,74 (0,38)	1,52 (0,35)	1,49 (0,36)	-0,26 (0,51)	1,000	<0,001	1,000	<0,001	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,8 (0,68)	2,34 (0,89)	2,89 (1,08)	3,44 (1,09)	1,64 (0,75)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,168	<0,001	<0,001	<0,001						
Dramatic Relief										
Ομάδα Ελέγχου	1,81 (0,34)	1,71 (0,38)	1,72 (0,38)	1,74 (0,38)	-0,07 (0,6)	0,235	1,000	1,000	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,91 (0,71)	2,46 (0,87)	2,98 (1,02)	3,46 (1,14)	1,55 (0,78)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,235	<0,001	<0,001	<0,001						
Environmental Re-evaluation										
Ομάδα Ελέγχου	1,71 (0,4)	1,63 (0,36)	1,48 (0,32)	1,69 (0,33)	-0,02 (0,55)	1,000	0,002	0,006	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,79 (0,67)	2,29 (0,91)	2,87 (1,12)	3,41 (1,17)	1,62 (0,82)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,689	<0,001	<0,001	<0,001						
Self Re-evaluation										
Ομάδα Ελέγχου	1,93 (0,56)	1,97 (0,44)	1,98 (0,42)	1,99 (0,42)	0,06 (0,62)	1,000	1,000	1,000	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,78 (0,81)	2,43 (0,91)	2,93 (1,07)	3,42 (1,17)	1,64 (0,73)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,124	<0,001	<0,001	<0,001						
Social Liberation										
Ομάδα Ελέγχου	1,65 (0,54)	1,8 (0,45)	1,52 (0,37)	1,57 (0,35)	-0,08 (0,64)	0,017	<0,001	0,950	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,75 (0,72)	2,36 (0,88)	2,89 (1,11)	3,45 (1,16)	1,7 (0,76)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,085	<0,001	<0,001	<0,001						
Reinforcement Management										
Ομάδα Ελέγχου	1,71 (0,48)	1,95 (0,44)	1,71 (0,39)	1,75 (0,37)	0,04 (0,67)	<0,001	<0,001	1,000	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,81 (0,74)	2,38 (0,88)	2,92 (1,07)	3,43 (1,18)	1,63 (0,76)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,135	<0,001	<0,001	<0,001						
Counter Conditioning										
Ομάδα Ελέγχου	1,63 (0,37)	1,66 (0,35)	1,69 (0,36)	1,64 (0,35)	0,01 (0,48)	1,000	0,627	0,987	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,71 (0,71)	2,28 (0,92)	2,9 (1,09)	3,41 (1,21)	1,71 (0,85)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,347	<0,001	<0,001	<0,001						
Helping Relationships										
Ομάδα Ελέγχου	1,70 (0,48)	1,73 (0,38)	1,73 (0,37)	1,64 (0,35)	-0,06 (0,59)	0,919	1,000	0,689	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,83 (0,75)	2,47 (0,89)	2,98 (1,06)	3,42 (1,16)	1,59 (0,71)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,147	<0,001	<0,001	<0,001						
Self Liberation										
Ομάδα Ελέγχου	1,64 (0,45)	1,63 (0,37)	1,69 (0,38)	1,45 (0,27)	-0,19 (0,48)	1,000	0,315	<0,001	<0,001	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,69 (0,75)	2,28 (0,92)	2,88 (1,11)	3,4 (1,2)	1,71 (0,71)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,859	<0,001	<0,001	<0,001						
Stimulus Control										
Ομάδα Ελέγχου	1,76 (0,23)	1,87 (0,28)	1,88 (0,26)	1,69 (0,19)	-0,07 (0,3)	0,010	1,000	<0,001	0,853	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,82 (0,75)	2,46 (0,88)	2,96 (1,04)	3,43 (1,16)	1,61 (0,71)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,089	<0,001	<0,001	<0,001						

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων **Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά σε καμία διάσταση μεταξύ των δύο ομάδων.

Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες, η βαθμολογία των παιδιάτρων της ομάδας παρέμβασης στη διάσταση «Consciousness Raising» ήταν σημαντικά υψηλότερη από αυτήν των παιδιάτρων της ομάδας ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε μείωση της βαθμολογίας τόσο συνολικά όσο και από την μέτρηση μετά την παρέμβαση μέχρι τους 6 μήνες. Αντίθετα, στην ομάδα παρέμβασης, σημειώθηκαν σημαντικές αυξήσεις τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής στη διάσταση αυτή διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, αφού στην ομάδα ελέγχου υπήρξε σημαντική μείωση και στην ομάδα παρέμβασης σημαντική αύξηση.

Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες, η βαθμολογία των παιδιάτρων της ομάδας παρέμβασης στη διάσταση «Dramatic Relief» ήταν σημαντικά υψηλότερη από αυτήν των παιδιάτρων της ομάδας ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε καμία σημαντική μεταβολή στη διάσταση αυτή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Environmental Re-evaluation» ήταν σταθερά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου από μετά την παρέμβαση μέχρι και τους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση στη διάσταση αυτή από την μέτρηση μετά την παρέμβαση μέχρι τους 6 μήνες ενώ από τους 6 μήνες μέχρι τους 12 αυξήθηκε σημαντικά φτάνοντας τα αρχικά επίπεδα. Στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των

διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Self Re-evaluation» ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε καμία σημαντική μεταβολή στη διάσταση αυτή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Social Liberation» ήταν σταθερά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου από μετά την παρέμβαση μέχρι και τους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική αύξηση στη διάσταση αυτή από πριν έως μετά την παρέμβαση ενώ στους 6 μήνες μειώθηκε σημαντικά φτάνοντας τα αρχικά επίπεδα. Στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Όμοια, η βαθμολογία στη διάσταση «Reinforcement Management» ήταν σταθερά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου από μετά την παρέμβαση μέχρι και τους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική αύξηση στη διάσταση αυτή από πριν έως μετά την παρέμβαση ενώ στους 6 μήνες μειώθηκε σημαντικά φτάνοντας τα αρχικά επίπεδα. Στην ομάδα παρέμβασης

υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Counter Conditioning» ήταν σταθερά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου από μετά την παρέμβαση μέχρι και τους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε καμία σημαντική μεταβολή στη διάσταση αυτή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Helping Relationships» ήταν σταθερά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου από μετά την παρέμβαση μέχρι και τους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή σε όλη τη διάρκεια παρακολούθησης. Στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός αύξησης της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Self Liberation» ήταν σταθερά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου από μετά την παρέμβαση μέχρι και τους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση στη διάσταση αυτή από τους 6 στους 12 μήνες, φτάνοντας σε επίπεδα σημαντικά χαμηλότερα από αυτά που ήταν πριν την παρέμβαση. Αντίθετα, στην ομάδα

παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Stimulus Control» ήταν σταθερά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου από μετά την παρέμβαση μέχρι και τους 12 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική αύξηση στη διάσταση αυτή από πριν έως μετά την παρέμβαση, τους 6 μήνες παρέμεινε σταθερή και στους 12 μήνες μειώθηκε σημαντικά, φτάνοντας σε επίπεδα παρόμοια με αυτά που ήταν πριν την παρέμβαση. Αντίθετα, στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική αύξηση.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας διαδικασίας αλλαγής σε κάθε μέτρηση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη χρήση της κάθε τεχνικής για να γίνει η αλλαγή.*

Πίνακας 15: Μεταβολές στις Υποκλίμακες των Διαδικασιών Αλλαγής για τις Ομάδες Παρέμβασης και Ελέγχου Πριν και Μετά την Παρέμβαση.

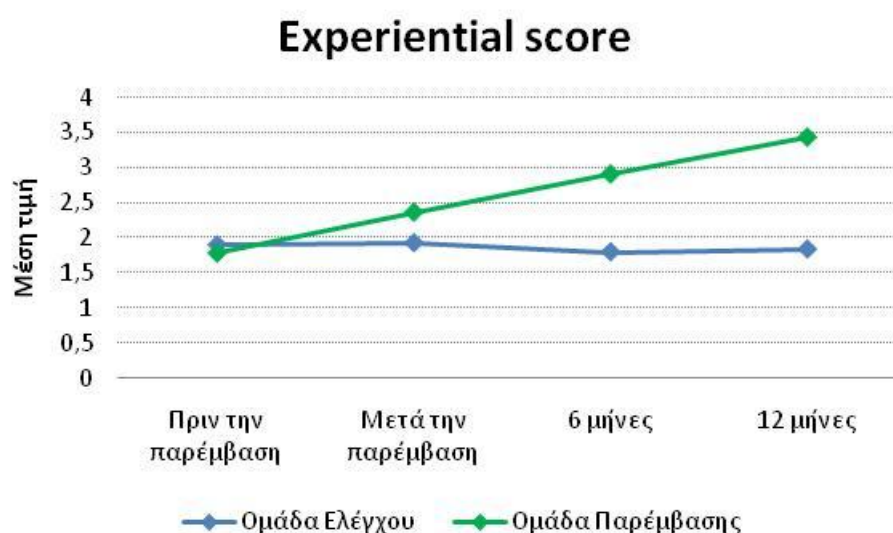
	Πριν την παρέμβαση ^A	Μετά την παρέμβαση ^B	6 μήνες ^Γ	12 μήνες ^Δ	Μεταβολή από A σε Δ					
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P** A vs B	P** B vs Γ	P** Γ vs Δ	P** A vs Δ	P‡
Experiential score										
Ομάδα Ελέγχου	1,90 (0,29)	1,93 (0,17)	1,80 (0,15)	1,84 (0,15)	-0,06 (0,32)	1,000	<0,001	0,987	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,79 (0,68)	2,37 (0,86)	2,91 (1,07)	3,43 (1,14)	1,63 (0,71)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,213	<0,001	<0,001	<0,001						
Behavioral score										
Ομάδα Ελέγχου	1,63 (0,28)	1,73 (0,17)	1,64 (0,15)	1,61 (0,14)	-0,02 (0,29)	0,014	0,028	1,000	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,77 (0,71)	2,37 (0,87)	2,93 (1,06)	3,42 (1,17)	1,65 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,246	<0,001	<0,001	<0,001						
Overall process of change score										
Ομάδα Ελέγχου	1,76 (0,26)	1,83 (0,13)	1,72 (0,11)	1,73 (0,11)	-0,03 (0,27)	0,172	0,002	1,000	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,78 (0,69)	2,37 (0,86)	2,92 (1,06)	3,42 (1,15)	1,64 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,687	<0,001	<0,001	<0,001						

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων **Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Η βαθμολογία στο Experiential score ήταν παρόμοια πριν την παρέμβαση στις 2 ομάδες. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση στη βαθμολογία αυτή από μετά την παρέμβαση έως τους 6 μήνες. Στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του Experiential score στη διάρκεια παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

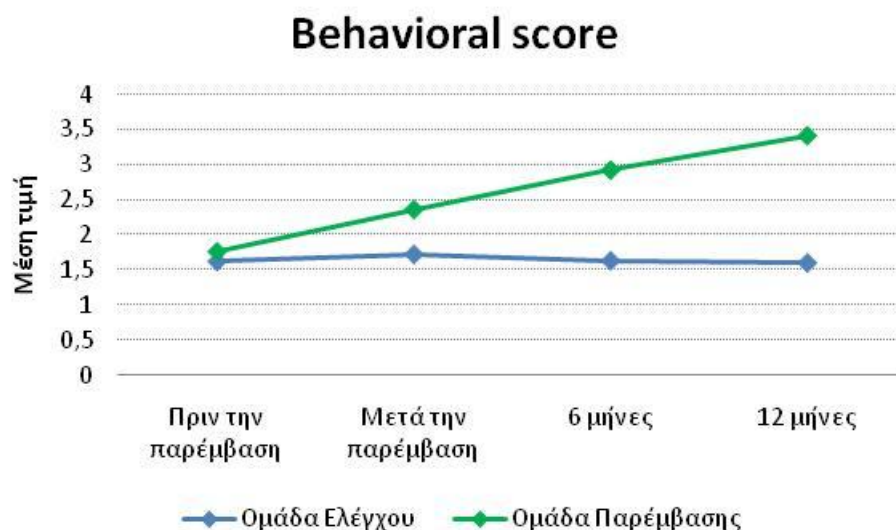
Γράφημα 3: Μεταβολές στην Υποκλίμακα των Βιωματικών Διαδικασιών Αλλαγής (Experiential Score) στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.



Η βαθμολογία στο Behavioral score ήταν παρόμοια πριν την παρέμβαση στις 2 ομάδες. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική αύξηση στη βαθμολογία αυτή από πριν έως μετά την παρέμβαση ενώ στους 6 μήνες μειώθηκε σημαντικά φτάνοντας τα αρχικά επίπεδα. Στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του Behavioral score στη διάρκεια παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

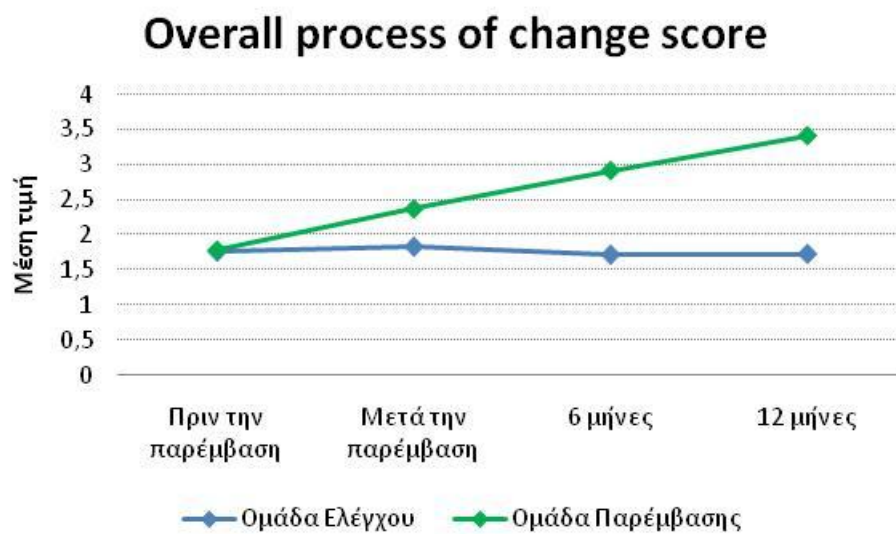
Γράφημα 4: Μεταβολές στην Υποκλίμακα των Συμπεριφορικών Διαδικασιών Αλλαγής (Behavioral Score) στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.



Η βαθμολογία στο Overall process of change score ήταν παρόμοια πριν την παρέμβαση στις 2 ομάδες. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση στη βαθμολογία αυτή από μετά την παρέμβαση έως τους 6 μήνες. Στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε μεταβολή συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του Overall process of change score στη διάρκεια παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 5: Μεταβολές στο Γενικό Σκορ των Διαδικασιών Αλλαγής στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.



Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των διαστάσεων της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας σε κάθε μέτρηση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα.

Πίνακας 16: Διαφορές στην Αυτό-Αποτελεσματικότητα Μεταξύ των Δύο Ομάδων Πριν και Μετά την Παρέμβαση.

	Πριν την παρέμβαση ^A	Μετά την παρέμβαση ^B	6 μήνες ^Γ	12 μήνες ^Δ	Μεταβολή από A σε Δ					
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P** A vs B	P** B vs Γ	P** Γ vs Δ	P** A vs Δ	P‡
Negative Affect										
Ομάδα Ελέγχου	1,89 (0,33)	1,8 (0,25)	1,69 (0,24)	1,69 (0,25)	-0,2 (0,38)	0,025	0,013	1,000	<0,001	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,84 (0,7)	2,44 (0,82)	2,94 (1,04)	3,46 (1,13)	1,62 (0,65)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,896	<0,001	<0,001	<0,001						
Social Positive										
Ομάδα Ελέγχου	1,81 (0,42)	1,8 (0,32)	1,64 (0,22)	1,66 (0,22)	-0,25 (0,43)	0,022	<0,001	1,000	<0,001	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,84 (0,67)	2,39 (0,86)	2,92 (1,06)	3,45 (1,16)	1,61 (0,75)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,745	<0,001	<0,001	<0,001						
Habitual Craving										
Ομάδα Ελέγχου	1,79 (0,49)	1,80 (0,29)	1,85 (0,29)	1,8 (0,26)	0,01 (0,51)	1,000	0,516	0,674	1,000	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,88 (0,67)	2,44 (0,82)	2,97 (1,04)	3,48 (1,1)	1,61 (0,66)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,267	<0,001	<0,001	<0,001						
Total self efficacy score										
Ομάδα Ελέγχου	1,58 (0,31)	1,52 (0,17)	1,45 (0,13)	1,44 (0,12)	-0,13 (0,3)	0,185	0,053	1,000	0,001	<0,001
Ομάδα Παρέμβασης	1,57 (0,57)	2,06 (0,7)	2,5 (0,88)	2,94 (0,96)	1,37 (0,57)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
P*	0,749	<0,001	<0,001	<0,001						

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων **Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Negative Affect» ήταν παρόμοια πριν την παρέμβαση στις 2 ομάδες. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση στη βαθμολογία αυτή μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων έως τους 6 μήνες καθώς και συνολικά. Στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο

ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου υπήρξε σημαντική μείωση ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στη διάσταση «Social Positive» ήταν παρόμοια πριν την παρέμβαση στις 2 ομάδες. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση στη βαθμολογία αυτή μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων έως τους 6 μήνες καθώς και συνολικά. Αντιθέτως, στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου υπήρξε σημαντική μείωση ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

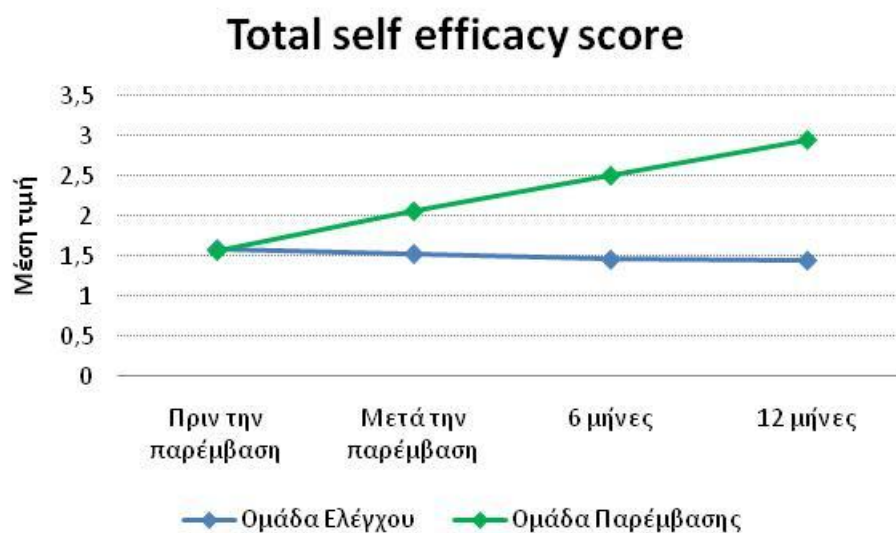
Η βαθμολογία στη διάσταση «Habitual Craving» ήταν παρόμοια πριν την παρέμβαση στις 2 ομάδες. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Η βαθμολογία στο Total self efficacy score ήταν παρόμοια πριν την παρέμβαση στις 2 ομάδες. Μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε σημαντική μείωση στη βαθμολογία αυτή από πριν την παρέμβαση μέχρι τους 12 μήνες. Αντιθέτως, στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά. Ο βαθμός μεταβολής της

βαθμολογίας αυτής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου υπήρξε σημαντική μείωση συνολικά ενώ στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική αύξηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του Total self efficacy score στη διάρκεια παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 6: Μεταβολές στο Γενικό Σκορ της Αυτό-Αποτελεσματικότητας στις Δύο Ομάδες Πριν και Μετά την Παρέμβαση.



**Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των κλιμάκων της μελέτης στους
παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης**

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των κλιμάκων ισοζυγίου απόφασης και διαδικασίας αλλαγής.

Πίνακας 17: Συσχέτιση Μεταβολών των Κλιμάκων Ισοζυγίου Απόφασης και Διαδικασιών Αλλαγής.

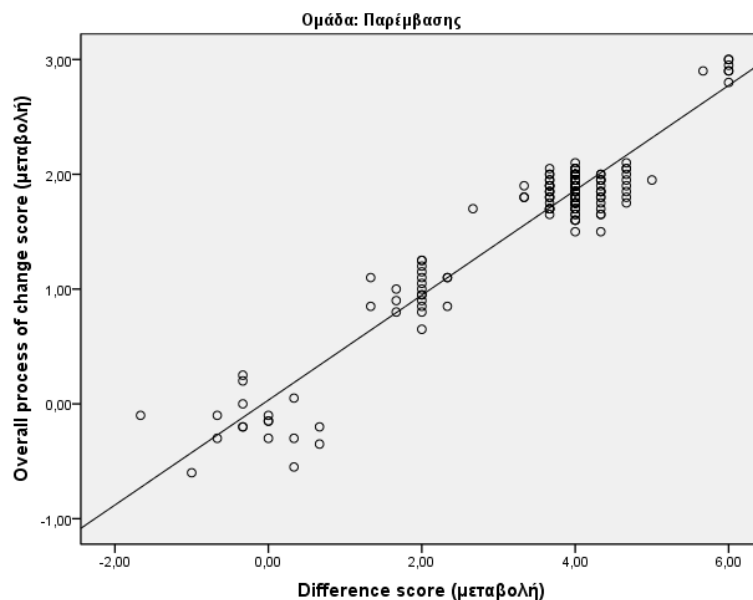
		Μεταβολές:		
Μεταβολές:		Pros endorsed	Cons endorsed	Difference score
Consciousness Raising	r	0,85	-0,82	0,85
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Dramatic Relief	r	0,81	-0,77	0,81
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Environmental Re-evaluation	r	0,87	-0,85	0,88
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Self Re-evaluation	r	0,85	-0,81	0,85
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Social Liberation	r	0,88	-0,88	0,90
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Reinforcement Management	r	0,90	-0,87	0,91
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Counter Conditioning	r	0,92	-0,91	0,94
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Helping Relationships	r	0,84	-0,83	0,85
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Self Liberation	r	0,93	-0,90	0,94
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Stimulus Control	r	0,84	-0,81	0,84
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Experiential score	r	0,94	-0,91	0,95
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Behavioral score	r	0,94	-0,92	0,95
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Overall process of change score	r	0,95	-0,92	0,96
	P	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ όλων των μεταβολών των κλιμάκων ισοζυγίου απόφασης και διαδικασίας αλλαγής. Οπότε όσο περισσότερο αυξάνονται

τα πλεονεκτήματα και όσο περισσότερο μειώνονται τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδιάτροι τόσο πιο έντονη ήταν η διαδικασία αλλαγής.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών του Difference score και του Overall process of change score.

Γράφημα 7: Συσχέτιση Μεταβολών του Σκορ της Διαφοράς Πλεονεκτημάτων-Μειονεκτημάτων και του Γενικού Σκορ των Διαδικασιών Αλλαγής για την Ομάδα Παρέμβασης.



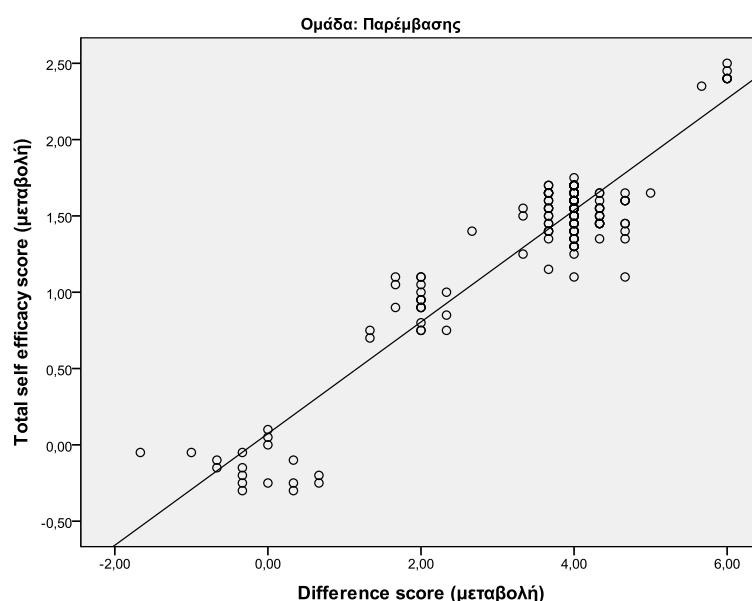
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των κλιμάκων ισοζυγίου απόφασης και αυτοαποτελεσματικότητας.

Πίνακας 18: Συσχέτιση Μεταβολών των Κλιμάκων Ισοζυγίου Απόφασης και Αυτό-Αποτελεσματικότητας.

		Μεταβολές:		
Μεταβολές:		Pros endorsed	Cons endorsed	Difference score
Negative Affect	r	0,91	-0,88	0,92
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Social Positive	r	0,92	-0,90	0,93
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Habitual Craving	r	0,88	-0,86	0,89
	P	<0,001	<0,001	<0,001
Total self efficacy score	r	0,93	-0,91	0,94
	P	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ όλων των μεταβολών των κλιμάκων ισοζυγίου απόφασης και αυτοαποτελεσματικότητας. Οπότε όσο περισσότερο αυξάνονται τα πλεονεκτήματα και όσο περισσότερο μειώνονται τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδιάτροι τόσο περισσότερο βελτιώνεται η αυτοαποτελεσματικότητά τους. Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών του Difference score και του Total self efficacy score.

Γράφημα 8: Συσχέτιση Μεταβολών του Σκορ της Διαφοράς Πλεονεκτημάτων-Μειονεκτημάτων και του Σκορ Αυτό-Αποτελεσματικότητας για την Ομάδα Παρέμβασης.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των κλιμάκων αυτοαποτελεσματικότητας και διαδικασίας αλλαγής.

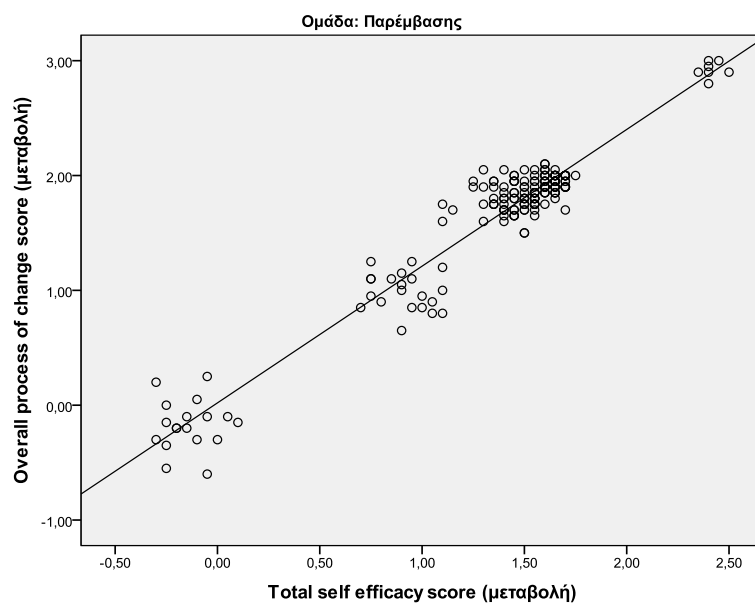
Πίνακας 19: Συσχέτιση Μεταβολών των Κλιμάκων Αυτό-Αποτελεσματικότητας και Διαδικασιών Αλλαγής.

		Μεταβολές:			
Μεταβολές:		Negative Affect	Social Positive	Habitual Craving	Total self efficacy score
Consciousness Raising	r	0,82	0,84	0,80	0,85
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Dramatic Relief	r	0,87	0,86	0,84	0,88
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Environmental Re-evaluation	r	0,85	0,86	0,82	0,87
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Self Re-evaluation	r	0,85	0,89	0,82	0,88
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Social Liberation	r	0,89	0,88	0,85	0,90
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Reinforcement Management	r	0,87	0,91	0,86	0,91
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Counter Conditioning	r	0,90	0,91	0,88	0,92
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Helping Relationships	r	0,87	0,87	0,86	0,89
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Self Liberation	r	0,91	0,92	0,89	0,93
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Stimulus Control	r	0,87	0,85	0,84	0,88
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Experiential score	r	0,93	0,95	0,91	0,96
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Behavioral score	r	0,94	0,95	0,92	0,96
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Overall process of change score	r	0,94	0,95	0,92	0,97
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ όλων των μεταβολών των κλιμάκων αυτοαποτελεσματικότητας και διαδικασίας αλλαγής. Οπότε, όσο περισσότερο βελτιώνεται η αυτοαποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων τόσο πιο έντονη ήταν η διαδικασία αλλαγής.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών του Overall process of change score και του Total self efficacy score.

Γράφημα 9: Συσχέτιση Μεταβολών του Σκορ της Αυτό-Αποτελεσματικότητας και του Γενικού Σκορ των Διαδικασιών Αλλαγής για την Ομάδα Παρέμβασης.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης ανάλογα με το αν προχώρησαν στάδιο από πριν την παρέμβαση μέχρι τους 12 μήνες.

Πίνακας 20: Μεταβολές στις Κλίμακες Αυτοαποτελεσματικότητας, Ισοζυγίου Απόφασης και Διαδικασιών Αλλαγής σε σχέση με το Στάδιο Αλλαγής Πριν και Μετά την Παρέμβαση.

Μεταβολές:	Προχώρησαν στάδιο στους 12 μήνες σε σύγκριση με το baseline				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Κλίμακα ισοζυγίου απόφασης					
Pros endorsed	-0,04	0,30	1,90	0,44	<0,001
Cons endorsed	0,15	0,40	-1,94	0,49	<0,001
Difference score	-0,19	0,59	3,83	0,87	<0,001
Κλίμακα διαδικασίας αλλαγής					
Consciousness Raising	-0,06	0,51	1,79	0,50	<0,001
Dramatic Relief	-0,36	0,45	1,70	0,48	<0,001
Environmental Re-evaluation	-0,19	0,49	1,80	0,57	<0,001
Self Re-evaluation	-0,17	0,30	1,77	0,46	<0,001
Social Liberation	-0,14	0,38	1,85	0,49	<0,001
Reinforcement Management	-0,25	0,39	1,78	0,46	<0,001
Counter Conditioning	-0,39	0,40	1,89	0,51	<0,001
Helping Relationships	-0,06	0,34	1,71	0,49	<0,001
Self Liberation	-0,06	0,29	1,86	0,43	<0,001
Stimulus Control	-0,03	0,55	1,74	0,47	<0,001
Experiential score	-0,19	0,26	1,80	0,40	<0,001
Behavioral score	-0,16	0,25	1,80	0,41	<0,001
Overall process of change score	-0,17	0,22	1,80	0,40	<0,001
Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας					
Negative Affect	-0,05	0,27	1,75	0,39	<0,001
Social Positive	-0,40	0,18	1,78	0,39	<0,001
Habitual Craving	-0,02	0,26	1,73	0,41	<0,001
Total self efficacy score	-0,14	0,12	1,49	0,31	<0,001

Σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στο ισοζύγιο απόφασης, στη διαδικασία αλλαγής και στην αυτοαποτελεσματικότητα είχαν οι παιδιάτροι που είχαν προχωρήσει στάδιο στους 12 μήνες συγκριτικά με πριν την παρέμβαση.

Πολυπαραγοντικές Αναλύσεις για τους Παιδιάτρους της Ομάδας Παρέμβασης.

Έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή το αν προχώρησαν στάδιο στους 12 μήνες σε σχέση με πριν την παρέμβαση και σαν ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, την εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, τις απόψεις για τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών, το κατά πόσο έχει τύχει να αναγνωρίσουν οι ίδιοι συμπτώματα κατάθλιψης στη μητέρα κάποιου ασθενούς τους και τις μεταβολές των κλιμάκων διαδικασίας αλλαγής, αυτοαποτελεσματικότητας και ισοζυγίου απόφασης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 21:

	OR (95% ΔΕ)*	P
Cons endorsed (μεταβολή) (για 10 μονάδες μεταβολή)	0,46 (0,27 - 0,79)	0,005

*σχετικός λόγος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Μόνο η μεταβολή στην κλίμακα μειονεκτημάτων που ενστερνίζονται οι συμμετέχοντες βρέθηκε να σχετίζεται με το αν προχώρησαν στάδιο στους 12 μήνες σε σχέση με πριν την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο αυξάνονταν τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι συμμετέχοντες τόσο μειωνόταν η πιθανότητα να έχουν βελτιώσει το στάδιο τους.

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις μεταβολές στις διαστάσεις της κλίμακας διαδικασίας αλλαγής και σαν ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, την εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, τις απόψεις για τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών, το κατά πόσο έχει τύχει να αναγνωρίσουν οι ίδιοι συμπτώματα κατάθλιψης στη μητέρα κάποιου ασθενούς τους και τις μεταβολές των κλιμάκων αυτοαποτελεσματικότητας και ισοζυγίου απόφασης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Consciousness Raising»:

Πίνακας 22:

	β*	SE**	P
Difference score (μεταβολή)	0,25	0,06	<0,001
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,50	0,15	0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στη διάσταση «Consciousness Raising». Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδίατροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Consciousness Raising».
- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Consciousness Raising».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Dramatic Relief»:

Πίνακας 23:

	β*	SE**	P
Total self efficacy score (μεταβολή)	1,20	0,05	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο η μεταβολή στο Total self efficacy score βρέθηκε να σχετίζεται με τη μεταβολή στη διάσταση «Dramatic Relief». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Dramatic Relief».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Environmental Re-evaluation»:

Πίνακας 24:

	β*	SE**	P
Difference score (μεταβολή)	0,32	0,06	<0,001
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,47	0,15	0,002

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στη διάσταση «Environmental Re-evaluation». Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδιάτροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Environmental Re-evaluation».
- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Environmental Re-evaluation».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Self Re-evaluation»:

Πίνακας 25:

	β*	SE**	P
Social Positive (μεταβολή)	0,70	0,09	<0,001
Pros endorsed (μεταβολή)	0,18	0,09	0,042

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στις διαστάσεις «Social Positive» και «Pros endorsed» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στη διάσταση «Self Re-evaluation».

Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο αυξάνονταν τα πλεονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδίατροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Self Re-evaluation».
- ❖ Όσο περισσότερο αυξανόταν η αυτοαποτελεσματικότητά τους στη διάσταση «Social Positive», τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Self Re-evaluation».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Social Liberation»:

Πίνακας 26:

	β*	SE**	P
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,63	0,12	<0,001
Difference score (μεταβολή)	0,24	0,05	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στη διάσταση «Social Liberation».

Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδίατροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Social Liberation».
- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Social Liberation».
- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Reinforcement Management»:

Πίνακας 27:

	β^*	SE**	P
Social Positive (μεταβολή)	0,51	0,07	<0,001
Pros endorsed (μεταβολή)	0,47	0,08	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στις διαστάσεις «Social Positive» και «Pros endorsed» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στη διάσταση «Reinforcement Management». Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο αυξάνονταν τα πλεονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδίατροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Reinforcement Management».
- ❖ Όσο περισσότερο αυξανόταν η αυτοαποτελεσματικότητά τους στη διάσταση «Social Positive», τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Reinforcement Management».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Counter Conditioning»:

Πίνακας 28:

	β*	SE**	P
Difference score (μεταβολή)	0,36	0,04	<0,001
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,50	0,11	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στο «Counter Conditioning». Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδίατροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Counter Conditioning».
- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Counter Conditioning».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Helping Relationships»:

Πίνακας 29:

	β*	SE**	P
Total self efficacy score (μεταβολή)	1,12	0,04	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο η μεταβολή στο Total self efficacy score βρέθηκε να σχετίζεται με τη μεταβολή στη διάσταση «Helping Relationships». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Helping Relationships».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Self Liberation»:

Πίνακας 30:

	β^*	SE**	P
Difference score (μεταβολή)	0,27	0,03	<0,001
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,51	0,09	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στο «Self Liberation». Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδίατροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Self Liberation».
- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Self Liberation».
- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στη διάσταση «Stimulus Control»:

Πίνακας 31:

	β^*	SE**	P
Total self efficacy score (μεταβολή)	1,09	0,04	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο η μεταβολή στο Total self efficacy score βρέθηκε να σχετίζεται με τη μεταβολή στη διάσταση «Stimulus Control». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στη διάσταση «Stimulus Control».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στο «Experiential score»:

Πίνακας 32:

	β^*	SE**	P
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,74	0,07	<0,001
Difference score (μεταβολή)	0,19	0,03	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στο «Experiential score». Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδιάτροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Experiential score».
- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Experiential score».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στο «Behavioral score»:

Πίνακας 33:

	β^*	SE**	P
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,70	0,06	<0,001
Difference score (μεταβολή)	0,20	0,03	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στο «Behavioral score».

Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδιάτροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Behavioral score».

- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Behavioral score».
- Έχοντας σαν εξαρτημένη τη μεταβολή στο «Overall process of change score»:

Πίνακας 34:

	β*	SE**	P
Total self efficacy score (μεταβολή)	0,72	0,06	<0,001
Difference score (μεταβολή)	0,19	0,02	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι μεταβολές στα Difference score και Total self efficacy score βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή στο «Overall process of change score».

Συγκεκριμένα:

- ❖ Όσο περισσότερο υπερτερούν τα πλεονεκτήματα από τα μειονεκτήματα που ενστερνίζονται οι παιδίατροι, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Overall process of change score».
- ❖ Όσο περισσότερο βελτιώνεται συνολικά η αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση στο «Overall process of change score».

Αξιολόγηση της Διαδικασίας της Παρέμβασης – Εργαλείο NoMad (NPT)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η αξιολόγηση της διαδικασίας της παρέμβασης, που συνιστά τον βαθμό ενσωμάτωσης της παρέμβασης στην καθημερινή κλινική πρακτικών των παιδιατρών της ομάδας παρέμβασης, στις μετρήσεις αμέσως μετά την παρέμβαση, στους 6 και στους 12 μήνες. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερο βαθμό ενσωμάτωσης της παρέμβασης.*

Πίνακας 35: Μεταβολές στον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης στην Καθημερινή Κλινική Πρακτική των Παιδιατρών της Ομάδας Παρέμβασης στις Μετρήσεις Πριν και Μετά την Παρέμβαση.

	Μετά την παρέμβαση		6 μήνες		12 μήνες		P* μετά την παρέμβαση vs 6 μήνες	P* 6 vs 12 μήνες	P* μετά την παρέμβαση vs 12 μήνες
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD			
Πόσο οικεία αισθανθήκατε με αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης;	4,61	2,60	6,22	2,37	7,85	2,35	<0,001	<0,001	<0,001
Αισθάνεστε ότι αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης, αποτελούν στην παρούσα φάση κανονικό μέρος της δουλειάς σας (των καθηκόντων σας);	4,65	2,65	6,26	2,61	7,57	2,45	<0,001	<0,001	<0,001
Αισθάνεστε ότι οι δραστηριότητες της παρέμβασης μπορούν να αποτελέσουν στο μέλλον, κανονικά μέρος της δουλειάς σας;	4,68	2,49	6,76	2,68	8,07	2,48	<0,001	<0,001	<0,001
Συνέπεια	2,71	0,75	3,78	0,82	4,10	0,78	<0,001	<0,001	<0,001
Γνωστική συμμετοχή	3,20	0,53	3,93	0,67	4,30	0,61	<0,001	<0,001	<0,001
Συλλογική δράση	3,13	0,46	3,72	0,38	3,88	0,58	<0,001	<0,001	<0,001
Αντανακλαστική παρακολούθηση	3,64	0,53	3,98	0,62	4,26	0,82	<0,001	<0,001	<0,001

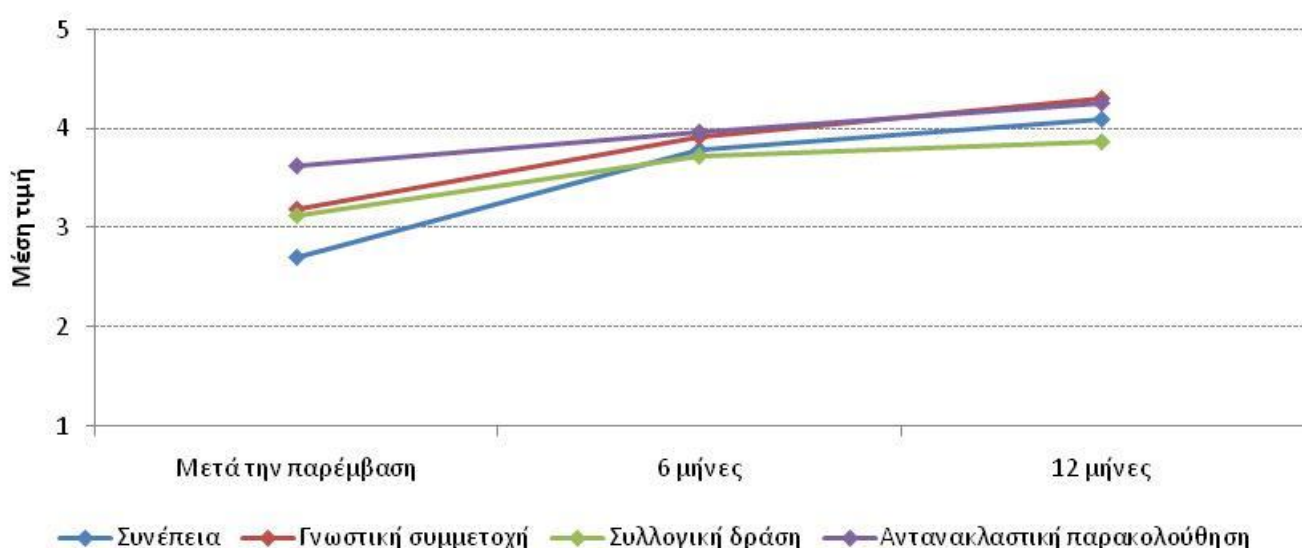
*Paired t-test

Η παρέμβαση αξιολογήθηκε σημαντικά υψηλότερα στους 6 και στους 12 μήνες από ότι στη μέτρηση αμέσως μετά την παρέμβαση. Αντίστοιχα, αξιολογήθηκε σημαντικά υψηλότερα στους 12 μήνες από ότι στους 6. Αυτό σημαίνει ότι, ο βαθμός ενσωμάτωσης της παρέμβασης στην καθημερινή κλινική πρακτική των παιδιατρών

της ομάδας παρέμβασης ήταν υψηλότερος στους 6 μήνες από ότι αμέσως μετά την παρέμβαση, καθώς και ακόμα υψηλότερος στους 12 μήνες σε σχέση με τους 6.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές στις υποκλίμακες του εργαλείου NoMad για το βαθμό ενσωμάτωσης της παρέμβασης στις μετρήσεις αμέσως μετά την παρέμβαση αλλά και στους 6 & 12 μήνες για την ομάδα παρέμβασης.

Γράφημα 10: Μεταβολές στα Σκορ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad Μετά την παρέμβαση για την Ομάδα Παρέμβασης.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της αξιολόγησης της παρέμβασης και των κλιμάκων της μελέτης, στην αμέσως μετά την παρέμβαση μέτρηση.

Πίνακας 36: Συντελεστές Συσχέτισης του Pearson μεταξύ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad για τον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης και των κλιμάκων του Διαθεωρητικού Μοντέλου για την Ομάδα Παρέμβασης, Μετά την Παρέμβαση.

	Πόσο οικεία αισθανθήκατε με αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης;	Αισθάνεστε ότι αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης, αποτελούν στην παρούσα φάση κανονικό μέρος της δουλειάς σας (των καθηκόντων σας);	Αισθάνεστε ότι οι δραστηριότητες της παρέμβασης μπορούν να αποτελέσουν στο μέλλον, κανονικά μέρος της δουλειάς σας;	Συνέπεια	Γνωστική συμμετοχή	Συλλογική δράση	Αντανακλαστική παρακολούθηση
Κλίμακα ισοζυγίου απόφασης							
Pros endorsed	0,88	0,91	0,91	0,86	0,82	0,83	0,88
Cons endorsed	-0,88	-0,89	-0,89	-0,84	-0,82	-0,83	-0,87
Difference score	0,89	0,91	0,91	0,86	0,83	0,84	0,88
Κλίμακα διαδικασίας αλλαγής							
Consciousness Raising	0,84	0,83	0,85	0,81	0,78	0,81	0,84
Dramatic Relief	0,86	0,85	0,86	0,83	0,79	0,80	0,83
Environmental Re- evaluation	0,84	0,83	0,84	0,83	0,79	0,81	0,85
Self Re-evaluation	0,85	0,86	0,87	0,82	0,76	0,78	0,82
Social Liberation	0,84	0,85	0,85	0,82	0,76	0,79	0,83
Reinforcement Management	0,87	0,87	0,88	0,83	0,80	0,81	0,86
Counter Conditioning	0,88	0,89	0,90	0,86	0,79	0,83	0,86
Helping Relationships	0,85	0,86	0,85	0,83	0,77	0,78	0,82
Self Liberation	0,87	0,89	0,90	0,84	0,80	0,83	0,88
Stimulus Control	0,85	0,86	0,87	0,82	0,78	0,78	0,82
Experiential score	0,88	0,88	0,89	0,86	0,81	0,83	0,87
Behavioral score	0,89	0,90	0,91	0,86	0,82	0,83	0,88
Overall process of change score	0,89	0,90	0,90	0,86	0,81	0,84	0,88
Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας							
Negative Affect	0,88	0,88	0,88	0,84	0,80	0,82	0,85
Social Positive	0,89	0,89	0,89	0,85	0,81	0,81	0,87
Habitual Craving	0,88	0,88	0,88	0,85	0,80	0,79	0,87
Total self efficacy score	0,89	0,89	0,90	0,86	0,82	0,82	0,87

Σημείωση: Όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί με $p < 0.001$

Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την παρέμβαση, στην αμέσως μετά την παρέμβαση μέτρηση, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός ενσωμάτωσης της στην καθημερινή κλινική πρακτική του παιδιάτρου, τόσο υπερτερούσαν τα πλεονεκτήματα έναντι των μειονεκτημάτων, τόσο υψηλότερη επίδοση είχε στις διαδικασίες αλλαγής και τόσο υψηλότερη ήταν η αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των Υποκλιμάκων του εργαλείου NoMad και των κλιμάκων της μελέτης, στους 6 μήνες.

Πίνακας 37: Συντελεστές Συσχέτισης του Pearson μεταξύ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad για τον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης και των κλιμάκων του Διαθεωρητικού Μοντέλου για την Ομάδα Παρέμβασης, στους 6 Μήνες Μετά την Παρέμβαση.

	Πόσο οικεία αισθανθήκατε με αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης;	Αισθάνεστε ότι αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης, αποτελούν στην παρούσα φάση κανονικό μέρος της δουλειάς σας (των καθηκόντων σας);	Αισθάνεστε ότι οι δραστηριότητες της παρέμβασης μπορούν να αποτελέσουν στο μέλλον, κανονικά μέρος της δουλειάς σας;	Συνέπεια	Γνωστική συμμετοχή	Συλλογική δράση	Αντανακλαστική παρακολούθηση
Κλίμακα ισοζυγίου απόφασης							
Pros endorsed	0,89	0,94	0,94	0,92	0,90	0,82	0,88
Cons endorsed	-0,88	-0,94	-0,94	-0,92	-0,90	-0,82	-0,87
Difference score	0,89	0,94	0,94	0,93	0,90	0,82	0,88
Κλίμακα διαδικασίας αλλαγής							
Consciousness Raising	0,84	0,91	0,91	0,90	0,88	0,82	0,85
Dramatic Relief	0,84	0,90	0,90	0,89	0,86	0,77	0,83
Environmental Re-evaluation	0,87	0,92	0,92	0,92	0,90	0,82	0,88
Self Re-evaluation	0,85	0,92	0,92	0,90	0,87	0,78	0,84
Social Liberation	0,87	0,92	0,91	0,92	0,89	0,81	0,86
Reinforcement Management	0,87	0,92	0,92	0,91	0,88	0,81	0,85
Counter Conditioning	0,87	0,94	0,93	0,92	0,90	0,81	0,87
Helping Relationships	0,87	0,92	0,93	0,89	0,87	0,78	0,83
Self Liberation	0,88	0,94	0,94	0,93	0,89	0,83	0,88
Stimulus Control	0,85	0,91	0,91	0,89	0,86	0,78	0,83
Experiential score	0,87	0,93	0,93	0,92	0,90	0,82	0,87
Behavioral score	0,88	0,94	0,94	0,92	0,89	0,81	0,86
Overall process of change score	0,88	0,94	0,93	0,92	0,90	0,82	0,87
Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας							
Negative Affect	0,87	0,93	0,93	0,91	0,89	0,80	0,85
Social Positive	0,88	0,93	0,93	0,92	0,89	0,80	0,86
Habitual Craving	0,87	0,93	0,93	0,91	0,89	0,81	0,86
Total self efficacy score	0,88	0,94	0,93	0,92	0,89	0,81	0,86

Σημείωση: Όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί με $p < 0.001$

Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την παρέμβαση, στους 6 μήνες μετά την παρέμβαση μέτρηση, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός ενσωμάτωσης της στην καθημερινή κλινική πρακτική του παιδιάτρου, τόσο υπερτερούσαν τα πλεονεκτήματα έναντι των μειονεκτημάτων, τόσο υψηλότερη επίδοση είχε στις διαδικασίες αλλαγής και τόσο υψηλότερη ήταν η αυτό-αποτελεσματικότητά τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της αξιολόγησης της παρέμβασης και των κλιμάκων της μελέτης, στους 12 μήνες.

Πίνακας 38: Συντελεστές Συσχέτισης του Pearson μεταξύ των Υποκλιμάκων του Εργαλείου NoMad για τον Βαθμό Ενσωμάτωσης της Παρέμβασης και των κλιμάκων του Διαθεωρητικού Μοντέλου για την Ομάδα Παρέμβασης, στους 12 Μήνες Μετά την Παρέμβαση.

	Πόσο οικεία αισθανθήκατε με αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης;	Αισθάνεστε ότι αυτά που σας ζητήθηκε να κάνετε στο πλαίσιο της παρέμβασης, αποτελούν στην παρούσα φάση κανονικό μέρος της δουλειάς σας (των καθηκόντων σας);	Αισθάνεστε ότι οι δραστηριότητες της παρέμβασης μπορούν να αποτελέσουν στο μέλλον, κανονικά μέρος της δουλειάς σας;	Συνέπεια	Γνωστική συμμετοχή	Συλλογική δράση	Αντανακλαστική παρακολούθηση
Κλίμακα ισοζυγίου απόφασης							
Pros endorsed	0,89	0,92	0,88	0,90	0,87	0,87	0,82
Cons endorsed	-0,89	-0,92	-0,88	-0,91	-0,86	-0,87	-0,81
Difference score	0,89	0,92	0,89	0,91	0,87	0,87	0,82
Κλίμακα διαδικασίας αλλαγής							
Consciousness Raising	0,86	0,89	0,85	0,87	0,83	0,83	0,77
Dramatic Relief	0,86	0,90	0,85	0,87	0,82	0,82	0,77
Environmental Re-evaluation	0,86	0,89	0,86	0,89	0,85	0,85	0,79
Self Re-evaluation	0,87	0,91	0,87	0,89	0,84	0,85	0,78
Social Liberation	0,87	0,90	0,86	0,88	0,84	0,83	0,77
Reinforcement Management	0,87	0,90	0,87	0,89	0,85	0,85	0,79
Counter Conditioning	0,89	0,92	0,88	0,91	0,86	0,87	0,81
Helping Relationships	0,87	0,89	0,86	0,89	0,84	0,85	0,79
Self Liberation	0,88	0,91	0,88	0,90	0,86	0,86	0,80
Stimulus Control	0,86	0,90	0,86	0,89	0,82	0,84	0,78
Experiential score	0,88	0,91	0,87	0,89	0,85	0,85	0,79
Behavioral score	0,88	0,91	0,88	0,90	0,85	0,86	0,80
Overall process of change score	0,88	0,91	0,87	0,90	0,85	0,86	0,80
Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας							
Negative Affect	0,87	0,90	0,86	0,88	0,84	0,84	0,78
Social Positive	0,88	0,91	0,87	0,90	0,86	0,85	0,79
Habitual Craving	0,87	0,90	0,86	0,88	0,84	0,83	0,77
Total self efficacy score	0,87	0,91	0,87	0,89	0,85	0,84	0,79

Σημείωση: Όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί με $p < 0.001$

Όσο καλύτερα αξιολόγησαν την παρέμβαση, στους 12 μήνες μετά την παρέμβαση, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός ενσωμάτωσης της στην καθημερινή κλινική πρακτική του παιδιάτρου, τόσο υπερτερούσαν τα πλεονεκτήματα έναντι των μειονεκτημάτων, τόσο υψηλότερη επίδοση είχε στις διαδικασίες αλλαγής και τόσο υψηλότερη ήταν η αυτό-αποτελεσματικότητά τους.

ΜΗΤΕΡΕΣ

Συλλέχθηκαν στοιχεία από 159 μητέρες με μέση ηλικία τα 36,0 έτη (SD=4,1 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά τους στοιχεία καθώς και στοιχεία από το ιστορικό τους.

Πίνακας 39: Δημογραφικά Στοιχεία Μητέρων.

		N	%
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		36,0 (4,1)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη	98	61,6
	Άγαμη	5	3,1
	Διαζευγμένη	56	35,2
Εκπαίδευση	Δημοτικό / Γυμνάσιο	14	8,8
	Λύκειο	33	20,8
	ΙΕΚ/Μέση Επαγγελματική Σχολή	39	24,5
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	54	34,0
	Μεταπτυχιακό	19	11,9
Εργασιακή κατάσταση	Ναι	109	68,6
	Όχι	50	31,4
	Ναι, αλλά είμαι σε γονική άδεια	0	0,0
Εργασιακός τομέας	Δημόσιος	55	50,5
	Ιδιωτικός	54	49,5
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	< 8000 ευρώ	12	7,5
	8000-10000 ευρώ	53	33,3
	>10000 ευρώ	94	59,1
Που απευθυνθήκατε για βοήθεια	Σε δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας	97	61,0
	Σε ιδιώτη ψυχίατρο	62	39,0
Τι είδους βοήθεια λάβατε;	Μόνο φάρμακα	145	91,2
	Μόνο ψυχοθεραπεία	0	0,0
	Φάρμακα και ψυχοθεραπεία	14	8,8
Πόσο ικανοποιημένη είστε με τη βοήθεια που λάβατε;	Πολύ Λίγο	23	14,5
	Λίγο	70	44,0
	Μέτρια	47	29,6
	Πολύ	13	8,2
	Πάρα πολύ	6	3,8

Το 61,6% των μητέρων ήταν έγγαμες και το 35,2% διαζευγμένες. Επίσης, το 34,0% των συμμετεχουσών ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ και το 24,5% απόφοιτοι ΙΕΚ. Η

πλειοψηφία εργαζόταν με το ποσοστό να φτάνει το 68,6% και το 50,5% αυτών εργαζόταν στο δημόσιο τομέα. Το 59,1% των συμμετεχουσών είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 10.000 ευρώ. Ακόμα, το 61,0% είχε απευθυνθεί σε δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας για βοήθεια και το 91,2% έλαβε μόνο φάρμακα. Οι περισσότερες από τις μητέρες ήταν λίγο ικανοποιημένες από τη βοήθεια που έλαβαν με το ποσοστό να φτάνει το 44,0%.

Κλίμακα Κατάθλιψης (PHQ-9)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των μητέρων στην κλίμακα κατάθλιψης σε όλες τις μετρήσεις. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.*

Πίνακας 40: Σκορ Κατάθλιψης Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.

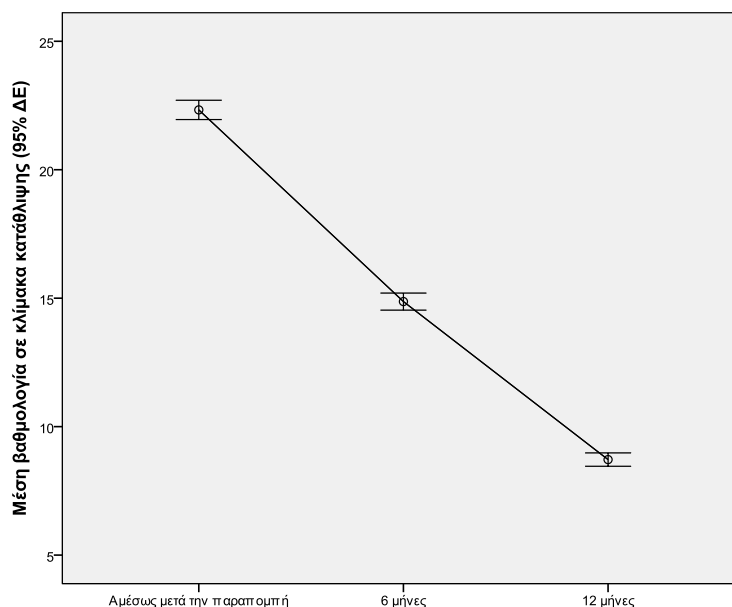
	Κλίμακα κατάθλιψης	
	Μέση τιμή	SD
Αμέσως μετά την παραπομπή	22,34	2,42
6 μήνες	14,87	2,07
12 μήνες	8,72	1,62
<i>P*</i> αμέσως μετά την παραπομπή vs 6 μήνες	<0,001	
<i>P*</i> 6 vs 12 μήνες	<0,001	
<i>P*</i> αμέσως μετά την παραπομπή vs 12 μήνες	<0,001	

*paired t-test

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης αμέσως μετά την παραπομπή ήταν 22,34 μονάδες (SD=2,42 μονάδες). Στους 6 μήνες μειώθηκε σημαντικά και έφτασε τις 14,87 μονάδες (SD=2,07 μονάδες) και στους 12 μειώθηκε σημαντικά εκ νέου και έφτασε τις 8,72 μονάδες (SD=1,62 μονάδες), υποδηλώνοντας σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Η βαθμολογία στους 12 μήνες ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με τη βαθμολογία αμέσως μετά την παραπομπή.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των μητέρων στην κλίμακα κατάθλιψης σε κάθε μέτρηση.

Γράφημα 11: Μεταβολή στα Σκορ Κατάθλιψης των Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων σε όλες τις μετρήσεις.

Πίνακας 41: Επίπεδα Κατάθλιψης Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.

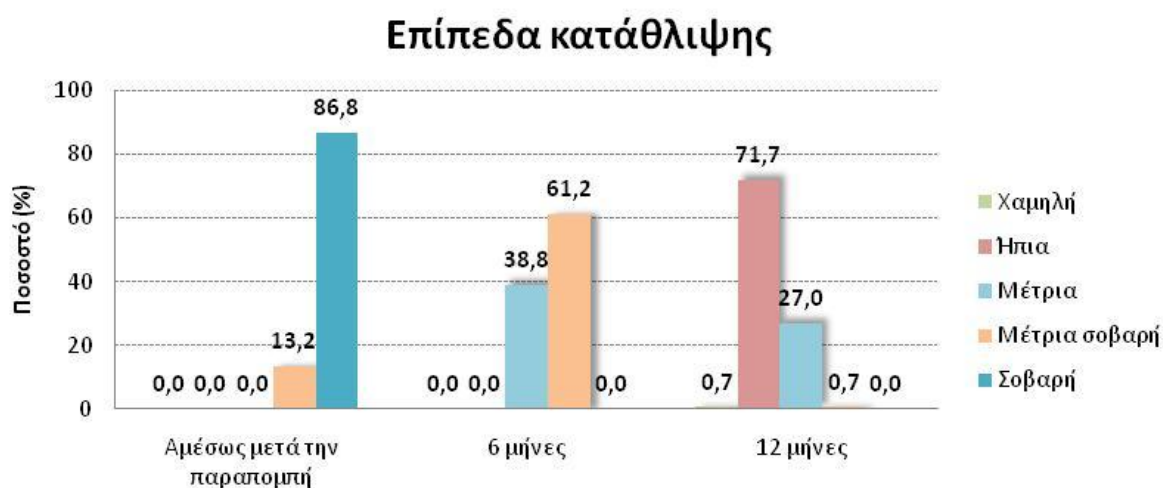
Επίπεδα κατάθλιψης	Αμέσως μετά την παραπομπή		6 μήνες		12 μήνες	
	N	%	N	%	N	%
Χαμηλή	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Ήπια	0	0,0	0	0,0	109	71,7
Μέτρια	0	0,0	59	38,8	41	27,0
Μέτρια σοβαρή	21	13,2	93	61,2	1	0,7
Σοβαρή	138	86,8	0	0,0	0	0,0

Αμέσως μετά την παραπομπή το 86,8% των μητέρων είχε σοβαρού επιπέδου κατάθλιψη ενώ στις επόμενες μετρήσεις το ποσοστό αυτό μηδενίστηκε. Στους 6

μήνες η πλειοψηφία είχε μέτριου σοβαρού επιπέδου κατάθλιψη με το ποσοστό να φτάνει το 61,2% και στους 12 μήνες το 71,7% είχε ήπιου επιπέδου κατάθλιψη. Η μείωση του επιπέδου κατάθλιψης των συμμετεχόντων ήταν σημαντική μεταξύ τόσο των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά ($p < 0.001$ για όλες τις συγκρίσεις).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων σε κάθε μέτρηση.

Γράφημα 12: Επίπεδα Κατάθλιψης των Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες



Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο βαθμός δυσκολίας που προκάλεσαν στις μητέρες τα συμπτώματα κατάθλιψης τους, σε όλες τις μετρήσεις.

Πίνακας 42: Βαθμός Δυσκολίας Μητέρων στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες

Πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα	Αμέσως μετά την παραπομπή		6 μήνες		12 μήνες	
	N	%	N	%	N	%
Καμία δυσκολία	0	0,0	0	0,0	19	12,5
Μερική δυσκολία	0	0,0	21	13,8	130	85,5
Μεγάλη δυσκολία	24	15,1	129	84,9	3	2,0
Υπερβολική δυσκολία	135	84,9	2	1,3	0	0,0

Το 84,9% των συμμετεχουσών είχε υπερβολική δυσκολία στη δουλειά τους, στις οικιακές εργασίες τους ή στην επικοινωνία τους με άλλα άτομα εξαιτίας των συμπτωμάτων κατάθλιψης που είχαν. Στους 6 μήνες το 84,9% είχε μεγάλη δυσκολία και στους 12 μήνες το 85,5% είχε μερική δυσκολία. Η μείωση του επιπέδου δυσκολίας των συμμετεχόντων ήταν σημαντική μεταξύ τόσο των διαδοχικών μετρήσεων όσο και συνολικά ($p < 0.001$ για όλες τις συγκρίσεις).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα δυσκολίας των μητέρων σε κάθε μέτρηση.

Γράφημα 13: Μεταβολές στον Βαθμό Δυσκολίας στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες



Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (SF-12)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των μητέρων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας σε όλες τις μετρήσεις. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη φυσική υγεία.*

Πίνακας 43: Σκορ Μητέρων στην Κλίμακα Φυσικής Υγείας στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.

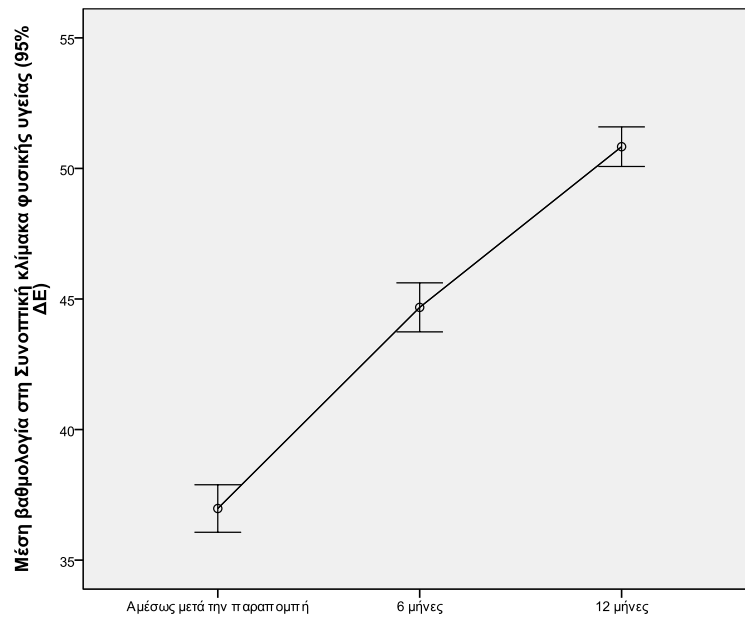
	Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας	
	Μέση τιμή	SD
Αμέσως μετά την παραπομπή	37,03	5,68
6 μήνες	44,68	5,86
12 μήνες	50,83	4,73
<i>P*</i> αμέσως μετά την παραπομπή vs 6 μήνες	<0,001	
<i>P*</i> 6 vs 12 μήνες	<0,001	
<i>P*</i> αμέσως μετά την παραπομπή vs 12 μήνες	<0,001	

*paired t-test

Η μέση βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας αμέσως μετά την παραπομπή ήταν 37,03 μονάδες (SD=5,68 μονάδες). Στους 6 μήνες αυξήθηκε σημαντικά και έφτασε τις 44,68 μονάδες (SD=5,86 μονάδες) και στους 12 αυξήθηκε σημαντικά εκ νέου και έφτασε τις 50,83 μονάδες (SD=4,73 μονάδες), υποδηλώνοντας σημαντική βελτίωση της φυσικής υγείας κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Η βαθμολογία στους 12 μήνες ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με τη βαθμολογία αμέσως μετά την παραπομπή.

Στο παρακάτω γράφημα δίνεται η βαθμολογία των μητέρων στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας σε κάθε μέτρηση.

Γράφημα 14: Μεταβολές στη Φυσική Υγεία στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των μητέρων στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας σε όλες τις μετρήσεις. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη φυσική υγεία.*

Πίνακας 44: Σκορ Μητέρων στην Κλίμακα Ψυχικής Υγείας στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.

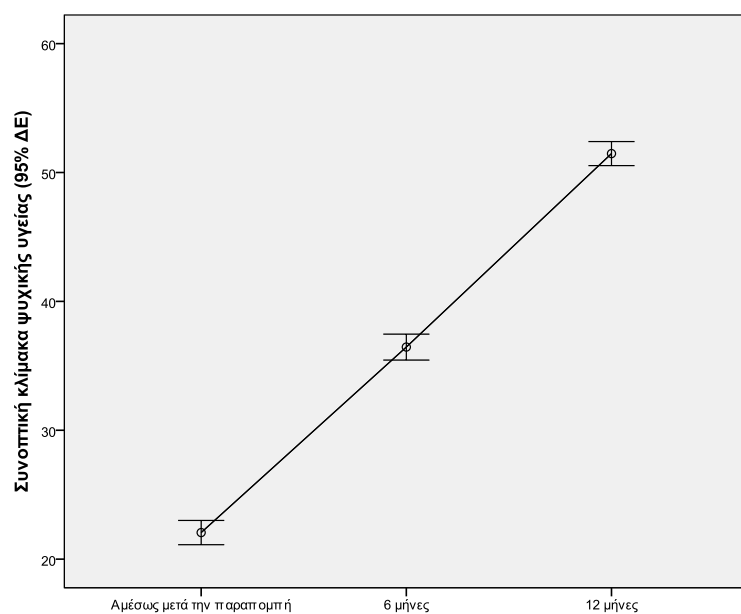
	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	
	Μέση τιμή	SD
Αμέσως μετά την παραπομπή	22,13	5,89
6 μήνες	36,46	6,28
12 μήνες	51,47	5,82
<i>P*</i> αμέσως μετά την παραπομπή vs 6 μήνες	<0,001	
<i>P*</i> 6 vs 12 μήνες	<0,001	
<i>P*</i> αμέσως μετά την παραπομπή vs 12 μήνες	<0,001	

*paired t-test

Η μέση βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας αμέσως μετά την παραπομπή ήταν 22,13 μονάδες (SD=5,89 μονάδες). Στους 6 μήνες αυξήθηκε σημαντικά και έφτασε τις 36,46 μονάδες (SD=6,28 μονάδες) και στους 12 αυξήθηκε σημαντικά εκ νέου και έφτασε τις 51,47 μονάδες (SD=5,82 μονάδες), υποδηλώνοντας σημαντική βελτίωση της φυσικής υγείας κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Η βαθμολογία στους 12 μήνες ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με τη βαθμολογία αμέσως μετά την παραπομπή.

Στο παρακάτω γράφημα δίνεται η βαθμολογία των μητέρων στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας σε κάθε μέτρηση.

Γράφημα 15: Μεταβολές στην Ψυχική Υγεία στις Μετρήσεις αμέσως Μετά την Παραπομπή, στους 6 και 12 Μήνες.



Συσχέτιση της εργασιακής και οικονομικής κατάστασης των μητέρων με το που απευθύνθηκαν για θεραπεία και το είδος της θεραπείας που έλαβαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των μητέρων που απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχίατρο ή δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας ανάλογα με την εργασιακή τους κατάσταση και το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα.

Πίνακας 45: Συσχέτιση ανάμεσα στην Εργασιακή Κατάσταση, το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα και το είδος της Υπηρεσίας που Αναζήτησαν Βοήθεια για την Κατάθλιψη.

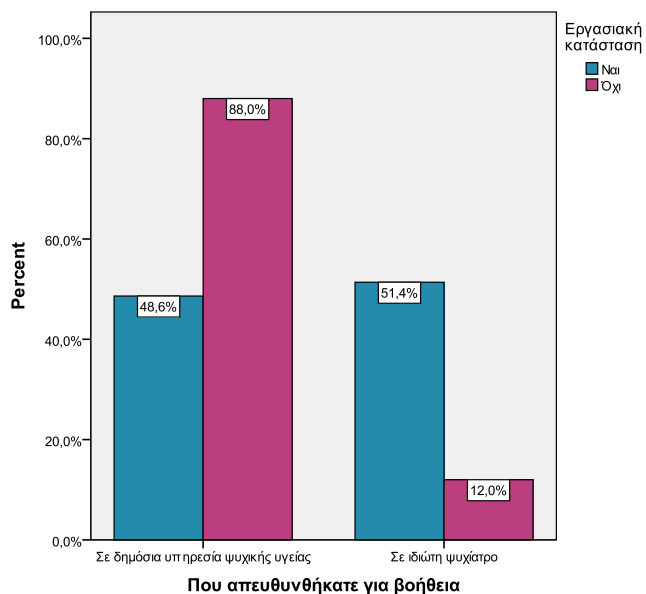
		Που απευθυνθήκατε για βοήθεια				P ⁺
		Σε δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας		Σε ιδιώτη ψυχίατρο		
		N	%	N	%	
Εργασιακή κατάσταση	Ναι	53	48,6	56	51,4	<0,001
	Όχι	44	88,0	6	12,0	
Εργασιακός τομέας	Δημόσιος	9	16,4	46	83,6	<0,001
	Ιδιωτικός	44	81,5	10	18,5	
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	< 8000 ευρώ	12	100,0	0	0,0	<0,001
	8000-10000 ευρώ	52	98,1	1	1,9	
	>10000 ευρώ	33	35,1	61	64,9	

⁺Pearson's χ^2 test

Οι εργαζόμενες μητέρες, εκείνες που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα και εκείνες που είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 10000 ευρώ απευθύνθηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε ιδιώτη ψυχίατρο.

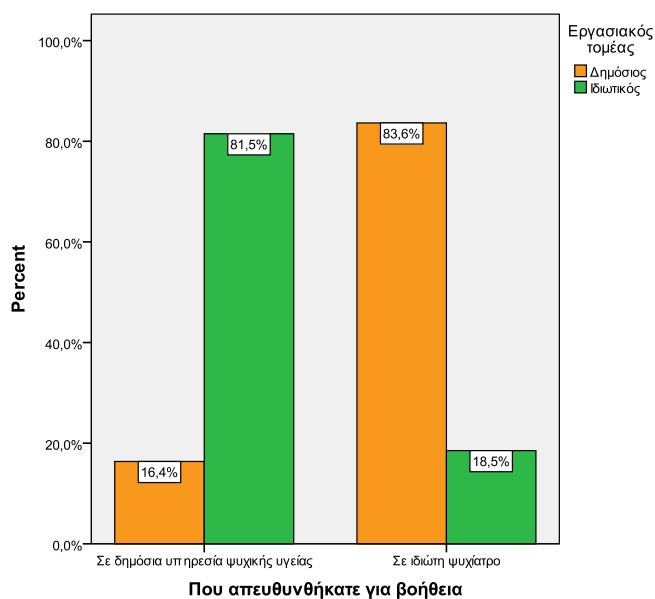
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των μητέρων που απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχίατρο ή δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας ανάλογα με την εργασιακή τους κατάσταση.

Γράφημα 16: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και την Εργασιακή Κατάσταση της Μητέρας.



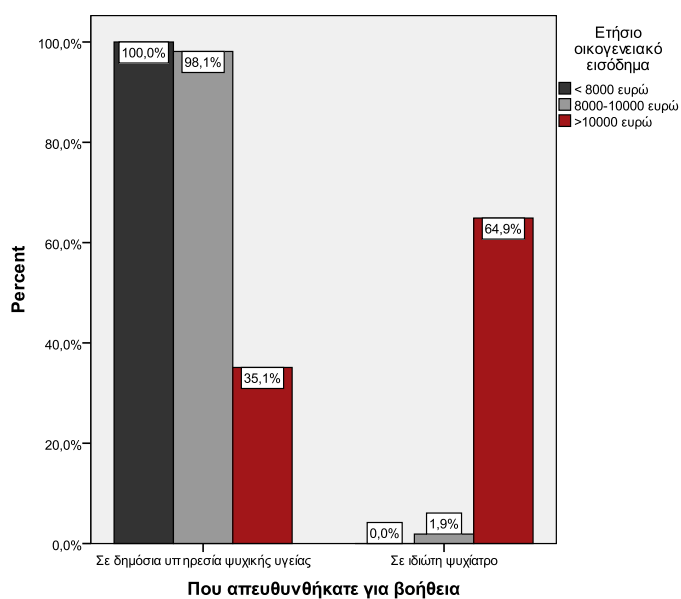
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των μητέρων που απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχίατρο ή δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας ανάλογα με τον εργασιακό τους τομέα.

Γράφημα 17: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και τον Τομέα Εργασίας της Μητέρας.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των μητέρων που απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχίατρο ή δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας ανάλογα με το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα.

Γράφημα 18: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα της Μητέρας.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των μητέρων που πήραν μόνο φάρμακα ανάλογα με την εργασιακή τους κατάσταση και το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα.

Πίνακας 46: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Θεραπείας και την Εργασιακή Κατάσταση, τον Εργασιακό Τομέα και το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα της Μητέρας.

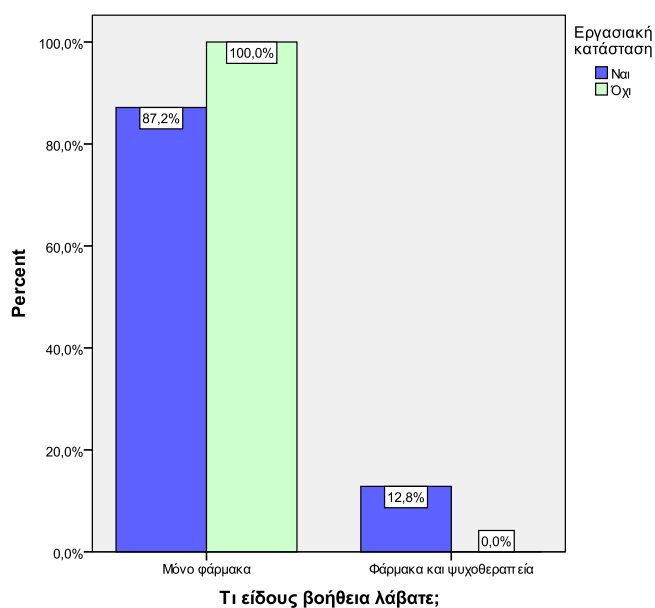
		Τι είδους βοήθεια λάβατε;				P ⁺
		Μόνο φάρμακα		Φάρμακα και ψυχοθεραπεία		
				N	%	
Εργασιακή κατάσταση	Ναι	95	87,2	14	12,8	0,005
	Όχι	50	100,0	0	0,0	
Εργασιακός τομέας	Δημόσιος	45	81,8	10	18,2	0,093 ⁺⁺
	Ιδιωτικός	50	92,6	4	7,4	
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	< 8000 ευρώ	12	100,0	0	0,0	0,003
	8000-10000 ευρώ	53	100,0	0	0,0	
	>10000 ευρώ	80	85,1	14	14,9	

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test

Οι εργαζόμενες μητέρες και εκείνες που είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 10000 ευρώ πήραν φάρμακα και έκαναν και ψυχοθεραπεία σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό.

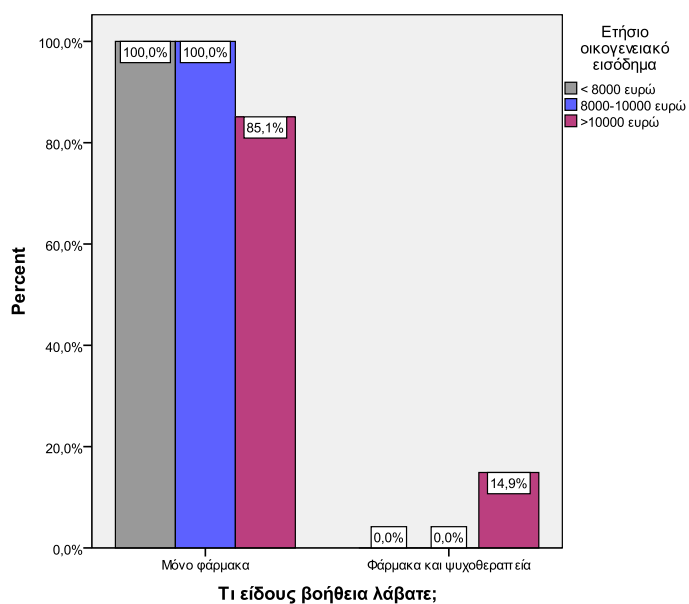
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βοήθεια που πήραν οι μητέρες ανάλογα με την εργασιακή τους κατάσταση.

Γράφημα 19: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Θεραπείας και την Εργασιακή κατάσταση της Μητέρας.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βοήθεια που πήραν οι μητέρες ανάλογα με το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα.

Γράφημα 20: Συσχέτιση ανάμεσα στο Είδος της Θεραπείας και το Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα Μητέρας.



Συσχέτιση των μεταβολών των κλιμάκων κατάθλιψης και ποιότητας ζωής με εργασιακά, οικονομικά στοιχεία καθώς και με τη βοήθεια που έλαβαν οι μητέρες.

Συσχετίστηκαν οι μεταβολές στις κλίμακες κατάθλιψης και ποιότητας ζωής με την εργασιακή κατάσταση των μητέρων, με τον τομέα εργασίας, με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, το που απευθύνθηκαν για βοήθεια και το είδος της βοήθειας που έλαβαν και δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ($p>0,050$). Συνεπώς η μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και η βελτίωση της ψυχικής και φυσικής υγείας δεν εξαρτιόταν από τους παράγοντες αυτούς

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύνοψη ευρημάτων.

Από τα ευρήματα φαίνεται ότι οι δύο ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου) δε διέφεραν σημαντικά στην πριν από την παρέμβαση μέτρηση. Αντίθετα, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στις μετά την παρέμβαση μετρήσεις, ενώ σημαντικές διαφοροποιήσεις παρουσιάζονται και στις μετρήσεις των παιδιάτρων που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης, στις πριν και μετά την παρέμβαση μετρήσεις. Λαμβάνοντας υπόψη το ερευνητικό σχέδιο που χρησιμοποιήθηκε, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι, τα αποτελέσματα οφείλονται στην επίδραση της παρέμβασης και ότι έχουν δυνατότητα γενίκευσης στον υπό εξέταση πληθυσμό.

Συγκεκριμένα, οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν καλύτερες τιμές τόσο στις μεταβλητές του Διαθεωρητικού Μοντέλου, όσο και στο Μοντέλο της Κανονικοποίησης της Διαδικασίας, αλλά και στα ποσοστά ανίχνευσης μητέρων με κατάθλιψη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η βελτίωση δηλαδή, δεν αφορούσε μόνο στις ενδοπροσωπικές μεταβλητές του παιδίατρου, αλλά και στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης, τη συμπεριφορά σε επίπεδο καθημερινής κλινικής πρακτικής. Η ισχυρή θετική συσχέτιση που διαπιστώθηκε ανάμεσα στις μεταβλητές των δύο μοντέλων, δείχνει ότι το Μοντέλο Παρέμβασης που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, μπορεί να αποτελέσει ένα θεωρητικό εργαλείο με ισχυρή προγνωστική ικανότητα ως προς τη συμπεριφορά ανίχνευσης της κατάθλιψης από τον παιδίατρο.

Εκτός από τα παραπάνω, φάνηκε επίσης ότι, οι μεταβλητές του ΔΜ προβλέπουν και ερμηνεύουν σε σημαντικό βαθμό, την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης. Αν ο παιδίατρος δεν αναγνωρίζει περισσότερα πλεονεκτήματα από

μειονεκτήματα στην απόφαση να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης στις μητέρες των ασθενών του, αν δεν έχει υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και δεν προχωρά από τις βιωματικές στις συμπεριφορικές διαδικασίες αλλαγής, τότε μειώνονται οι πιθανότητες να αλλάξει στάδιο και επομένως, να εφαρμόσει πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης. Μάλιστα, από την πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση, φάνηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα και η υιοθέτηση περισσότερων πλεονεκτημάτων από μειονεκτήματα (στο ισοζύγιο απόφασης) σχετίζονται ανεξάρτητα με όλες τις διαδικασίες αλλαγής, εκτός από τη θεαματική ανακούφιση, την αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης και τον έλεγχο ερεθισμάτων, όπου βρέθηκε ανεξάρτητη συσχέτιση μόνο με την αυτό-αποτελεσματικότητα. Αυτό σημαίνει ότι, αρκεί να στοχεύσει μια παρέμβαση στην αυτό-αποτελεσματικότητα και το ισοζύγιο απόφασης, για να προκληθεί μεταβολή στις διαδικασίες αλλαγής και να αυξηθούν οι πιθανότητες να εφαρμόσει ο παιδίατρος πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης.

Όμως, φαίνεται ότι, σημαντικό ρόλο εκτός από τη θεωρία αλλαγής (Διαθεωρητικό Μοντέλο), διαδραματίζει και ο συνδυασμός των μεταβλητών της θεωρίας δράσης (Μοντέλο Κανονικοποίησης της Διαδικασίας-NPT), που στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής αποτελεί παράλληλα και μέθοδο αξιολόγησης της παρέμβασης. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει κάποιους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν την ενσωμάτωση μιας παρέμβασης σε συνθήκες πραγματικής ζωής. Υποθέτει δηλαδή ότι, όταν τα άτομα κατανοούν τις συγκεκριμένες δραστηριότητες που πρέπει να αναλάβουν και βρίσκουν νόημα σε αυτές, επενδύοντας στη διαδικασία (συνοχή), όταν εμπλέκονται σε σημαντικό βαθμό με τις διαδικασίες που απαιτούνται (γνωστική συμμετοχή), όταν κάνουν αυτά που χρειάζεται προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός που αφορά τον εντοπισμό των μητέρων με κατάθλιψη (συλλογική δράση) και τέλος όταν είναι σε θέση να αξιολογούν με

επίσημο και ανεπίσημο τρόπο, τα οφέλη και το κόστος που θα έχουν από την εφαρμογή αυτών των πρακτικών, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να ενσωματωθεί η παρέμβαση στην καθημερινή τους κλινική πρακτική και να γίνει «αόρατη», να μη διαχωρίζεται δηλαδή, από τα υπόλοιπα καθήκοντα και τις δραστηριότητες που κάνουν τα άτομα καθημερινά, στην εργασία τους.

Από τα ευρήματα φάνηκε ότι, οι μεταβλητές του NPT, έχουν ισχυρή θετική συσχέτιση με τα στάδια αλλαγής και τα υπόλοιπα δομικά στοιχεία του ΔΜ. Όσο αυξάνεται ο βαθμός ενσωμάτωσης της παρέμβασης στην καθημερινή κλινική πρακτική των παιδιατρών και του προσωπικού του ιατρείου, τόσο καλύτερες ήταν οι τιμές στις μεταβλητές του ΔΜ και τόσο αυξάνονταν οι πιθανότητες εφαρμογής πρακτικών διαχείρισης και αντίστροφα. Όσο καλύτερες ήταν οι τιμές στις μεταβλητές του ΔΜ, τόσο αυξάνονταν οι πιθανότητες να ενσωματωθεί η παρέμβαση στο πλαίσιο του παιδιατρικού ιατρείου. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι, το Μοντέλο Παρέμβασης που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ερμηνεύει και προβλέπει σε ικανοποιητικό βαθμό τη συμπεριφορά εφαρμογής πρακτικών διαχείρισης από τον παιδίατρο, ενώ έχει και κάποιες άλλες προεκτάσεις που αφορούν στο σύστημα υγείας και θα αναλυθούν στη συνέχεια.

Με βάση τα ευρήματα, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και ισχύουν όλες οι εναλλακτικές υποθέσεις, καθώς το στάδιο, οι διαδικασίες αλλαγής, η αυτό-αποτελεσματικότητα και τα υπέρ και κατά (ισοζύγιο απόφασης) στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης στους παιδίατρους της ομάδας παρέμβασης μεταβλήθηκαν θετικά, τόσο στη μετά την παρέμβαση μέτρηση, όσο και τις follow-up μετρήσεις, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, η αλλαγή σταδίου είχε θετική συσχέτιση με την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης στους παιδίατρους της ομάδας παρέμβασης, και συγκεκριμένα, το ποσοστό των παιδίατρων στο στάδιο της δράσης και διατήρησης

της δράσης (εφαρμόζουν δηλαδή πρακτικές διαχείρισης) ήταν υψηλότερο στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις μετρήσεις παρακολούθησης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Ακόμη, η συνοχή, η γνωστική συμμετοχή, η συλλογική δράση και η αντανακλαστική παρακολούθηση, είχαν θετική συσχέτιση με το στάδιο αλλαγής, τις διαδικασίες αλλαγής, την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και το ισοζύγιο απόφασης στους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις μετρήσεις παρακολούθησης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και τέλος, η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης από τους παιδιάτρους της ομάδας παρέμβασης είχε θετική συσχέτιση με το ποσοστό των μητέρων με κατάθλιψη που ανιχνεύονται και παραπέμπονται σε ειδικό ψυχικής υγείας και ήταν υψηλότερο από την ομάδα ελέγχου στη μετά την παρέμβαση μέτρηση και τις μετρήσεις παρακολούθησης.

Εκτός από τις μεταβλητές που αφορούν στο θεωρητικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα και αφορά στους συμμετέχοντες παιδιάτρους, αξιολογήθηκαν επίσης τα επίπεδα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε μητέρες που εντοπίστηκαν να έχουν προβλήματα κατάθλιψης και παραπέμφθηκαν για να λάβουν εξειδικευμένο βοήθεια. Από τα ευρήματα φάνηκε ότι, οι μητέρες ωφελήθηκαν σημαντικά από την παραπομπή σε ειδικό ψυχικής υγείας. Ενώ αμέσως μετά την παραπομπή, η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων εμφάνιζε σοβαρή κατάθλιψη, μετά από 12 μήνες, το ποσοστό αυτό μηδενίστηκε. Τα ποσοστά που παρέμειναν στην τελευταία μέτρηση, ένα έτος μετά την παραπομπή, ήταν 71,7% ήπια, 27% μέτρια και το 0,7% μέτριας σοβαρότητας καταθλιπτική συμπτωματολογία. Πρόκειται δηλαδή για σημαντική βελτίωση στο ποσοστό των γυναικών που δέχτηκαν να αξιολογηθούν.

Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και σε σχέση με την Ποιότητας Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖΣΥ), με τα ευρήματα να δείχνουν σημαντική βελτίωση της σωματικής και της ψυχικής υγείας των μητέρων στους έξι και δώδεκα μήνες μετά την παραπομπή σε ειδικό ψυχικής υγείας. Από την άλλη, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που προκύπτουν από τη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των μητέρων με το είδος της υπηρεσίας στην οποία απευθύνθηκαν για παραπομπή, αλλά και τη θεραπεία που έλαβαν. Ενώ οι εργαζόμενες μητέρες μοιράζονται ανάμεσα σε ιδιώτη ψυχίατρο και τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι άνεργες αναζητούν βοήθεια αποκλειστικά στις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, συχνότερα επισκέπτονται ιδιώτη ψυχίατρο οι μητέρες που εργάζονται στο δημόσιο τομέα και έχουν εισόδημα άνω των 10.000 ευρώ ετησίως. Αυτό πιθανά να σχετίζεται με το ότι οι όροι απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα έχουν χειροτερέψει σημαντικά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, ενώ στο δημόσιο τομέα, παραμένουν σε καλύτερα επίπεδα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και δεδομένης της δημοσιονομικής κατάστασης της χώρας. Επιπλέον, η σταθερότητα εργασίας και αμοιβής στο δημόσιο τομέα, παρέχει τη δυνατότητα στη μητέρα να κάνει τον απαιτούμενο προγραμματισμό ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει στο έξοδο της επίσκεψης σε ιδιώτη ψυχίατρο.

Είναι αξιοσημείωτο ότι, η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων έλαβε μόνο φάρμακα ως μέσο θεραπευτικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης, ενώ και πάλι, οι γυναίκες που έλαβαν ψυχοθεραπεία και φάρμακα, ήταν εργαζόμενες στο δημόσιο και είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 10.000 ευρώ. Φαίνεται ότι, η αύξηση της φτώχειας και η συνακόλουθη μείωση των εισοδημάτων κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, οδηγεί σε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τον δημόσιο τομέα [249, 250]. Αυτό, σε συνδυασμό με το ότι οι λίγες και

συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα, υπηρεσίες ψυχικής υγείας (π.χ. Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής) δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού, οδηγεί σε αυξημένο χρόνο αναμονής για ραντεβού, ενώ η υποστελέχωση και η μη σταθερή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας [251-253], αποκλείει σε πολλές περιπτώσεις την πρόσβαση των ασθενών σε ψυχοθεραπεία. Από την άλλη, η ψυχοθεραπεία δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, οπότε αποκλείεται και η πιθανότητα να καταφύγει σε ιδιώτη ψυχίατρο ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας μια μητέρα με χαμηλό εισόδημα.

Γενικά, οι μητέρες με προβλήματα κατάθλιψης, όπως και κάθε άνθρωπος που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, λαμβάνουν από τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυτό που υπάρχει διαθέσιμο και όχι απαραίτητα αυτό που χρειάζονται. Ωστόσο, είναι πολύ σημαντικό ότι, παρά το γεγονός ότι, η βοήθεια που έλαβαν εξαντλήθηκε στη φαρμακευτική αγωγή, εντούτοις, παρουσίασαν θεαματική βελτίωση τόσο σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όσο και σε σχέση με την ποιότητα ζωής. Όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, αλλά και από προηγούμενες έρευνες πάνω στο θέμα [59, 66, 133, 148, 167], συχνά οι μητέρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης κινητοποιούνται ώστε να αναζητήσουν βοήθεια επειδή φοβούνται τις συνέπειες που μπορεί να έχει στο παιδί. Ενώ δηλαδή δυσκολεύονται να αναζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους, το κάνουν πιο εύκολα, όταν ενημερωθούν για τις συνέπειες που μπορεί να προκληθούν στην ανάπτυξη του παιδιού. Ίσως αυτό, να αποτελεί και έναν από τους λόγους που οι μητέρες μετά τη φαρμακευτική θεραπεία έχουν βελτιωμένα σκορ στο ερωτηματολόγιο της ΠΖΣΥ. Πιθανά η ανάγκη τους να αναχαιτίσουν την ενδεχόμενη επίδραση στην ανάπτυξη και την υγεία του παιδιού να αποτελεί τόσο σημαντικό κίνητρο, ώστε μόλις αισθανθούν καλύτερα, προσπαθούν να

ανακτήσουν τα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας, για να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες του παιδιού. Αυτό με τη σειρά του αυξάνει την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που βιώνουν και πιθανά να συνδέεται με καλύτερη αίσθηση ποιότητας ζωής.

Σύγκριση με προηγούμενα προγράμματα παρέμβασης.

Σε προηγούμενα προγράμματα παρέμβασης που εφάρμοσαν μαζικά, πρακτικές ανίχνευσης σε μητέρες που επισκέπτονταν γυναικολογικές, παιδιατρικές και υπηρεσίες υγείας γενικής ιατρικής, φάνηκε ότι η ανίχνευση οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ωστόσο, ελάχιστα προγράμματα μετρούν σε βάθος χρόνου τα αποτελέσματα που είχαν για την ψυχική υγεία των μητέρων οι υπηρεσίες τις οποίες έλαβαν [145, 162, 182, 254]. Στα περισσότερα από αυτά, τα ποσοστά των μητέρων που εντοπίζονται να πάσχουν από κατάθλιψη, κυμαίνονται από 10-22% [191, 255, 256]. Μεγαλύτερα ποσοστά που φτάνουν ακόμη και το 50% εντοπίζονται σε μητέρες που ανήκουν σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, όπως είναι οι έφηβες μητέρες, εκείνες που διαβιούν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης ψυχικής διαταραχής [168, 185].

Σε μεθοδολογικό επίπεδο, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη δύο σημαντικές παράμετροι: α) η έρευνα στο πεδίο της κατάθλιψης των μητέρων με παιδιά ηλικίας 0-5 ετών ξεκινά ουσιαστικά το 2008 με μελέτες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας, οι οποίες είναι κυρίως συγχρονικές και έχουν ως αρχικό στόχο να αναδειχθούν οι παράγοντες στο επίπεδο του παιδιάτρου (ατομικό) που παίζουν ρόλο στην υιοθέτηση πρακτικών ανίχνευσης. Αντίστοιχα, τα παρεμβατικά προγράμματα που αναπτύσσονται, αποτελούν μέρος του μοντέλου της οικογενειακά επικεντρωμένης /προσανατολισμένης φροντίδας (“family-centered/oriented care) η

οποία συνιστά ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών και βελτίωσης ποιότητας στην ΠΦΥ που εστιάζει στην ολιστική φροντίδα των μελών της οικογένειας και έχει επίσης αναπτυχθεί από την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία [19]. Μπορεί οι προσπάθειες αυτές να βασίστηκαν στην επιστημονική τεκμηρίωση που προέκυψε από την έρευνα με μητέρες που εμφανίζουν κατάθλιψη στη λοχεία ή κατά την περιγεννητική περίοδο, ωστόσο διατηρούν σημαντικές διαφορές από αυτήν την προσέγγιση, η οποία απαντάται κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες· β) η συντριπτική πλειοψηφία των προγραμμάτων για την δευτερογενή πρόληψη της κατάθλιψης των μητέρων με παιδιά ηλικίας 0-5 ετών στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ (ή ακόμα και σε δομές και υπηρεσίες γυναικολογικής φροντίδας υγείας) δε βασίζονται σε θεωρία [171].

Πολλά από τα προγράμματα αυτά πλαισιώνονται από κάποιο θεωρητικό πλαίσιο, ωστόσο αυτό αποτελεί περισσότερο μια γενική εννοιολογική βάση, και δε χρησιμοποιείται για να αναπτυχθεί και να αξιολογηθεί η παρέμβαση. Χαρακτηριστικό είναι ότι, ενώ ακόμα και στον τίτλο των σχετικών επιστημονικών άρθρων που δημοσιεύονται τα ευρήματα αυτών των ερευνών σημειώνεται ότι η παρέμβαση βασίστηκε σε θεωρία, στη συνέχεια προκύπτει ότι οι ερευνητές δεν αξιολογούν τις μεταβλητές της θεωρίας την οποία υποτίθεται ότι χρησιμοποίησαν, αλλά γενικά τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και την αυτό-αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ (παιδιάτρων, γυναικολόγων, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας). Βέβαια, αυτά τα προγράμματα δεν γίνονται στο κενό, αλλά βασίζονται στην επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση για το θέμα. Μπορεί δηλαδή να μην είναι “theory-based”, αλλά είναι “evidence-based”. Αυτό σημαίνει ότι από τα αποτελέσματα αυτών των μελετών μαθαίνουμε με γενικό τρόπο τι λειτουργεί, ακόμη και αν χρησιμοποιούν τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη για την αξιολόγηση της

παρέμβασης που αποτελεί το “gold standard” της αξιολόγησης των προγραμμάτων [241] και παράγουν επιστημονική τεκμηρίωση. Η θεωρία, διατηρεί πάντα το πλεονέκτημα, ότι παρέχει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνει η συμπεριφορά αλλαγής και το οποίο μπορεί να φανεί από την αξιολόγηση ότι λειτουργεί ή ότι πρέπει να απορριφθεί ή να βελτιωθεί. Σε αρκετές περιπτώσεις μάλιστα, η αξιολόγηση των προγραμμάτων γίνεται με όρους “black box”, δηλαδή όχι μόνο δε χρησιμοποιείται θεωρία, αλλά μπορεί μεν τα ευρήματα να δείχνουν κατά πόσο ένα πρόγραμμα ήταν επιτυχημένο ή όχι, ωστόσο δεν παρέχουν σχεδόν καμία πληροφορία για τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται η επιτυχία τους [195].

Ίσως βέβαια αυτό να συμβαίνει επειδή όπως σημειώθηκε και νωρίτερα, η έρευνα σε αυτό το πεδίο μετράει μόλις μια δεκαετία και πιθανά στο μέλλον να προκύψουν παραπάνω επιστημονικά τεκμήρια. Με βάση αυτά, μια σημαντική συνεισφορά της παρούσας διατριβής, είναι ακριβώς η χρήση θεωρίας και μάλιστα ο συνδυασμός θεωρίας αλλαγής (“theory of change”) -η οποία είναι το Διαθεωρητικό Μοντέλο- και θεωρίας δράσης (“theory of action”) -που στην προκειμένη περίπτωση είναι η θεωρία Κανονικοποίησης της Διαδικασίας (NPT)- που απαντά τόσο στο *πως* συμβαίνει κάτι, όσο και στο *τι* συμβαίνει και συνιστά ένα Μοντέλο Παρέμβασης για το υπό εξέταση θέμα (αξίζει να σημειωθεί ότι σε μεθοδολογικό επίπεδο, η ανάπτυξη Μοντέλου Παρέμβασης “program theory”, θεωρείται η πιο σύγχρονη προσέγγιση στις παρεμβάσεις προαγωγής υγείας καθώς μεταξύ άλλων, συμβάλλει στην αύξηση των πιθανοτήτων επιτυχίας του προγράμματος). Το ερώτημα του *γιατί* συμβαίνει αυτό που παρατηρούμε στα αποτελέσματα, παρ’ όλο που χρησιμοποιήθηκε τυχαioποιημένη ελεγχόμενη μελέτη για την αξιολόγηση, απαντάται μόνο εν μέρει. Όσο καλή κι αν είναι η θεωρία και το ερευνητικό σχέδιο που χρησιμοποιείται σε ένα πρόγραμμα, ποτέ δε μπορούμε να είμαστε απολύτως σίγουροι για το κατά πόσο είναι πράγματι η

παρέμβαση που ευθύνεται 100%, για τις αλλαγές που παρατηρούμε στα άτομα. Στην πραγματικότητα, προσπαθούμε να πλησιάσουμε όσο περισσότερο μπορούμε αυτό το ποσοστό, αλλά και πάλι δε μπορούμε να διατυπώσουμε ισχυρισμούς που να αποδεικνύουν αιτιώδεις σχέσεις, παρά μόνο συσχέτιση, ειδικά μάλιστα στην περίπτωση που το πρόγραμμα υλοποιείται σε συνθήκες πραγματικής ζωής όπως η παρούσα παρέμβαση, και όχι στις σχεδόν απόλυτα ελεγχόμενες συνθήκες ενός εργαστηρίου.

Με βάση τα παραπάνω, η σύγκριση των αποτελεσμάτων του προγράμματος που περιλαμβάνεται στην παρούσα διδακτορική διατριβή, γίνεται με προηγούμενα προγράμματα πάνω στο θέμα, ανεξάρτητα με το αν χρησιμοποιούν θεωρία ή όχι. Μπορούμε να αντλήσουμε ίσως γενικές πληροφορίες από αντίστοιχες παρεμβάσεις που αφορούν στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ να παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος και χρησιμοποιούν την ίδια θεωρία παρέμβασης, αλλά λόγω του ότι το κάπνισμα αποτελεί εθιστική συνήθεια ενώ η κατάθλιψη όχι, αλλά και λόγω των διαφορετικών κοινωνικών παραμέτρων που συνδέονται με κάθε πρόβλημα (κάπνισμα-κατάθλιψη), μια τέτοια σύγκριση δε θα οδηγούσε σε ασφαλή συμπεράσματα. Το σημαντικό στην προσέγγιση που χρησιμοποιείται στο παρόν πρόγραμμα παρέμβασης, είναι ακριβώς το πλαίσιο της ΠΦΥ με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (contextualization), το οποίο διαφέρει σημαντικά από το αντίστοιχο πλαίσιο που λαμβάνει χώρα η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος. Για το λόγο αυτό, η σύγκριση θα γίνει μόνο με παρεμβάσεις πάνω στον ίδιο ή παρόμοιο πληθυσμό και για το ίδιο θέμα.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της συντριπτικής πλειοψηφίας των προγραμμάτων παρέμβασης για τη δευτερογενή πρόληψη της κατάθλιψης σε μητέρες (είτε αφορούν την επιλογή ή περιγεννητική περίοδο, είτε την κατάθλιψη σε μητέρες με παιδιά

ηλικίας 0-5 ετών), περιλαμβάνουν [22, 42, 52, 63, 98, 114, 146, 165, 166, 169, 171-175, 182, 183, 185, 239]: α) τη χορήγηση εργαλείου ανίχνευσης για τον εντοπισμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυτοκτονικότητας, το οποίο είναι συνήθως η κλίμακα EPDS [257], το PHQ-9 [178] ή το PHQ-2 [115], τα οποία αποτελούν και τα επικρατέστερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε τέτοιου τύπου παρεμβάσεις [165], β) ψυχοκοινωνική αξιολόγηση της μητέρας, για τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών, ενώ σπανιότερα, συμπεριλαμβάνουν και ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του παιδιού, γ) ανάλογα με τους πόρους του συστήματος υγείας και του πλαισίου που εφαρμόζεται η παρέμβαση (π.χ. παιδιατρικό, γυναικολογικό), τα προγράμματα περιλαμβάνουν: i) τη στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε στο παρόν πρόγραμμα και αφορά ανίχνευση και παραπομπή των μητέρων που εντοπίζονται να έχουν μέτρια σοβαρή και σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, ii) θεραπευτική αντιμετώπιση από ειδικό ψυχικής υγείας ο οποίος βρίσκεται στην ίδια δομή της ΠΦΥ (collocation-collaborative care), iii) θεραπευτική αντιμετώπιση από τον ίδιο επαγγελματία της ΠΦΥ ο οποίος κάνει και την ανίχνευση, αφού βέβαια εκπαιδευτεί κατάλληλα (integrated care). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, η πλειοψηφία των προγραμμάτων περιλαμβάνει κάποιου είδους θεραπευτική αντιμετώπιση, είτε αυτό αφορά παροχή συμβουλευτικής στις μητέρες με ήπια κατάθλιψη, είτε κλινική διαχείριση (π.χ. συνταγογράφηση και συμβουλευτική). Τα προγράμματα που εφαρμόζουν τη στρατηγική της ανίχνευσης και παραπομπής όπως το παρόν, είναι μειοψηφία και εντοπίζονται σε χώρες με πολύ περιορισμένους πόρους, αδύναμο σύστημα ΠΦΥ και ιατροκεντρική προσέγγιση στο σύστημα υγείας [201, 206]. δ) δίκτυο παραπομπών, το οποίο δρα υποστηρικτικά στους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ, καθώς, τα περιστατικά τα οποία δε μπορούν να διαχειριστούν, παραπέμπονται, ενώ παράλληλα μπορούν να απευθυνθούν σε ειδικούς ψυχικής υγείας

για συμβουλή και ανατροφοδότηση, ε) η συντριπτική πλειοψηφία των προγραμμάτων δεν περιλαμβάνει μετρήσεις αποτελεσματικότητας του προγράμματος σε επίπεδο ψυχικής υγείας της μητέρας, παρά μόνο τα ποσοστά ανίχνευσης και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την πρώτη μέτρηση ανίχνευσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ ακόμη σπανιότερα τα προγράμματα παρέχουν πληροφορίες για τα αποτελέσματα στην υγεία (ψυχική και σωματική) του παιδιού.

Στις περισσότερες έρευνες που αναφέρουν ευρήματα για τα αποτελέσματα της παρέμβασης στην ψυχική υγεία της μητέρας, φαίνεται ότι, η καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζει σημαντική μείωση τους τρεις, έξι και δώδεκα μήνες μετά την παραπομπή, αν και σε κάποια προγράμματα φαίνεται ότι η αρχική βελτίωση που παρατηρείται στους τρεις μήνες, στην πορεία αντιστρέφεται και τα καταθλιπτικά συμπτώματα επανέρχονται [191, 256].

Από τα προγράμματα που έγιναν στις ΗΠΑ, η μεγαλύτερη βελτίωση σε επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων δώδεκα μήνες μετά την παραπομπή, σημειώθηκε στην παρέμβαση TRIPPD (The Translating Research into Practice for Postpartum Depression) των Yawn et al., [258], η οποία αποτελεί μια από τις καλύτερες και πιο αξιόπιστες ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει διεθνώς, στο συγκεκριμένο πεδίο. Το πρόγραμμα είχε ως στόχο τον έγκαιρο εντοπισμό και τη θεραπευτική αντιμετώπιση γυναικών που βρίσκονταν σε επιλόχεια περίοδο και, εκτός από το τεστ ανίχνευσης, περιελάμβανε και θεραπευτική αντιμετώπιση από επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ (μετά από εκπαίδευση), αλλά και ειδικούς ψυχικής υγείας που βρίσκονταν στην ίδια δομή. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, οι γυναίκες που έλαβαν τη θεραπευτική αντιμετώπιση στο πλαίσιο της παρέμβασης (δηλαδή, από επαγγελματίες της ΠΦΥ ή ειδικό ψυχικής υγείας που βρισκόταν στην ίδια δομή), είχαν πολύ

καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, σε σχέση με εκείνες που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα (παραπομπή σε υπηρεσία/ειδικό ψυχικής υγείας εκτός ΠΦΥ).

Τόσο στο πρόγραμμα των Yawn et al., [258], όσο και σε αυτό που περιλαμβάνεται στην παρούσα διατριβή, δε χρησιμοποιήθηκε η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη του DSM-IV (SCID) [259] προκειμένου να ελεγχθεί κατά πόσο τα αποτελέσματα του PHQ-9 επαληθεύονται από το SCID προκειμένου η μητέρα να παραπεμφθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας. Αυτό έγινε εσκεμμένα, διότι, όπως φάνηκε στην έρευνα των Gjerdingen et al., [260] η χρήση του SCID σε τέτοιου τύπου παρεμβάσεις δεν είναι καλά αποδεκτή από τις μητέρες, με αποτέλεσμα να μην επανέρχονται στην ΠΦΥ για θεραπεία και να μην είναι δεκτικές σε παραπομπή. Μάλιστα, έχει φανεί ότι οι μητέρες που συνήθως δυσκολεύονται περισσότερο με το SCID είναι εκείνες από χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, οι οποίες παράλληλα έχουν τα υψηλότερα ποσοστά εγκατάλειψης της έρευνας (drop-outs) και τα μεγαλύτερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Για τον λόγο αυτό, νεότερες έρευνες δε χρησιμοποιούν το SCID σε τέτοιου τύπου παρεμβάσεις, για να μην προκληθούν αυτά τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα, τα οποία σχετίζονται με δυσκολία πρόσβασης της μητέρας στη θεραπεία.

Μεγαλύτερη βελτίωση σε επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παρουσιάζουν οι μητέρες που λαμβάνουν βοήθεια από το πλαίσιο της ΠΦΥ στο οποίο γίνεται και ο εντοπισμός, υπάρχει δηλαδή ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ ή έστω μέρος αυτών [165, 171]. Η παραπομπή, εκτός του ότι δημιουργεί προβλήματα (π.χ. ασυνέχεια στη φροντίδα) που σχετίζονται με την επικοινωνία και τη συνεργασία ανάμεσα στον επαγγελματία ή τη δομή της ΠΦΥ και τον επαγγελματία ή την υπηρεσία ψυχικής υγείας, προκαλεί περαιτέρω δυσκολίες πρόσβασης στη θεραπεία, εξαιτίας του κόστους που συνεπάγεται η αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον

ιδιωτικό τομέα, ή τα εμπόδια που συνήθως υπάρχουν στις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (μεγάλη αναμονή για ραντεβού, μη σταθερή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών, λίγες και συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα υπηρεσίες) [261].

Μάλιστα, στο πρόγραμμα PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers) που υλοποιήθηκε στην Αυστραλία και αποτελεί μια πολυεπίπεδη παρέμβαση με συνεργασία ανάμεσα στις δομές ΠΦΥ και την κοινότητα, ώστε να ενισχυθεί η σωματική υγεία και να βελτιωθούν τα ποσοστά κατάθλιψης στις μητέρες, προέκυψαν αρνητικά ευρήματα [261]. Οι μητέρες που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης, δεν παρουσίασαν βελτίωση ως προς την σωματική τους υγεία και τα επίπεδα κατάθλιψης στους έξι μήνες μετά την παρέμβαση. Οι ερευνητές ερμήνευσαν τα ευρήματα με βάση το ότι οι νοσηλεύτριες που είχαν την ευθύνη της διαχείρισης των περιστατικών, δεν ήταν ενσωματωμένες στην ίδια δομή ΠΦΥ με αυτή που γινόταν η ανίχνευση. Ως αποτέλεσμα, το «ταξίδι» της μητέρας στο σύστημα υγείας συνοδευόταν από μια σειρά εμποδίων για την πρόσβαση στη θεραπεία, όπως ζητήματα αποζημίωσης και γραφειοκρατίας, σύγχυση στον ρόλο των νοσηλευτριών λόγω του ότι εργάζονταν σε κυλιόμενες βάρδιες και έλλειψη συνεχούς υποστήριξης του προσωπικού. Τόσο από το πρόγραμμα PRISM [261] όσο και από το πρόγραμμα TRIPPD [258] που αποτελούν δυο από τις πιο αξιόλογες ερευνητικές προσπάθειες διεθνώς πάνω στο θέμα και χρησιμοποίησαν τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη για την αξιολόγηση του προγράμματος, φάνηκε ότι, όταν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ενσωματωμένες στην ΠΦΥ, οι επαγγελματίες της ΠΦΥ είναι καλά εκπαιδευμένοι και υποστηρίζονται συνεχώς, ενώ παρέχεται και βοήθεια στη διαχείριση των περιστατικών με εργαλεία που διευκολύνουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων, τότε οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά

υιοθέτησης των πρακτικών διαχείρισης για την κατάθλιψη στις μητέρες, ενώ οι τελευταίες, διευκολύνονται σημαντικά στην πρόσβαση στη θεραπεία [191].

Από την άλλη, στο πρόγραμμα που περιλαμβάνεται στην παρούσα παρέμβαση, παρ' όλο που οι μητέρες έλαβαν παραπομπή, ωστόσο, παρουσίασαν σημαντική βελτίωση και ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία και ως προς την ΠΖΣΥ, κάτι που με βάση τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερευνών, θεωρείται μη αναμενόμενο. Ωστόσο, όπως σημειώνουν πολλοί ερευνητές [165, 171-173, 175, 182, 185], αυτό που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχία αυτών των παρεμβάσεων δεν είναι μόνο οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν, αλλά κατά πόσο αυτές απαντούν στα συγκεκριμένα προβλήματα που συνδέονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας σε κάθε χώρα (contextualization) και εκεί ακριβώς θα πρέπει να αναζητηθούν οι υφιστάμενοι παράγοντες που οδηγούν σε επιτυχία ή αποτυχία ενός προγράμματος. Για το λόγο αυτό, προτείνουν ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη στο σχεδιασμό, τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ, διαφορετικά, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αποτύχουν.

Οι παράγοντες που συνετέλεσαν στην επιτυχία του παρόντος προγράμματος και είχαν ως αποτέλεσμα τα απροσδόκητα καλά αποτελέσματα για την ψυχική υγεία των μητέρων, πρέπει να αναζητηθούν στα στοιχεία που συνιστούν το πλαίσιο (context) μέσα στο οποίο συμβαίνει η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης και το οποίο επιχειρεί να επηρεάσει η παρέμβαση, πέρα από τις ενδοπροσωπικές μεταβλητές του παιδιάτρου.

Το πρόγραμμα που περιγράφεται στην παρούσα διατριβή, περιλαμβάνει τόσο ποσοτική, όσο και ποιοτική έρευνα. Η ποιοτική διερεύνηση των αναγκών των παιδιάτρων και των μητέρων, πραγματοποιήθηκε ακριβώς για να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό της παρέμβασης, όσο το δυνατόν περισσότερες παράμετροι που

σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το σύστημα υγείας και μπορούν να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν τους παιδίατρος να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης, αλλά και τις μητέρες να αναζητήσουν βοήθεια (contextualization). Ως προς το προς το πρώτο σκέλος, τη διευκόλυνση δηλαδή των παιδιάτρων στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, το γεγονός ότι η χώρα μας έχει αδύναμο σύστημα ΠΦΥ, συνεπάγεται μια σειρά από χαρακτηριστικά, όπως ο κατακερματισμός των υπηρεσιών ΠΦΥ, η δυσκολία διασύνδεσης με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η έλλειψη συνεργασίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας [206]. Ειδικά το τελευταίο, έχει μεγάλη σημασία, καθώς στη χώρα μας, επικρατεί η παράλληλη πρακτική και όχι η διεπιστημονική συνεργασία.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ΠΦΥ παρέχεται μεμονωμένα από τους ιατρούς ενώ θα έπρεπε να παρέχεται από τη διεπιστημονική ομάδα της ΠΦΥ [262], παρατηρούμε ότι, ειδικά για την περίπτωση της κατάθλιψης στις μητέρες που είναι ένα κατεξοχήν διεπιστημονικό πεδίο, η έλλειψη συνεργασίας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Οι επαγγελματίες υγείας στη χώρα μας δεν εξοικειώνονται με τους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, δε γνωρίζουν ποιος είναι ο ρόλος και η συνεισφορά καθενός στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ από την άλλη, δε λαμβάνουν υποστήριξη [263]. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα να έχουν αυξημένο φόρτο εργασίας και να κινδυνεύουν με επαγγελματική εξουθένωση, η οποία συνδέεται με φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα για τον ασθενή [264]. Στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ όπως έχει διαμορφωθεί στη χώρα μας, η παροχή υπηρεσίας ανήκει σχεδόν κατεξοχήν στον ιδιωτικό τομέα. Ως εκ τούτου, οι παιδίατροι είναι σε θέση να ελέγξουν καλύτερα τον χρόνο τους, αλλά είναι απομονωμένοι από τους συναδέλφους τους και δεν επικοινωνούν συχνά με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων (σε αντίθεση για παράδειγμα με ό,τι θα ανέμενε

κανείς να συμβαίνει στα νοσοκομεία). Επιπλέον, το ιατρείο έχει προσωποπαγή χαρακτήρα, οπότε όλη η ευθύνη και οι καθημερινές αρμοδιότητες σε σχέση με την κλινική πρακτική, ανήκουν στον παιδίατρο.

Για τη συμπερίληψη των παιδιάτρων στην παρούσα έρευνα, ένα από τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν, να υπάρχει τουλάχιστον ένα ακόμη άτομο ως βοηθητικό προσωπικό στο ιατρείο. Αυτό κρίθηκε σκόπιμο τόσο για πρακτικούς λόγους που είχαν να κάνουν με τη συλλογή των δεδομένων (π.χ. την καταχώρηση των μητέρων στις οποίες χορηγείται καθημερινά το εργαλείο ανίχνευσης), όσο και με τη διάσταση της συνεργασίας που αναφέρθηκε παραπάνω. Υπήρχαν συγκεκριμένες αρμοδιότητες τις οποίες ανέλαβε το βοηθητικό προσωπικό του ιατρείου, ενώ σκοπός της παρέμβασης ήταν να αλλάξει τον χαρακτήρα του ιατρείου από μεμονωμένο, σε συνεργατικό πλαίσιο εργασίας. Παροτρύνοντας το βοηθητικό προσωπικό τις μητέρες να συμπληρώσουν το εργαλείο, υποστηρίζοντας τον παιδίατρο στον ρόλο του, μαθαίνοντας περισσότερα για το τι προκαλεί η κατάθλιψη στη μητέρα και το παιδί, η ανίχνευση της κατάθλιψης δεν ήταν απλά μια πράξη που έπρεπε να γίνει στο πλαίσιο μιας καθημερινής εργασιακής ρουτίνας, όπως πχ ο εμβολιασμός, αλλά επενδύθηκε συναισθηματικά από το προσωπικό, αυξάνοντας έμμεσα το αίσθημα του «ανήκειν» στο πρόγραμμα και επενδύοντας στον σκοπό. Εκτός από τα ευρήματα στις κλίμακες του NPT, που δείχνουν το βαθμό της υιοθέτησης της παρέμβασης από το προσωπικό σε συνάρτηση με αυτά τα στοιχεία, χαρακτηριστικό είναι ότι, ενώ στην αρχή πολλοί παιδίατροι μιλούσαν για όσα κάνουν στο ιατρείο σε πρώτο ενικό πρόσωπο, όσο περνούσε ο καιρός, άλλαζε ο τρόπος που αναφέρονταν σε αυτά, χρησιμοποιώντας συχνά τη φράση «εμείς στο ιατρείο κάνουμε/προσπαθούμε/πιστεύουμε...».

Η θεωρία δράσης NPT, χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός για τις δραστηριότητες και τις στρατηγικές που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της παρέμβασης, ώστε αφενός να

αυξήσει τη δέσμευση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα, αλλά και να τους διευκολύνει να οικειοποιηθούν τον σκοπό του προγράμματος και να νιώσουν ότι τους ανήκει, ότι δεν είναι απλά μέρος, αλλά δρώντα υποκείμενα που συνδιαμορφώνουν την παρέμβαση. Στόχος της ερευνήτριας ήταν, η παράλληλη πρακτική που υπήρχε στο ιατρείο να μετασχηματιστεί σε συνεργατική, κάτι που όμως φαίνεται και από τα ευρήματα, επιτεύχθηκε σε σημαντικό βαθμό. Οι αλλαγές σε επίπεδο υπηρεσιών και πολιτικής υγείας με στόχο την ενίσχυση της διασύνδεσης, την ενσωμάτωση επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ κλπ, ξεφεύγουν κατά πολύ από τον σκοπό και το περιθώριο παρέμβασης που υπάρχει στο πλαίσιο μιας διδακτορικής διατριβής. Έτσι, θεωρήθηκε σκόπιμο, να υπάρξει στόχευση στα χαρακτηριστικά εντός του ιατρείου που αποτελούν απόρροια του αδύναμου συστήματος ΠΦΥ και έχουν κομβικό ρόλο στην εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης, ενώ παράλληλα βρίσκονται στον έλεγχο των ατόμων (για να έχει νόημα η παρέμβαση), όπως για παράδειγμα η συνεργατική εργασία (teamwork).

Εκτός όμως από τους παιδιάτρους και το προσωπικό του ιατρείου, τα χαρακτηριστικά του αδύναμου συστήματος της ΠΦΥ, επιδρούν και στην αναζήτηση βοήθειας των μητέρων για θέματα κατάθλιψης, όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας. Ένα σημαντικό ζήτημα που αναδύθηκε, ήταν εκείνο της παραπομπής. Η παρέμβαση συμπεριέλαβε ειδική φόρμα και «πρωτόκολλο» παραπομπής, ώστε η μητέρα να γνωρίζει σε ποιον ιατρό ή υπηρεσία θα απευθυνθεί, να έχει μαζί της ένα έγγραφο το οποίο εξηγεί τους λόγους παραπομπής και το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο ειδικός ψυχικής υγείας για να γράψει παρατηρήσεις και σχόλια για τον παιδίατρο, αν αυτό κρίνόταν απαραίτητο. Η διαδικασία αυτή, φαίνεται αμελητέα, ωστόσο, διευκόλυνε σημαντικά τη μητέρα να ξεκινήσει τη συζήτηση με τον ειδικό ψυχικής υγείας, την αποφόρτισε

από το άγχος ότι θα πρέπει να θυμάται και να μεταφέρει πληροφορίες από τον ένα ειδικό στον άλλο, ενώ παράλληλα μείωσε κάπως το στρες και την επιβάρυνση που είχε, καθώς της προσφέρθηκε τουλάχιστον μια επιλογή υπηρεσίας για να αναζητήσει βοήθεια και δεν της συστήθηκε απλά το «να επισκεφτεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας». Οι λίστες με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παραπομπή, φτιάχτηκαν από τους παιδιάτρους και το βοηθητικό προσωπικό του ιατρείου. Η κατάρτισή τους ήταν μια εργασία στο πλαίσιο της εκπαίδευσης. Αυτό συνέβαλλε από τη μια στο να διευκολυνθούν σημαντικά την ώρα της παραπομπής και να μη χρειάζεται να ψάχνουν διαθέσιμες υπηρεσίες την τελευταία στιγμή, ενώ από την άλλη βοήθησε τους παιδιάτρους που ήταν στην ίδια πόλη και συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης, να αναπτύξουν ένα δίκτυο επικοινωνίας μεταξύ τους και να διαπιστώσουν από την ανταλλαγή πληροφορήσης ποιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν διαθέσιμες, και τι θεραπευτικές εναλλακτικές προσφέρουν.

Επιπλέον, λόγω των σχετικά συχνών επισκέψεων στο παιδιατρικό ιατρείο, οι μητέρες αναπτύσσουν σχέση με το προσωπικό και τον παιδίατρο, ειδικά μάλιστα αν η μητέρα έχει και άλλα παιδιά και διατηρεί τον ίδιο παιδίατρο για χρόνια. Ο ιατρός σε πολλές περιπτώσεις γνωρίζει και άλλα μέλη της οικογένειας, όπως τον σύζυγο ή και τη μητρική γιαγιά, οπότε υπάρχει ήδη μια εγκατεστημένη σχέση. Αυτό από τη μια διευκολύνει τη συζήτηση, από την άλλη όμως την παρεμποδίζει, γιατί η μητέρα σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να φοβάται ότι θα εκτεθεί. Όμως, παροτρύνοντας το προσωπικό του ιατρείου τη μητέρα να συμπληρώσει το εργαλείο ανίχνευσης και ξεκινώντας τη συζήτηση μέσω των φυλλαδίων που παρέχονταν από την παρέμβαση, η μητέρα αισθανόταν ότι ο παιδίατρος επιθυμεί να γνωρίζει για τα θέματα που την απασχολούν σε σχέση με την κατάθλιψη, γιατί επηρεάζουν και την υγεία του παιδιού.

Υπήρχε δηλαδή μια κανονικοποίηση (normalization) της συζήτησης για την κατάθλιψη.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παρέμβαση δε στόχευσε άμεσα στην αλλαγή των στάσεων του παιδίατρου, ως προς το ότι ασθενής του δεν είναι μόνο το παιδί, αλλά η δυάδα μητέρας-παιδιού, ή η τριάδα μητέρα-παιδί-πατέρα, αλλά το έκανε έμμεσα, παρέχοντας πληροφόρηση για τις συνέπειες της κατάθλιψης της μητέρας στην υγεία του παιδιού, τη σημασία της σχέσης μητέρας-παιδιού για την υγεία του τελευταίου και την τήρηση προληπτικών πρακτικών όπως π.χ. ο εμβολιασμός. Εφαρμόστηκε κατά κάποιο τρόπο μια “by-pass” στρατηγική, προκειμένου να μην εγείρει την αντίσταση των παιδιάτρων με ατελέσφορο τρόπο ως προς το ποιος είναι ο ασθενής τους, για αυτό θεωρήθηκε ότι ο ασθενής είναι το παιδί, ακόμα και στη διατύπωση που χρησιμοποιήθηκε στα ερωτηματολόγια της έρευνας. Έχοντας η μητέρα ένα σταθερό σημείο αναφοράς, όπως ο παιδίατρος, μπορεί ευκολότερα να συζητήσει για την κατάθλιψη, να επανέλθει με ερωτήσεις και να πειστεί να αναζητήσει βοήθεια, σε σχέση με την περίπτωση της επίσκεψης σε ιατρό κάποιας άλλης ειδικότητας π.χ. παθολόγο, τον οποίο δε γνωρίζει αρκετά καλά ή δε βλέπει συχνά. Ένα από τα εντυπωσιακά συμβάντα που ανέφεραν οι παιδίατροι, ήταν ότι μητέρες που δεν είχαν κατάθλιψη, τους ρωτούσαν για φίλες ή συγγενείς τους που αντιμετώπιζαν τέτοια προβλήματα και προέτρεπαν τις τελευταίες να τον επισκεφθούν.

Σε άλλες περιπτώσεις, μητέρες εμφάνισαν ήπια καταθλιπτική συμπτωματολογία ενώ στην πορεία προέκυπτε ότι ο σύζυγός τους είχε παρουσιάσει σοβαρή κατάθλιψη και χρειαζόταν βοήθεια. Σε αρκετά από αυτά τα περιστατικά, ο σύζυγος πείστηκε να λάβει βοήθεια και τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας υποχώρησαν κάποιους μήνες μετά, χωρίς να χρειαστεί παραπομπή. Θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι αυτή η κατάσταση θυμίζει αυτό που στα παλαιότερα συστήματα

ταξινόμησης περιγράφονταν ως «αντιδραστική κατάθλιψη» [265], σε μια προσπάθεια να τονιστεί η σχέση ανάμεσα στους ψυχοπιεστικούς παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος όπως η ανεργία ή άλλου είδους απώλειες και η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος για τη συζήτηση τέτοιων θεμάτων και η δημιουργία ενός σταθερού προσώπου αναφοράς σε ένα σύστημα υγείας όπως το ελληνικό που ο ασθενής δεν λαμβάνει προσωποκεντρική φροντίδα, αποδείχθηκε κομβικής σημασίας για την επιτυχία της παρέμβασης και τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μητέρων. Όπως δείχνουν τα ευρήματα, οι μητέρες έλαβαν στη συντριπτική τους πλειοψηφία μόνο φαρμακευτική θεραπεία, καθώς το κόστος ψυχοθεραπείας είναι υψηλό. Λαμβάνοντας υπόψη και τα αποτελέσματα για την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την ΠΖΣΥ στη μέτρηση παρακολούθησης μετά τους 12 μήνες από την παραπομπή, φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο για περαιτέρω βελτίωση των συμπτωμάτων και της ΠΖΣΥ των μητέρων, αν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική ή κάποια άλλη υποστηρικτική υπηρεσία.

Συμπεράσματα.

Παρά τη σημασία της ψυχοθεραπείας για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των μητέρων, σε χώρες όπως η Ελλάδα που βρίσκονται σε συνεχιζόμενη οικονομική κρίση και έχουν εξαιρετικά περιορισμένους πόρους, τέτοιες παροχές φαντάζουν αδύνατες. Μια πιθανή λύση σε αυτό το πρόβλημα θα ήταν η ενσωμάτωση των υπηρεσιών στην ΠΦΥ και μάλιστα όχι μόνο στο παιδιατρικό πλαίσιο, αλλά σε όλο το φάσμα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Αυτή η προσέγγιση θα οδηγούσε σε οικονομία κλίμακας, ενώ από την άλλη, θα διευκόλυνε σημαντικά την πρόσβαση των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης σε έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία. Πλέον είναι διαθέσιμα πολλά μοντέλα σύντομης

ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης για καταστάσεις όπως οι διαταραχές διάθεσης και οι αγχώδεις διαταραχές, τα οποία φαίνεται να έχουν σημαντικά ποσοστά αποτελεσματικότητας. Παρά την κριτική που έχουν δεχτεί κατά καιρούς, θα μπορούσαν να αποτελέσουν πολύτιμο εργαλείο για χώρες όπως η δική μας, όπου η πρόσβαση στην ψυχοθεραπεία είναι σχεδόν απαγορευτική λόγω του υψηλού κόστους και της συγκέντρωσης των δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι παιδίατροι για παράδειγμα, θα μπορούσαν κατόπιν κατάλληλης και επαρκούς εκπαίδευσης, να συνταγογραφούν αντικαταθλιπτικά ή και να παρέχουν μια σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ήπιας κατάθλιψης, ώστε να παραπέμπονται σε ειδικούς ψυχικής υγείας, μόνο οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν αυξημένης σοβαρότητας συμπτώματα. Αυτό θα αποσυμφόριζε τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και θα κάλυπτε τις ανάγκες μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού.

Με βάση το ισχύον πλαίσιο στη χώρα μας, μια μητέρα μπορεί να αγοράσει αντικαταθλιπτικά από το φαρμακείο, χωρίς ιατρική συνταγή (ΜΗΣΥΦΑ). Αυτό ελλοχεύει κινδύνους διαφόρων μορφών για την ίδια. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, το κοινωνικό στίγμα για τις ψυχικές διαταραχές, η οικονομική δυσχέρεια και η ελλιπής ενημέρωση, οδηγεί τις μητέρες σε τέτοιες επιλογές. Για τους λόγους αυτούς, είναι απαραίτητο να θεσμοθετηθούν πολιτικές και μέτρα δημόσιας υγείας που να ανταποκρίνονται τόσο στις ανάγκες των μητέρων, όσο και στις δυνατότητες του συστήματος υγείας. Η απάντηση στο ερώτημα αν είναι καλύτερο να αγοράζει μια μητέρα αντικαταθλιπτικά από το φαρμακείο ή να τα συνταγογραφεί ο παιδίατρος, να παρακολουθεί την έκβαση και αν χρειαστεί να την παραπέμψει, είναι προφανής. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ μπορεί να αποτελέσει μια υποσχόμενη λύση, τόσο σε όρους αποτελεσματικότητας, όσο και σε όρους

βιωσιμότητας. Η παρούσα διδακτορική διατριβή, αποτελεί ένα ενδεικτικό παράδειγμα, του πως μπορεί να ενσωματωθεί ένα μέρος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, δαπανώντας ελάχιστους πόρους.

Περιορισμοί

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι κάποιοι παιδίατροι στην ομάδα ελέγχου, ενώ στην πρώτη μέτρηση ήταν σε πιο προχωρημένο στάδιο, στην πορεία υποχώρησαν στα αρχικά στάδια του μοντέλου. Οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, σε συνδυασμό με την αύξηση της ενημέρωσης για θέματα κατάθλιψης (και ειδικά τις αυτοκτονίες) από τα ΜΜΕ στα χρόνια της κρίσης, πιθανά ευαισθητοποίησε τους παιδιάτρους, οι οποίοι καταλάβαιναν περίπου τι θα μπορούσαν να κάνουν για την πρόληψη της κατάθλιψης, χωρίς όμως να ξέρουν τον τρόπο.

Οι μητέρες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, επιλέχθηκαν τυχαία από το σύνολο των μητέρων που εντοπίστηκαν να έχουν μέτρια σοβαρή και σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, αλλά δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του συνόλου των μητέρων με καταθλιπτικά συμπτώματα που ζουν στην Ελλάδα, οπότε τα ευρήματα δε μπορούν να γενικευτούν στον γενικό πληθυσμό, παρά μόνο στον πληθυσμό του δείγματος των μητέρων που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα.

Ωστόσο, αποτελούν ένδειξη για την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας σε σχέση με το υπό εξέταση θέμα και είναι σύμφωνα με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών, που δείχνουν τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τον επιπολασμό της κατάθλιψης στις γυναίκες. Αν συμμετείχαν στην έρευνα όλες οι μητέρες που εντοπίστηκαν να πάσχουν από σοβαρή και μέτρια σοβαρή κατάθλιψη, πιθανά τα ευρήματα να ήταν διαφορετικά και να μην παρατηρούνταν τόσο μεγάλη βελτίωση στις μετρήσεις παρακολούθησης. Ωστόσο, το ποσοστό των μητέρων που επιλέχθηκε και δέχτηκε να συμμετάσχει στην έρευνα με τις μετρήσεις μετά την

παραπομπή, ήταν υψηλότερο από αυτό που παρατηρείται σε άλλες έρευνες. Το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής στις περισσότερες έρευνες αποδίδεται κυρίως στον κοινωνικό στιγματισμό των ψυχικών διαταραχών, αλλά και τα ίδια τα συμπτώματα της κατάθλιψης (η μητέρα αισθάνεται κόπωση και εξάντληση και δεν αντέχει να απαντά σε πολλές ερωτήσεις) [166, 260].

Στην έρευνα συμμετείχαν μόνο ιδιώτες παιδίατροι, οι οποίοι μάλιστα είχαν τουλάχιστον ένα ακόμη άτομο ως βοηθητικό προσωπικό στο ιατρείο, γιατί ήταν απαραίτητο με βάση τα κριτήρια επιλεξιμότητας τα οποία αναπτύχθηκαν σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης. Ωστόσο, η συμμετοχή παιδιάτρων από δημόσιες δομές, όπως είναι τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών ή παιδιατρικών νοσοκομείων, θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαφορετικά ευρήματα. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών εξυπηρετούνται από ιδιώτες παιδιάτρους, ωστόσο, η μη συμπερίληψη παιδιάτρων από τα δημόσια νοσοκομεία, θέτει προφανείς περιορισμούς ως προς τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των παιδιάτρων της χώρας.

Τέλος, οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου δε γνώριζαν σε ποια πειραματική συνθήκη ανήκουν, όμως η ερευνήτρια είχε επαφή με τα υποκείμενα της ομάδας παρέμβασης, και παρ' όλο που δε συμμετείχε η ίδια στη συλλογή δεδομένων των παιδιάτρων, ωστόσο μπορεί με κάποιον τρόπο, να άσκησε επίδραση στο κίνητρο τους να συμμετέχουν και να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός και στόχοι: Η κατάθλιψη που εμφανίζεται σε μητέρες με παιδιά ηλικίας 0-5 ετών έχει πολλαπλές επιπτώσεις τόσο στην υγεία της μητέρας, όσο και στην υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού. Παρ' όλο που τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν στην ανάγκη ενσωμάτωσης μέρους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ελάχιστα έχουν γίνει προς αυτήν την κατεύθυνση. Ο ρόλος του παιδίατρου στην έγκαιρη ανίχνευση και παραπομπή αυτών των περιπτώσεων, αναδεικνύεται καθοριστικός. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η δευτερογενής πρόληψη της κατάθλιψης σε μητέρες παιδιών ηλικίας 0-5 ετών, μέσω της εφαρμογής μιας παρέμβασης στο παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ.

Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις: α) έγινε ποιοτική διερεύνηση τόσο των αναγκών των παιδιάτρων ως προς την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης, όσο και των μητέρων σε σχέση με τους παράγοντες που επηρεάζουν την αναζήτηση βοήθειας (τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκαν στην ανάπτυξη του θεωρητικού πλαισίου της παρέμβασης και το περιεχόμενό της) και β) ποσοτική έρευνα, η οποία περιελάμβανε τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη για την αξιολόγηση της παρέμβασης. Η παρέμβαση βασίστηκε στο Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής και τη Θεωρία Κανονικοποίησης της Διαδικασίας. Για το σκοπό της έρευνας, επιλέχθηκε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 377 παιδιάτρων από όλη την ελληνική επικράτεια, οι οποίοι εκχωρήθηκαν τυχαία στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης συμμετείχε σε ένα πολυδιάστατο εκπαιδευτικό πρόγραμμα μέσω διαδικτύου, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε καμία παρέμβαση. Μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν αμέσως μετά την παρέμβαση, 6 και 12 μήνες μετά. Για την αξιολόγηση της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία: i) ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, ii) Γενικές ερωτήσεις στάσεων, iii) κλίμακα σταδίου αλλαγής, iv) κλίμακα διαδικασιών αλλαγής, v) κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας, vi) κλίμακα ισοζυγίου απόφασης, αλλά και το ερωτηματολόγιο κανονικοποίησης της διαδικασίας. Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής της μητέρας χρησιμοποιήθηκαν: α) το εργαλείο ανίχνευσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων PHQ-9 και το ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖΣΥ) SF-12. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test, το Student's t-test, η ανάλυση διασποράς (ANOVA) και η πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

Αποτελέσματα: από τα ευρήματα φάνηκε ότι οι δύο ομάδες δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές πριν από την παρέμβαση. Μετά την παρέμβαση, οι παιδίατροι της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν υψηλότερες επιδόσεις στο στάδιο και τις διαδικασίες αλλαγής, την αυτό-αποτελεσματικότητα και το ισοζύγιο απόφασης, ενώ αυξήθηκαν και τα ποσοστά των μητέρων που ανιχνεύθηκαν σε κάθε μέτρηση (αμέσως μετά την παρέμβαση, 6 μήνες, 12 μήνες). Ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσίασε και το ερωτηματολόγιο κανονικοποίησης της διαδικασίας με την κλίμακα διαδικασιών αλλαγής – όσο δηλαδή οι παιδίατροι προχωρούσαν σε επόμενο στάδιο, αυξανόταν η ενσωμάτωση των πρακτικών διαχείρισης της κατάθλιψης στο πλαίσιο της καθημερινής τους κλινικής πρακτικής. Από τις μητέρες στις οποίες χορηγήθηκε το εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης, βρέθηκε να πάσχει από μέτρια σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη ποσοστό 11% (1102 μητέρες). Από αυτές επιλέχθηκε τυχαία ποσοστό 20% για να συμπληρώσει το PHQ-9 & το SF-12. Τα σκορ των μητέρων αμέσως μετά την παραπομπή και μετά από 6 και 12 μήνες, παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ως προς τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όσο και ως προς την ΠΖΣΥ. Τα επίπεδα κατάθλιψης μειώθηκαν

δραστικά και η ΠΖΣΥ των μητέρων, μειώθηκε αισθητά στις μετρήσεις παρακολούθησης.

Συμπέρασμα: Η παρέμβαση ήταν επιτυχημένη, καταδεικνύοντας ότι το παιδιατρικό πλαίσιο της ΠΦΥ είναι πλεονεκτικό πεδίο για τη δευτερογενή πρόληψη της κατάθλιψης σε μητέρες με μικρά παιδιά και αποτελεί ένα ενδεικτικό παράδειγμα, του πως είναι δυνατόν να ενσωματωθεί ένα μέρος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, δαπανώντας ελάχιστους πόρους και αυξάνοντας την πρόσβαση των μητέρων που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης στη θεραπεία.

ABSTRACT

Aim & objectives: Maternal depression is a common mood disorder that occurs in women, especially during child-bearing years with prevalence rates ranging from 10-20%. It affects both mother and child's health and development. Although research evidence suggests the integration of mental health services into primary care, too little has yet been done. As a consequence, mothers demonstrating depressive symptoms do not have access to appropriate and adequate treatment. The role of the pediatrician in the early detection and management of maternal depression is well established. The aim of the present study was to implement an intervention for the secondary prevention of maternal depression in the pediatric primary care setting,

Methods: The study was carried out in two phases: a) a qualitative exploration to assess pediatricians' needs and perceptions regarding the detection and management of maternal depression, as well as, the pathways to treatment of mothers experiencing depressive symptoms and b) a randomized controlled trial to evaluate a theory-based intervention to pediatricians. The intervention was according to the *Transtheoretical Model of Change* and the *Normalization Process Theory*. For the purpose of the study, a random and representative sample of 377 pediatricians was selected. They were randomly assigned to intervention and control groups. Pediatricians in the intervention group participated in a web-based intervention. Evaluation measurements were carried out at baseline and post intervention, as well as, at 6 and 12 months. The following tools were employed to assess the impact of the intervention: i) Stage of Change Scale, ii) Processes of Change Scale, iii) Decisional Balance Scale, iv) Self-Efficacy Scale and v) the NoMad tool. To assess patient outcomes the PHQ-9 & SF-12 were used for depressive symptoms and quality of life related to health, respectively. Statistical analysis was performed using the SPSS 19 software and Pearson's χ^2 test, Student's t-test, Analysis of Variance (ANOVA) and Multiple Logistic Regression Analysis.

Results: The findings revealed that there were no statistical differences between the two groups prior to the intervention. Post and follow-up measurements indicated that differences at a statistical significance level between intervention and control groups. Pediatricians in the intervention group demonstrated higher scores in stages of change, processes of change, decisional balance and self-efficacy scales, as well as, screening rates and mothers identified with depressive symptoms. A strong and positive correlation was found between the processes of change scale and the NoMad instrument, indicating that the relationship between the pediatricians' stage of change is directly proportional to the integration of detection and management practices in the pediatric setting. A proportion of 11% (1,102) of mothers was found to experience moderately severe and severe depression. A 20% of them evaluated for patient outcomes. Significant differences were found at 6 and 12 months follow-up measurements after referral. The severity of depressive symptoms was dramatically decreased while the quality of life related to health was significantly increased.

Conclusion: The present study provides evidence for the benefits of integrating of mental health services into primary care. The pragmatic trial revealed that the intervention to pediatricians was effective and efficient for the secondary prevention of maternal depression. This suggests that the integration of maternal mental health into pediatric primary care may constitute an effective strategy to facilitate access to treatment for mothers suffering depressive symptoms and is recommended for countries of weak primary healthcare systems and limited resources.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ****Ι. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

____ Άνδρας ____ Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

3. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως ειδικευμένος παιδίατρος;

____ <1 έτος ____ 2-3 έτη ____ 4-10 έτη ____ 11-15 έτη ____ 16 ή περισσότερα έτη

4. Έχετε εκπαιδευτεί σε θέματα ψυχικής υγείας;

____ ΝΑΙ ____ ΟΧΙ

II ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Πόσο διαθέσιμες θα λέγατε ότι είναι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητά σας;

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Παιδιά

Πολύ διαθέσιμες 1	Κάπως διαθέσιμες 2	Καθόλου διαθέσιμες 3	Δε γνωρίζω 4
-------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Ενήλικες

Πολύ διαθέσιμες 1	Κάπως διαθέσιμες 2	Καθόλου διαθέσιμες 3	Δε γνωρίζω 4
-------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------

2. Πόσο πολύ συμφωνείτε ή διαφωνείτε σχετικά με το ότι οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τον εντοπισμό, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και παραπομπή για καθένα από τα παρακάτω προβλήματα/καθεμιά από τις παρακάτω καταστάσεις;

Για καθεμία κατάσταση/πρόβλημα, κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.

Οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι για:	Εντοπισμό του προβλήματος/κατάστασης	Θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος/κατάστασης	Παραπομπή για το πρόβλημα/κατάσταση
Κατάθλιψη της μητέρας.	1. Διαφωνώ 2. Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ 3. Συμφωνώ	1. Διαφωνώ 2. Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ 3. Συμφωνώ	1. Διαφωνώ 2. Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ 3. Συμφωνώ
Προβλήματα φροντίδας που οφείλονται στη σωματική ή ψυχική υγεία της μητέρας.	1. Διαφωνώ 2. Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ 3. Συμφωνώ	1. Διαφωνώ 2. Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ 3. Συμφωνώ	1. Διαφωνώ 2. Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ 3. Συμφωνώ

3. Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης επίσκεψης, έτυχε ποτέ να αναγνωρίσεις, εσύ ο ίδιος, συμπτώματα κατάθλιψης στη μητέρα κάποιου ασθενούς σου;

___ΝΑΙ ___ΟΧΙ

A. ΝΑΙ	Αν ναι, περίπου πόσες μητέρες έχεις εντοπίσει να πάσχουν από κατάθλιψη τους
---------------	---

	τελευταίους 12 μήνες;
B. ΟΧΙ	Αν όχι, παρακαλώ προχωρήστε στην ενότητα 3.

4. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις παρακάτω μεθόδους προκειμένου να ανιχνεύσετε την ύπαρξη κατάθλιψης στις μητέρες; (παρακαλώ, κυκλώστε μια απάντηση για κάθε μέθοδο)

Παρατήρηση/γενική εντύπωση.	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ
Λήψη οικογενειακού ιστορικού.	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ
Ερωτήσεις για συμπτώματα/παράγοντες που συμβάλλουν στο πρόβλημα, ως μέρος της συζήτησης ρουτίνας κατά την ιατρική επίσκεψη του παιδιού.	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ
Ερωτήσεις για συμπτώματα, εξαιτίας του ότι ο ασθενής μου εμφανίζει κάποιο πρόβλημα που σχετίζεται με την κατάθλιψη στη μητέρα.	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ
Εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης (ειδικό ερωτηματολόγιο).	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ
Ερωτήσεις από τη μητέρα για την κατάθλιψη/ζητά να μάθει πληροφορίες για τα συμπτώματα.	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ

5. Έχετε παραπέμψει ποτέ κάποια μητέρα που εντοπίσατε να πάσχει από κατάθλιψη, για διάγνωση ή θεραπευτική αντιμετώπιση;

___ **ΝΑΙ** ___ **ΟΧΙ**

6. Πόσο συχνά παραπέμπετε μητέρες με κατάθλιψη σε κάποιον από τους παρακάτω ειδικούς και υπηρεσίες; (παρακαλώ, κυκλώστε μια απάντηση για κάθε περίπτωση).

Ειδικός Ψυχικής Υγείας	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ
Ιατρός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρακολουθεί τη μητέρα (π.χ., Παθολόγος, Γενικός Ιατρός).	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ
Άλλο. Παρακαλώ προσδιορίστε: _____	1. Συνήθως 2. Μερικές Φορές 3. Ποτέ

III. ΚΛΙΜΑΚΕΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΔΙΟΥ ΑΛΛΑΓΗΣ

Ημερομηνία: ____/____/____

Μέτρηση: _____

Ορισμός: με τον όρο «πρακτικές διαχείρισης, εννοούμε τη διαδικασία κατά την οποία ο παιδίατρος: i) ανιχνεύει την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη μητέρα με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου, ii) συζητά μαζί της τα αποτελέσματα, iii) την παραπέμπει σε ειδικό ψυχικής υγείας, εφόσον τα αποτελέσματα του τεστ δείξουν ότι χρειαστεί, iv) παρακολουθεί την πορεία της και διασφαλίζει ότι όντως έλαβε την απαιτούμενη βοήθεια.

Για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις που ρωτούν για τις «πρακτικές διαχείρισης», παρακαλούμε απαντήστε, λαμβάνοντας υπόψη ότι εννοούνται και οι τέσσερις διαδικασίες που προβλέπονται στον ορισμό.

1. Εφαρμόζετε στην παρούσα φάση πρακτικές διαχείρισης (ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση) της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών σας;

A) Όχι.

B) Ναι, το κάνω εδώ και 6 μήνες.

Γ) Ναι, το κάνω πάνω από έξι μήνες.

Μόνο για όσους απάντησαν ΟΧΙ:

2. Σκέφτεσαι σοβαρά να εφαρμόσεις πρακτικές διαχείρισης (ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση) της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών σου;

A) Ναι, μέσα στον επόμενο μήνα

B) Ναι, μέσα στους επόμενους 6 μήνες

Γ) Όχι, δε σκέφτομαι να κάνω κάτι τέτοιο

Ερωτηματολόγιο Διαδικασίας Αλλαγής

Ημερομηνία: ____/____/____

Μέτρηση: _____

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται σε εμπειρίες που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά σας να εφαρμόσετε πρακτικές διαχείρισης (**ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση**) της κατάθλιψης, στις μητέρες των ασθενών σας.

Παρακαλούμε, σκεφτείτε εμπειρίες αντίστοιχες με αυτές που περιγράφονται και τις οποίες είχατε κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και σημειώστε τη συχνότητά τους στην κλίμακα που ακολουθεί. Κάθε πρόταση, έχει πέντε δυνατές απαντήσεις:

1= Ποτέ

2= Σπάνια

3=Περιστασιακά

4= Συχνά

5=Πολύ συχνά

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και διαλέξτε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα τη συχνότητα που σας συμβαίνει αυτό που περιγράφεται σε κάθε πρόταση.

Θυμηθείτε ότι οι προτάσεις αναφέρονται σε καταστάσεις, σκέψεις και εμπειρίες που είχατε κατά τη διάρκεια τους περασμένου μήνα.

		Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Συχνά	Πολύ Συχνά
1	Όταν αισθάνομαι αρκετά κουρασμένος για να συζητήσω με τη μητέρα για θέματα κατάθλιψης, σκέφτομαι πόσο πολύ θα βοηθήσω το παιδί της.	1	2	3	4	5
2	Έχω αποφασίσει να εφαρμόζω συστηματικά πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης, γιατί είναι ο μόνος τρόπος να βοηθήσω τις μητέρες των ασθενών μου να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά.	1	2	3	4	5
3	Έχω παρατηρήσει ότι ολοένα και περισσότεροι συνάδελφοι μου, ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας μητέρας και παιδιού.	1	2	3	4	5
4	Σκέφτομαι τα οφέλη που έχει για την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού, ο έγκαιρος εντοπισμός της κατάθλιψης στη μητέρα.	1	2	3	4	5

5	Οι μητέρες των ασθενών μου με επιβραβεύουν που συζητώ μαζί τους για θέματα κατάθλιψης.	1	2	3	4	5
6	Άμα το καλοσκεφτείς, εφαρμόζοντας πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες των παιδιών που παρακολουθώ, συμβάλλω στη μείωση του κοινωνικού στίγματος για την ψυχική ασθένεια.	1	2	3	4	5
7	Οι επιπτώσεις που έχει η κατάθλιψη της μητέρας στην υγεία και την ασφάλεια των παιδιών που παρακολουθώ, με κάνουν να ανησυχώ.	1	2	3	4	5
8	Αισθάνομαι άσχημα ως παιδίατρος όταν σκέφτομαι πόσα θα μπορούσα να προσφέρω στους ασθενείς μου βοηθώντας τις μητέρες τους να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την κατάθλιψη, και δεν το κάνω επειδή δε γνωρίζω τον τρόπο.	1	2	3	4	5
9	Έχω φυλλάδια για την κατάθλιψη στο χώρο της αναμονής του ιατρείου, ώστε να τα διαβάσει η μητέρα και να διευκολυνθεί να με ρωτήσει για αυτά τα θέματα.	1	2	3	4	5
10	Υπάρχει κάποιος συνάδελφος (ή/και ειδικός ψυχικής υγείας) που με ακούει όποτε έχω ανάγκη να μιλήσω για τα προβλήματα που αντιμετωπίζω στην προσπάθειά μου να βοηθήσω μητέρες με προβλήματα κατάθλιψης.	1	2	3	4	5
11	Σκέφτομαι αυτά που έχω διαβάσει σε ενημερωτικά έντυπα ότι μπορώ να κάνω, για να βοηθήσω μια μητέρα που αντιμετωπίζει προβλήματα με την κατάθλιψη.	1	2	3	4	5
12	Σκέφτομαι ότι βοηθώντας τη μητέρα να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάθλιψη, ωφελώ όλη την οικογένεια.	1	2	3	4	5
13	Έχω ειδικές φόρμες στο ιατρείο, τις οποίες συμπληρώνω για την παραπομπή της μητέρας σε ειδικό ψυχικής υγείας.	1	2	3	4	5
14	Η κοινωνία έχει αλλάξει, οι μητέρες θέλουν να ασχολείται ο παιδίατρος με θέματα ψυχικής υγείας.	1	2	3	4	5
15	Η δυσκολία μου να συζητώ για την κατάθλιψη με τις μητέρες των ασθενών μου, με κάνει να αισθάνομαι απογοήτευση για τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
16	Η γραμματέας/βοηθός μου με ενθαρρύνει να συζητώ για την κατάθλιψη με τις μητέρες των ασθενών μου και συνήθως	1	2	3	4	5

	τους δίνει ένα σύντομο ερωτηματολόγιο για τα συμπτώματα, ώστε να με διευκολύνει να συζητώ μαζί τους, τα αποτελέσματα.					
17	Όταν δεν έχω χρόνο να συζητήσω διεξοδικά με τη μητέρα για την κατάθλιψη, της δίνω να συμπληρώσει ένα σύντομο ερωτηματολόγιο για τα συμπτώματα και κάνουμε μια σύντομη κουβέντα για τα αποτελέσματα.	1	2	3	4	5
18	Η πιθανότητα να έχει κάποιο παιδί που παρακολουθώ προβλήματα στην μετέπειτα ζωή του επειδή δεν εντόπισα εγκαίρως την κατάθλιψη της μητέρας του, με αναστατώνει και μου προκαλεί άγχος.	1	2	3	4	5
19	Έχω πάνω στο γραφείο του ιατρού μου, ένα μικρό διάγραμμα με τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσω, για να εφαρμόσω πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης, ώστε να θυμάμαι να το κάνω.	1	2	3	4	5
20	Το κοινωνικό μου κύρος ως παιδίατρου αυξάνεται όταν εφαρμόζω πρακτικές διαχείρισης για την κατάθλιψη στις μητέρες των ασθενών μου.	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο Αυτό-αποτελεσματικότητας

Ημερομηνία: ____/____/____

Μέτρηση: _____

Οι παρακάτω προτάσεις, αντιπροσωπεύουν κάποιες καταστάσεις που οδηγούν τους παιδιάτρους στο να αποφύγουν να εφαρμόσουν πρακτικές διαχείρισης (**ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση**) της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών τους.

Θα θέλαμε να σημειώσετε, πόση εμπιστοσύνη είχατε στην ικανότητα σας να εφαρμόσετε πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης (ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση), για κάθε κατάσταση που παρουσιάζεται στη λίστα, κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας.

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό στα δεξιά, που αντιπροσωπεύει πόση αυτοπεποίθηση είχατε σε σχέση με το να εφαρμόσετε πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης (ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση) σε μητέρες των ασθενών σας κατά την περασμένη εβδομάδα, σύμφωνα με την κλίμακα που ακολουθεί:

1= Καθόλου αυτοπεποίθηση

2= Όχι πολύ αυτοπεποίθηση

3=Μέτρια αυτοπεποίθηση

4= Πολλή αυτοπεποίθηση

5=Πάρα πολλή αυτοπεποίθηση

Πόση αυτοπεποίθηση έχεις ότι θα εφαρμόσεις πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης, όταν...						
	Κατάσταση	Καθόλου	Ελαφρά	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	Η συζήτηση με τη μητέρα για θέματα κατάθλιψης σου προκαλεί πολύ δυσάρεστα συναισθήματα (ενοχή, ντροπή, θλίψη, δυσφορία κλπ);	1	2	3	4	5
2	Αισθάνεσαι ότι παραβιάζεις την ιδιωτικότητα της μητέρας, αν τη ρωτήσεις για θέματα κατάθλιψης;	1	2	3	4	5
3	Σκέφτεσαι ότι ως παιδίατρος είσαι ίσως ο μοναδικός γιατρός που βλέπουν θετικά οι άνθρωποι και δε θέλεις να χαλάσεις αυτή την αίσθηση συζητώντας για	1	2	3	4	5

	δυσάρεστα θέματα όπως η κατάθλιψη;					
4	Δε λαμβάνεις αμοιβή για να εφαρμόσεις πρακτικές διαχείρισης σε μητέρες με κατάθλιψη;	1	2	3	4	5
5	Συμπαθείς πολύ τη μητέρα και δε θέλεις να τη στεναχωρήσεις συζητώντας μαζί της για δυσάρεστα θέματα;	1	2	3	4	5
6	Είσαι σε άσχημη κατάσταση (π.χ. κουρασμένος, αγχωμένος, θλιμμένος);	1	2	3	4	5
7	Είσαι εξοικειωμένος με τη χορήγηση εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης;	1	2	3	4	5
8	Σκέφτεσαι ότι η μητέρα δεν έχει την οικονομική δυνατότητα για να απευθυνθεί σε ιδιώτη ψυχίατρο αν χρειαστεί να την παραπέμψεις;	1	2	3	4	5
9	Φοβάσαι ότι αν ρωτήσεις τη μητέρα για θέματα κατάθλιψης, θα απορρίψει την προσπάθειά σου και δε επιστρέψει ξανά στο ιατρείο σου;	1	2	3	4	5
10	Φοβάσαι ότι μητέρα μπορεί να σου αποκαλύψει ότι σκέφτεται να βλάψει τον εαυτό της ή/και το παιδί της;	1	2	3	4	5
11	Πιστεύεις ότι δουλειά σου είναι να ασχολείσαι κυρίως με τη σωματική υγεία του παιδιού;	1	2	3	4	5
12	Δυσκολεύεσαι να επικοινωνήσεις αποτελεσματικά με επαγγελματίες ψυχικής υγείας ;	1	2	3	4	5
13	Έχεις αυξημένο φόρτο εργασίας και περιορισμένο χρόνο (π.χ. περίοδος εποχικής γρίπης);	1	2	3	4	5
14	Δε γνωρίζεις τις επιπτώσεις που έχει η κατάθλιψη της μητέρας στην υγεία του παιδιού;	1	2	3	4	5
15	Η βοηθός σου δε δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην προσπάθειά σου να εφαρμόσεις πρακτικές διαχείρισης για την κατάθλιψη στις μητέρες των ασθενών σου;	1	2	3	4	5
16	Η μητέρα είναι τόσο άσχημα που δυσκολεύεται να συζητήσει μαζί σου;	1	2	3	4	5
17	Υπάρχουν λίγες δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην περιοχή σου για να παραπέμψεις τη μητέρα;	1	2	3	4	5
18	Αισθάνεσαι χαρούμενος και ευδιάθετος και δε θέλεις να χαλάσεις τη διάθεσή σου, συζητώντας για δυσάρεστα πράγματα, όπως η κατάθλιψη;	1	2	3	4	5
19	Η μητέρα εκ πρώτης όψεως δε φαίνεται να έχει σημάδια κατάθλιψης;	1	2	3	4	5

20	Δεν γνωρίζεις σε ποια υπηρεσία να στείλεις τη μητέρα για παραπομπή και δεν ξέρεις πώς να μάθεις;	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Ερωτηματολόγιο Ισοζυγίου Απόφασης

Ημερομηνία: ____/____/____

Μέτρηση: _____

Οι παρακάτω προτάσεις, αντιπροσωπεύουν διαφορετικές επιλογές σε σχέση με την εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης (**ανίχνευση, συζήτηση, παραπομπή, παρακολούθηση**) των μητέρων με κατάθλιψη από τον παιδίατρο. **Παρακαλούμε, σημειώστε πόσο σημαντική είναι κάθε πρόταση, στην απόφασή σας να εφαρμόσετε πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών σας, με βάση την ακόλουθη κλίμακα:**

1=Καθόλου σημαντικό

2=Ελαφρά σημαντικό

3=Μέτρια σημαντικό

4=Πολύ σημαντικό

5=Πάρα πολύ σημαντικό

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό στα δεξιά, που αντιπροσωπεύει, πόσο σημαντικό είναι για σας αυτό που αναφέρει κάθε πρόταση, στην απόφασή σας, να εφαρμόσετε πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης σε μητέρες των ασθενών σας, κατά την παρούσα φάση (αυτό το διάστημα).

Σημαντικότητα στην απόφαση εφαρμογής πρακτικών διαχείρισης						
	Στην απόφασή σου να εφαρμόσεις ή όχι πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης, πόσο σημαντικό είναι το ότι...	Καθόλου	Ελαφρά	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	Μπορείς να συμβάλλεις αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συνεπειών της κατάθλιψης (της μητέρας), στην υγεία του ασθενούς σου;	1	2	3	4	5
2	Θα πρέπει να αλλάξεις την καθημερινή σου κλινική πρακτική, για να μπορέσεις να εφαρμόσεις πρακτικές διαχείρισης στις μητέρες των ασθενών σου;	1	2	3	4	5
3	Η φήμη σου ως παιδίατρου θα ενισχυθεί και πιθανά θα αποκτήσεις περισσότερους ασθενείς, λόγω του ότι εφαρμόζεις πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών σου;	1	2	3	4	5
4	Όσο πιο λίγο διαρκεί η επίσκεψη, τόσο περισσότερους ασθενείς μπορείς να δεις;	1	2	3	4	5

5	Οι μητέρες των ασθενών σου, θα έχουν καλύτερη ψυχική υγεία;	1	2	3	4	5
6	Δεν αποζημιώνεσαι έξτρα, για να εφαρμόσεις πρακτικές διαχείρισης της κατάθλιψης στις μητέρες των ασθενών σου;	1	2	3	4	5

**Αξιολόγηση της Διαδικασίας του Προγράμματος για την Ανίχνευση της
Κατάθλιψης σε Μητέρες- ΕΡΓΑΛΕΙΟ NoMad**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Ι. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

1. Ηλικία: ____ (έτη)

2. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμη ____

Άγαμη ____

Διαζευγμένη ____

Άλλο _____

3. Εκπαίδευση

Βασική Υποχρεωτική Εκπαίδευση (Δημοτικό & Γυμνάσιο): _____

Απόφοιτος Λυκείου: _____

Απόφοιτος ΙΕΚ/Μέσης Επαγγελματικής Σχολής: _____

Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ: _____

Μεταπτυχιακό: _____

Άλλο: _____

4. Εργάζεστε;

___ Ναι

___ Όχι

___ Ναι, αλλά είμαι σε γονική άδεια

___ Άλλο

5. Αν ναι, που;

___ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ

___ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

6. Ετήσιο εισόδημα (κατά προσέγγιση):

___ < 8000 ευρώ

___ 8000-10000 ευρώ

___ >10000 ευρώ

7. Που απευθυνθήκατε για βοήθεια σχετικά με το θέμα της κατάθλιψης:

___ Σε δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Κέντρο Ψυχικής Υγείας, εξωτερικό ιατρείο Ψυχιατρικής Υπηρεσίας σε δημόσιο νοσοκομείο, εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού νοσοκομείου)

___ Σε ιδιώτη ψυχίατρο

8. Τι είδους βοήθεια λάβατε;

___ Μόνο φάρμακα

___ Μόνο ψυχοθεραπεία

___ Φάρμακα και ψυχοθεραπεία

9. Πόσο ικανοποιημένη είστε με τη βοήθεια που λάβατε;

___ Πολύ Λίγο

___ Λίγο

___ Μέτρια

___ Πολύ

___ Πάρα πολύ

II. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PHQ-9)

Τις <u>τελευταίες 2 εβδομάδες</u> πόσο συχνά ενοχληθήκατε απ' οποιοδήποτε από τα παρακάτω προβλήματα; (Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα "✓")		Καθόλου	Αρκετές μέρες	Περισσό- τερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1.	Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	0	1	2	3
2.	Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
3.	Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	0	1	2	3
4.	Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5.	Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	0	1	2	3
6.	Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	0	1	2	3
7.	Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	0	1	2	3
8.	Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν ή το αντίθετο – είστε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(ή), που κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
9.	Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	0	1	2	3

Κωδικοποίηση: 0 + + +
=Total Score:

Εάν επιλέξατε κάποια προβλήματα, πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα;

Καμία δυσκολία ☐	Μερική δυσκολία ☐	Μεγάλη δυσκολία ☐	Υπερβολική δυσκολία ☐
--	---	---	---

Συντάχθηκε από τους Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και τους συνεργάτες τους με εκπαιδευτική επιχορήγηση από την Pfizer Inc. Δεν απαιτείται άδεια για αναπαραγωγή, μετάφραση, εμφάνιση ή διανομή.

III. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (SF-12)

ΕΡ.1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι...

Εξαιρετική.....	1
Πολύ καλή	2
Καλή	3
Μέτρια.....	4
Κακή.....	5
ΔΓ/ΔΑ.....	9

ΕΡ. 2. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Σήμερα, **η κατάσταση της υγείας σας** περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Αν ναι, πόσο;

A. Μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία

B. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες

Ναι, περιορίζονται πολύ	Ναι, περιορίζονται λίγο	Όχι δεν περιορίζονται καθόλου	ΔΓ/ΔΑ
1	2	3	9
1	2	3	9

ΕΡ. 3. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

A. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε

B. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας.....

Ναι	Όχι	ΔΓ/ΔΑ
1	2	9
1	2	9

- ΕΡ. 4. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως μελαγχολία ή άγχος) ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

Ναι	Όχι	ΔΓ/ΔΑ
1	2	9
1	2	9

Α. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....

Β. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο **προσεκτικά** όσο συνήθως

- ΕΡ. 5. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο **ο πόνος** εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου.....	1
Λίγο.....	2
Μέτρια.....	3
Αρκετά.....	4
Πάρα πολύ.....	5
ΔΓ/ΔΑ.....	9

- ΕΡ. 6. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πως νοιώθατε και το πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση, παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σ' αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις 4 τελευταίες εβδομάδες...

Α. Νιώθατε ήρεμος/η και γαλήνιος/α;

Β. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;

Γ. Νιώθατε απελπισμένος/η και μελαγχολικός/η;

Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ	ΔΓ/ΔΑ
1	2	3	4	5	6	9
1	2	3	4	5	6	9
1	2	3	4	5	6	9

- ΕΡ. 7. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, για πόσο καιρό **η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους);

Πάντα.....	1
Τις πιο πολλές φορές	2
Μερικές φορές	3
Όχι συχνά.....	4
Ποτέ	5
ΔΓ/ΔΑ.....	9

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO: **Preamble: World Health Organization Constitution.** . In. Geneva: World Health Organization; 1946.
2. WHO: **Mental Health: New understanding, new hope. The World Health Report.** In. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. WHO: **Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.** . In. Geneva: World Health Organization; 2004.
4. WHO: **Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne,.** In. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. Barry M, Jenkins R: **Introduction to Mental Health Promotion.** In: *Implementing mental health promotion.* edn. New York: Churchill Livingstone: Elsevier; 2007.
6. Mrazek P, Haggerty R: **Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.** Washington: National Academy Press; 1994.
7. WHO: **Declaration of Alma Ata.** In: *International Conference on Primary Health Care.* USSR; 1978.
8. WHO: **Caring for people with chronic conditions A health system perspective.** Berkshire, England.: Open University Press; 2008.

9. Ashenden R, Silagy C, Weller D: **A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice.** *Fam Pract* 1997, **14**(2):160-176.
10. Üstün B: **The primary care setting-relevance, advantages, challenges.** In: *Preventing Mental illness: mental health promotion in primary care.* edn. Edited by Jenkins R, Üstün B. Chicester: John Wiley; 1998: 71-80.
11. Raphael B, Schmolke M, Wooding S: **Links between mental and physical health and illness.** In: *Promoting Mental health: concepts, emerging evidence, practice A report of the World Health Organization.* Edited by Herman H, Saxena S, Moodie S. Geneva: World Health Organization; 2005: 132-145.
12. Goodwin S: **Glass half full attitude promotes health in old age.** *Journal of American Geriatrics Society* 2000(48).
13. Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J, Marmot M: **When reciprocity fails: effort–reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study.** *Occupational and Environmental Medicine* 2002, **59**(11):777-784.
14. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, Cylus J, Karanikolos M, Kluge H: **Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy.** Maidenhead, England: Open University Press.; 2014.
15. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M: **The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis.** *Lancet* 2009, **374**(9686):315-323.

16. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E: **Integrating mental health into primary healthcare.** *Mental health in family medicine* 2008, 5(1):5-8.
17. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J: **Risk factors and predictive signs of postpartum depression.** *Journal of Affective Disorders*, 49(3):167-180.
18. NICE: **Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.** In. United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2014.
19. Earls MF: **Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice.** *Pediatrics* 2010, 126(5):1032.
20. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HIM, Conwell Y: **Detection of Postpartum Depressive Symptoms by Screening at Well-Child Visits.** *Pediatrics* 2004, 113(3):551.
21. APA: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, 5th edn. Washington: DC: American Psychiatric Association.; 2013.
22. Gjerdingen DK, Yawn BP: **Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice.** *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2007, 20(3):280-288.
23. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al.: **Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the u.s. preventive services task force.** *Annals of Internal Medicine* 2002, 136(10):765-776.
24. WHO: **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.** In. Geneva:: World Health Organization; ; 2017.

25. MacArthur C, Winter H, Bick D, Lilford R, Lancashire R: **Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focussed on individual women's physical and psychological health needs.** *Health Technol Assess* 2003, **7**(37).
26. Leiferman JA, Dauber SE, Heisler K, Paulson JF: **Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression.** *J Womens Health (Larchmt)* 2008, **17**(7):1143-1150.
27. Gaynes B, Gavin N, Meltzer-Brody S: **Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality** In: *Evidence Reports/Technology Assessments*. US; 2005.
28. Σταμούλη Σ, Κονταξάκης Β, Χριστοδούλου Γ: **Επιλόχεια κατάθλιψη.** In: *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. edn. Edited by Κονταξάκης Β, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ, Χριστοδούλου Γ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα; 2005: 299-304.
29. Munk-Olsen T, Laursen T, Pedersen C, Mors O, Mortensen P: **New parents and mental disorders: A population-based register study.** *JAMA* 2006, **296**(21):2582-2589.
30. Sobey WS: **Barriers to postpartum depression prevention and treatment: a policy analysis.** *J Midwifery Womens Health* 2002, **47**(5):331-336.
31. Beck CT, Gable RK: **Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing.** *Nurs Res* 2000, **49**(5):272-282.
32. Robinson WD, Geske JA, Prest LA, Barnacle R: **Depression treatment in primary care.** *J Am Board Fam Pract* 2005, **18**(2):79-86.

33. Isaacs M: **Community Care networks for depression in low income communities and communities of color: a review of the literature.** In. Washington D.C.: Harvard University, School of Social Work and National Alliance of Multiethnic Behavioral Health Associations.; 2004.
34. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, Ito M, Kudo N, Tada K, Kanazawa K *et al*: **Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression.** *Arch Womens Ment Health* 2006, **9**(3):121-130.
35. Kazdin AE, Kagan J: **Models of Dysfunction in Developmental Psychopathology.** *Clinical Psychology: Science and Practice* 1994, **1**(1):35-52.
36. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J: **Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth.** *BMJ* 2001, **323**(7307):257.
37. Lambrinoudaki I, Rizos D, Armeni E, Pliatsika P, Leonardou A, Sygelou A, Argeitis J, Spentzou G, Hasiakos D, Zervas I *et al*: **Thyroid function and postpartum mood disturbances in Greek women.** *J Affect Disord* 2010, **121**(3):278-282.
38. Beck CT: **Birth trauma: in the eye of the beholder.** *Nurs Res* 2004, **53**(1):28-35.
39. Kennedy HP, Gardiner A, Gay C, Lee KA: **Negotiating sleep: a qualitative study of new mothers.** *J Perinat Neonatal Nurs* 2007, **21**(2):114-122.
40. Dennis CL, Ross LE: **The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression.** *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006, **85**(10):1179-1185.

41. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G: **Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms.** *Obstetrics and gynecology* 2002, **99**(2):223-228.
42. Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK: **Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center.** *Obstet Gynecol* 2006, **107**(2 Pt 1):342-347.
43. Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesar S, Cooper C, Hough A, Dean L, Dave S, Farmer A, McGuffin P *et al*: **Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study.** *Am J Psychiatry* 2006, **163**(9):1549-1553.
44. O'Brien LM, Heycock EG, Hanna M, Jones PW, Cox JL: **Postnatal Depression and Faltering Growth: A Community Study.** *Pediatrics* 2004, **113**(5):1242.
45. Victoria Hendrick, Lori Altshuler: **Management of Major Depression During Pregnancy.** *American Journal of Psychiatry* 2002, **159**(10):1667-1673.
46. Misri S, Kendrick K: **Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review.** *Can J Psychiatry* 2007, **52**(8):489-498.
47. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T: **Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.** In. Toronto, Canada: University Health Network Women's Health Program 2003; 2003.
48. Earls MF, Hay SS: **Setting the stage for success: implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care**

- practice--the North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project.** *Pediatrics* 2006, **118**(1):e183-188.
49. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL, Spagnola M: **Affect, cognition, and the emergence of self-knowledge in the toddler offspring of depressed mothers.** *J Exp Child Psychol* 1997, **67**(3):338-362.
 50. Murray L, Woolgar M, Murray J, Cooper P: **Self-exclusion from health care in women at high risk for postpartum depression.** *J Public Health Med* 2003, **25**(2):131-137.
 51. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F: **Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial.** *Lancet* 2008, **372**(9642):902-909.
 52. Priest SR, Austin MP, Barnett BB, Buist A: **A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings.** *Arch Womens Ment Health* 2008, **11**(5-6):307-317.
 53. O'Hara MW: **Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium.** *Archives of General Psychiatry* 1986, **43**(6):569-573.
 54. Misri J, Joe K: **Perinatal mood disorders: An introduction.** . In: *Perinatal and Postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the health care practitioner.* edn. Edited by Dowd-Stone S, Menken A. New York: Springer Publishing Company; 2008.
 55. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N: **Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India.** *American Journal of Psychiatry* 2002, **159**(1):43-47.

56. Séguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J: **Depressive Symptoms in the Late Postpartum Among Low Socioeconomic Status Women.** *Birth* 1999, **26**(3):157-163.
57. Lee D, Yip A, Leung T, Chung T: **Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study.** *Hong Kong Medical Journal* 2000(6):349-354.
58. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B: **Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity.** *The British Journal of Psychiatry* 1996, **168**(5):607.
59. O'Hara MW, Swain AM: **Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis.** *International Review of Psychiatry* 1996, **8**(1):37-54.
60. Goodman JH: **Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression.** *Birth* 2009, **36**(1):60-69.
61. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K: **Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life.** *Pediatrics* 2005, **115**(2):306-314.
62. Grace SL, Evindar A, Stewart DE: **The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature.** *Arch Womens Ment Health* 2003, **6**(4):263-274.
63. Field T: **Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review.** *Infant behavior & development* 2010, **33**(1):1.
64. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA: **Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior.** *Pediatrics* 2006, **118**(2):659-668.

65. Foster CE, Webster MC, Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Rush AJ, Hughes CW, Garber J, Malloy E *et al*: **Remission of maternal depression: relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms.** *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008, **37**(4):714-724.
66. McLennan JD, Kotelchuck M: **Parental prevention practices for young children in the context of maternal depression.** *Pediatrics* 2000, **105**(5):1090-1095.
67. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB: **A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change.** *Pediatrics* 2003, **112**(2):e119-131.
68. Beck L, Morrow B, Lipscomb L: **Prevalence at selected maternal behaviors and experiences: Pregnancy Risk Assessment Monitoring system (PRAMS).** *MMWR Surveillance Summaries* 2002, **51**(2):1-27.
69. Canadian Paediatric Society: **Maternal depression and child development.** *Paediatrics & Child Health* 2004, **9**(8):575-583.
70. Hagele DM: **The impact of maltreatment on the developing child.** *N C Med J* 2005, **66**(5):356-359.
71. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King C, Cerda G, Sood AB *et al*: **Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study.** *Am J Psychiatry* 2008, **165**(9):1136-1147.
72. McCarter-Spaulding D, Horowitz J: **How does postpartum depression affect breastfeeding?** *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2007, **32**(1):10-17.

73. Dennis C-L, McQueen K: **The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review.** *Pediatrics* 2009, **123**(4):e736.
74. McLearn K, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W: **Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices.** *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2006, **160**(3):279-284.
75. Menken A: **A psychodynamic approach to treatment for postpartum depression.** In: *Perinatal and Postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner.* edn. Edited by Stone S, Menken A. New York: Springer; 2008.
76. Monk C, Spicer J, Champagne FA: **Linking Prenatal Maternal Adversity to Developmental Outcomes in Infants: The Role of Epigenetic Pathways.** *Development and psychopathology* 2012, **24**(4):1361-1376.
77. Miller LJ: **Postpartum depression.** *JAMA* 2002, **287**(6):762-765.
78. Ferber SG, Feldman R, Makhoul IR: **The development of maternal touch across the first year of life.** *Early Human Development* 2008, **84**(6):363-370.
79. Tronick E, Reck C: **Infants of depressed mothers.** *Harv Rev Psychiatry* 2009, **17**(2):147-156.
80. McGrath JM, Records K, Rice M: **Maternal Depression and Infant Temperament Characteristics.** *Infant behavior & development* 2008, **31**(1):71-80.
81. Singer J, Fagen J: **Negative affect, emotional expression, and forgetting in young infants.** *Dev Psychol* 1992(28):48-57.

82. Field T, Lang C, Martinez A, Yando R, Pickens J, Bendell D: **Preschool follow-up of infants of dysphoric mothers.** *Journal of Clinical Child Psychology* 1996, **25**(3):272-279.
83. Kochanska G, Kuczynski L, Radke-Yarrow M, Welsh JD: **Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children.** *Journal of Abnormal Child Psychology* 1987, **15**(3):441-456.
84. Kuczynski L, Kochanska G: **Development of children's non-compliance strategies from toddlerhood to age 5.** *Dev Psychol* 1990(26):398-408.
85. Dennis C-L, Ross L: **Relationships Among Infant Sleep Patterns, Maternal Fatigue, and Development of Depressive Symptomatology.** *Birth* 2005, **32**(3):187-193.
86. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P: **The Cognitive Development of 5-Year-Old Children of Postnatally Depressed Mothers.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996, **37**(8):927-935.
87. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M: **Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review.** *Infant Behavior and Development* 2006, **29**(3):445-455.
88. Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmücker G, Allen H, Kumar R: **The Impact of Postnatal Depression on Boys' Intellectual Development.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995, **36**(8):1315-1336.
89. Mandl KD, Tronick EZ, Brennan TA, Alpert HR, Homer CJ: **Infant health care use and maternal depression.** *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999, **153**(8):808-813.
90. McCarthy P, Freudigman K, Cicchetti D, Mayes L, Lopez Benitez J, Salloum S, Baron M, Fink H, Anderson R, LaCamera R: **The mother-child**

- interaction and clinical judgment during acute pediatric illnesses.** *The Journal of Pediatrics*, 136(6):809-817.
91. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Alan Pincus H, Weissman MM: **Parental depression, child mental health problems, and health care utilization.** *Med Care* 2003, 41(6):716-721.
 92. Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH: **Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior.** *Biological Psychiatry* 2002, 52(8):776-784.
 93. Eapen V, Ghubash R, Salem MO, Sabri S: **Familial Predictors of Childhood Shyness: A Study of the United Arab Emirates Population.** *Public Health Genomics* 2005, 8(1):61-64.
 94. Herrera E, Reissland N, Shepherd J: **Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period.** *Journal of Affective Disorders* 2004, 81(1):29-39.
 95. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G: **Maternal depression and parenting behavior.** *Clinical Psychology Review* 2000, 20(5):561-592.
 96. Surkan PJ, Ettinger AK, Ahmed S, Minkovitz CS, Strobino D: **Impact of Maternal Depressive Symptoms on Growth of Preschool- and School-Aged Children.** *Pediatrics* 2012.
 97. Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Barros AJD, Barros FCF: **Long-Lasting Maternal Depression and Child Growth at 4 Years of Age: A Cohort Study.** *The Journal of Pediatrics*, 157(3):401-406.
 98. Pavan M, Pizeta FA, Loureiro SR: **Maternal depression, behavioral profile and school performance in school-age children.** *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2012, 25:121-129.

99. Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H: **Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks.** *Development and Psychopathology* 2008, **20**(1):55-77.
100. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M: **Offspring of depressed parents: 10 years later.** *Archives of General Psychiatry* 1997, **54**(10):932-940.
101. Cicchetti D, Toth SL: **The development of depression in children and adolescents.** *American Psychologist* 1998, **53**(2):221-241.
102. Campbell SB, Morgan-Lopez AA, Cox MJ, McLoyd VC, the NECRN: **A Latent Class Analysis of Maternal Depressive Symptoms over 12 Years and Offspring Adjustment in Adolescence.** *Journal of abnormal psychology* 2009, **118**(3):479-493.
103. Halligan SL, Herbert J, Goodyer IM, Murray L: **Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring.** *Biological Psychiatry*, **55**(4):376-381.
104. Kessler RC: **Epidemiology of women and depression.** *J Affect Disord* 2003, **74**(1):5-13.
105. Ford JH, Krahn D, Oliver KA, Kirchner J: **Sustainability in Primary Care and Mental Health Integration Projects in Veterans Health Administration.** *Quality management in health care* 2012, **21**(4):240-251.
106. Shepherd M, Cooper B, Brown C, Kalton G: **Psychiatric Illness in General Practice.** London.: Oxford University Press; 1966.
107. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A: **Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic**

- Literature Review and Meta-analysis.** *Journal of General Internal Medicine* 2008, 23(1):25-36.
108. Sartorius N, Ustün TB: **Mental Illness in General Health Care. An International Study.** . Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1995.
 109. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE: **Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care.** *Am J Psychiatry* 1996, 153(5):636-644.
 110. Strathdee G, Jenkins R: **Purchasing mental health for primary care.** In: *Commissioning Mental Health Services* edn. Edited by Thornicroft G, Strathdee G. London: HMSO; 1996: 77–83.
 111. Garralda ME, Bailey D: **CHILDREN WITH PSYCHIATRIC DISORDERS IN PRIMARY CARE.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1986, 27(5):611-624.
 112. Earls MF: **Clinical Report—Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice.** *Pediatrics* 2010.
 113. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S: **Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis.** *Lancet* 2009, 374(9690):609-619.
 114. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R: **Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review.** *JAMA* 2003, 289(23):3145-3151.
 115. Wiley CC, Burke GS, Gill PA, Law NE: **Pediatricians' views of postpartum depression: a self-administered survey.** *Arch Women's Mental Health* 2004, 7.

116. Olson AL, Dietrich AJ, Prazar G, Hurley J: **Brief maternal depression screening at well-child visits.** *Pediatrics* 2006, **118**.
117. Mold JW, Fryer GE, Phillips RL, Jr., Dovey SM, Green LA: **Family physicians increase provision of well-infant care despite decline in prenatal services.** *Am Fam Physician* 2003, **67**(1):17.
118. Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ, Stein REK: **Do Pediatricians Recognize Mothers With Depressive Symptoms?** *Pediatrics* 2000, **106**(6):1367-1373.
119. Sheeder J, Kabir K, Stafford B: **Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life?** *Pediatrics* 2009, **123**.
120. Mishina H, Takayama JI: **Screening for maternal depression in primary care pediatrics.** *Curr Opin Pediatr* 2009, **21**(6):789-793.
121. Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, Hammond CS, Zuckerman BS, Dietrich AJ: **Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression.** *Pediatrics* 2002, **110**.
122. Bethell C, Reuland CH, Halfon N, Schor EL: **Measuring the quality of preventive and developmental services for young children: national estimates and patterns of clinicians' performance.** *Pediatrics* 2004, **113**(6 Suppl):1973-1983.
123. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL: **Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation.** *Am J Obstet Gynecol* 2000, **182**(5):1080-1082.

124. Olson AL, Dietrich AJ, Prazar G, Hurley J, Tuddenham A, Hedberg V, Naspinsky DA: **Two approaches to maternal depression screening during well child visits.** *J Dev Behav Pediatr* 2005, **26**(3):169-176.
125. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP: **Routine screening for postpartum depression.** *J Fam Pract* 2001, **50**(2):117-122.
126. Heneghan AM, Chaudron LH, Storfer-Isser A, Park ER, Kelleher KJ, Stein RE, Hoagwood KE, O'Connor KG, Horwitz SM: **Factors associated with identification and management of maternal depression by pediatricians.** *Pediatrics* 2007, **119**.
127. Wertlieb D: **Converging Trends in Family Research and Pediatrics: Recent Findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on the Family.** *Pediatrics* 2003, **111**(Supplement 2):1572-1587.
128. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ: **The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care.** *Am J Obstet Gynecol* 2005, **192**(2):522-526.
129. Freeman MP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM: **Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence, and risk factors.** *J Womens Health (Larchmt)* 2005, **14**(10):929-935.
130. Currie ML, Rademacher R: **The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression.** *Pediatric Clinics of North America* 2004, **51**(3):785-801.
131. Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein RE, Storfer-Isser A, Youngstrom EA, Park ER, Heneghan AM, Jensen PS, O'Connor KG, Hoagwood KE: **Barriers to**

- the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression.** *Pediatrics* 2007, **119**.
132. Cohen GJ: **The Prenatal Visit.** *Pediatrics* 2009, **124**(4):1227-1232.
 133. Heneghan AM, Mercer M, DeLeone NL: **Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician?** *Pediatrics* 2004, **113**(3 Pt 1):460-467.
 134. Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, Ellwood D, Barnett B, Kowalenko N, Matthey S *et al*: **Acceptability of routine screening for perinatal depression.** *J Affect Disord* 2006, **93**(1-3):233-237.
 135. Kelly BD: **St John's wort for depression: what's the evidence?** *Hosp Med* 2001, **62**(5):274-276.
 136. Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G: **Are family physicians appropriately screening for postpartum depression?** *J Am Board Fam Pract* 2005, **18**(2):104-112.
 137. Byatt N, Biebel K, Lundquist RS, Moore Simas TA, Debordes-Jackson G, Allison J, Ziedonis D: **Patient, provider, and system-level barriers and facilitators to addressing perinatal depression.** *J Reprod Infant Psyc* 2012, **30**.
 138. 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 Fam Pract* 2009, **10**:7.
 139. Chew-Graham C, Chamberlain E, Turner K, Folkes L, Caulfield L, Sharp D: **GPs' and health visitors' views on the diagnosis and management of postnatal depression: a qualitative study.** *Br J Gen Pract* 2008, **58**(548):169-176.

140. Flynn HA, Davis M, Marcus SM, Cunningham R, Blow FC: **Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization.** *Gen Hosp Psychiatry* 2004, **26**.
141. Flynn HA, Henshaw E, O'Mahen H, Forman J: **Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: a qualitative study.** *Gen Hosp Psychiatry* 2010, **32**(1):9-16.
142. Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom J: **A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women.** *BMC Public Health* 2006, **6**:211.
143. Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters AR, Van Ginkel JB: **Maternal Depression in Home Visitation: A Systematic Review.** *Aggress Violent Behav* 2010, **15**(3):191-200.
144. Rishel CW: **Pathways to prevention for children of depressed mothers: a review of the literature and recommendations for practice.** *Depress Res Treat* 2012, **2012**:313689.
145. Sword W, Busser D, Ganann R, McMillan T, Swinton M: **Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression.** *Qual Health Res* 2008, **18**(9):1161-1173.
146. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K *et al*: **Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis.** *Health Technol Assess* 2009, **13**(36):1-145, 147-230.
147. Dennis CL, Allen K: **Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008(4):CD006795.

148. 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.
149. Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, Dennis C-L: **Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis.** *Journal of Psychiatric Research*, **70**:67-82.
150. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM: **Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review.** *American journal of obstetrics and gynecology* 2010, **202**(1):5-14.
151. Tam LW, Newton RP, Dern M, Parry BL: **Screening women for postpartum depression at well baby visits: resistance encountered and recommendations.** *Arch Womens Ment Health* 2002, **5**(2):79-82.
152. Scope A, Booth A, Morrell CJ, Sutcliffe P, Cantrell A: **Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression. A systematic review and qualitative evidence synthesis.** *J Affect Disord* 2017, **210**:100-110.
153. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM: **Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care.** *Maternal and Child Health Journal* 2012, **16**(2):297-305.
154. CARE COHCalFP-AF-C: **Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role.** *Pediatrics* 2012, **129**(2):394-404.
155. Care CoH: **Family-Centered Care and the Pediatrician's Role.** *Pediatrics* 2003, **112**(3):691-696.
156. Arango P: **Family-Centered Care.** *Academic Pediatrics*, **11**(2):97-99.

157. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, Harvey R, Bessey A, Cantrell A, Dennis CL *et al*: **A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression.** *Health Technol Assess* 2016, **20**(37):1-414.
158. Barry M: **Promoting positive mental health: theoretical frameworks for practice.** *International Journal of Mental Health Promotion* 2001, **3**(1):25-34.
159. Jané-Llopis E, Anderson P: **Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention.** *A policy for Europe.* In. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.; 2005.
160. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: **Improving primary care for patients with chronic illness.** *JAMA* 2002, **288**(14):1775-1779.
161. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM: **Population-based screening for postpartum depression.** *Obstet Gynecol* 1999, **93**(5 Pt 1):653-657.
162. Buist A, Ellwood D, Brooks J, Milgrom J, Hayes BA, Sved-Williams A, Barnett B, Karatas J, Bilszta J: **National program for depression associated with childbirth: the Australian experience.** *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2007, **21**(2):193-206.
163. Sit DK, Flint C, Svidergol D, White J, Wimer M, Bish B, Wisner KL: **Best practices: an emerging best practice model for perinatal depression care.** *Psychiatr Serv* 2009, **60**(11):1429-1431.

164. Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Barry S, Raue PJ, Lefever JJ, Heo M *et al*: **Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial.** *BMJ* 2004, **329**(7466):602.
165. Olin S-CS, Kerker B, Stein REK, Weiss D, Whitmyre ED, Hoagwood K, Horwitz SM: **Can Postpartum Depression Be Managed in Pediatric Primary Care?** *Journal of Women's Health* 2016, **25**(4):381-390.
166. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J: **Best practices: community-based postpartum depression screening: results from the CARE study.** *Psychiatr Serv* 2009, **60**(11):1432-1434.
167. Margolis KL, Solberg LI, Crain AL, Whitebird RR, Ohnsorg KA, Jaeckels N, Oftedahl G, Glasgow RE: **Prevalence of practice system tools for improving depression care among primary care clinics: the DIAMOND initiative.** *J Gen Intern Med* 2011, **26**(9):999-1004.
168. Castle D, Schweitzer I, Tiller J: **STAR*D: Has it Taught us Anything about the Management of Depression?** *Australasian Psychiatry* 2009, **17**(5):360-364.
169. Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, Peterson D, Rutter CM, McGregor M, McCulloch D: **Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses.** *The New England Journal of Medicine* 2010, **363**(27):2611-2620.
170. Smith MV, Howell H, Wang H, Poschman K, Yonkers KA: **Success of mental health referral among pregnant and postpartum women with psychiatric distress.** *General hospital psychiatry* 2009, **31**(2):155-162.

171. Weiss-Laxer NS, Platt R, Osborne LM, Kimmel M, Solomon BS, Mendelson T, Webb L, Riley AW: **Beyond screening: a review of pediatric primary care models to address maternal depression.** *Pediatr Res* 2016, **79**(1-2):197-204.
172. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU: **Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: Evidence report and systematic review for the us preventive services task force.** *JAMA* 2016, **315**(4):388-406.
173. Smithson S, Pignone MP: **Screening Adults for Depression in Primary Care.** *Medical Clinics of North America* 2017, **101**(4):807-821.
174. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al.: **Five-year impact of quality improvement for depression: Results of a group-level randomized controlled trial.** *Archives of General Psychiatry* 2004, **61**(4):378-386.
175. Feinberg E, Smith MV, Morales MJ, Claussen AH, Smith DC, Perou R: **Improving women's health during internatal periods: developing an evidenced-based approach to addressing maternal depression in pediatric settings.** *J Womens Health (Larchmt)* 2006, **15**(6):692-703.
176. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: **Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.** *Br J Psychiatry* 1987, **150**:782-786.
177. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW: **The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener.** *Medical Care* 2003, **41**(11):1284-1292.

178. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW: **The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure.** *Journal of General Internal Medicine* 2001, **16**(9):606-613.
179. Siu AL, and the USPSTF: **Screening for depression in adults: Us preventive services task force recommendation statement.** *JAMA* 2016, **315**(4):380-387.
180. NICE: **Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline.** In. UK: National Institute for Health and Care excellence; 2016.
181. Yawn B, Dietrich A, P. W: **The IAP: a simple tool to guide assessment and immediate action for suicidal ideation.**
Family Practice Management 2009, **16**(5):17-20.
182. Yawn BP, Olson AL, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich AJ: **Postpartum Depression: Screening, Diagnosis, and Management Programs 2000 through 2010.** *Depression Research and Treatment* 2012, **2012**:9.
183. Yawn B, Pace W, Bertram S, Wollan P, Graham D, Dietrich A: **Translating PPD screening and management into primary care practice: An RCT.** *The Annals of Family Medicine* 2012, **10**(2):320-329.
184. Kozhimannil KB, Adams AS, Soumerai SB, Busch AB, Huskamp HA: **New Jersey's Efforts To Improve Postpartum Depression Care Did not Change Treatment Patterns for Women on Medicaid.** *Health affairs (Project Hope)* 2011, **30**(2):293-301.
185. Liberto TL: **Screening for Depression and Help-Seeking in Postpartum Women During Well-Baby Pediatric Visits: An Integrated Review.** *Journal of Pediatric Health Care* 2012, **26**(2):109-117.

186. Solberg LI: **Improving Medical Practice: A Conceptual Framework.**
Annals of Family Medicine 2007, 5(3):251-256.
187. Committee on Depression PP, and the Healthy Development of Children.
Board on Children, Youth and Families. Division of Behavioral and Social
Sciences and, Education.: **Depression in Parents, Parenting, and Children:
Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention.**
. In. Washington, DC, USA, : National Research Council and Institute of Medicine.;
2009.
188. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P: **The
effects of maternal postnatal depression and child sex on academic
performance at age 16 years: a developmental approach.** *Journal of Child
Psychology and Psychiatry* 2010, 51(10):1150-1159.
189. Pediatrics AAo: **Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of
Infants, Children and Adolescents.** In. Chicago, USA; 2017.
190. Yonkers KA, Smith MV, Lin H, Howell HB, Shao L, Rosenheck RA:
**Depression Screening of Perinatal Women: An Evaluation of the Healthy
Start Depression Initiative.** *Psychiatric services (Washington, DC)* 2009,
60(3):322-328.
191. Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T, Miao M, Cheng
S, Leung SH, Lau A *et al*: **Outcome of a postnatal depression screening
programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a
randomized controlled trial.** *Journal of Public Health* 2011, 33(2):292-301.
192. Wittchen HU, Muhlig S, Beesdo K: **Mental disorders in primary care.**
Dialogues Clin Neurosci 2003, 5.

193. Ngo VK, Rubinstein A, Ganju V, Kanellis P, Loza N, Rabadan-Diehl C, Daar AS: **Grand challenges: Integrating mental health care into the non-communicable disease agenda.** *PLoS Med* 2013, **10**.
194. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H: **Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency.** *Lancet* 2007, **370**.
195. McKenzie J, Neiger B, R. T: **Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs**, 5th edn. San Fransisco, Canada: Pearson Education; 2009.
196. Noar S, Benac C, Harris M: **Does Tailoring Matter? Meta-Analytic Review of Tailored Print Health Behavior Change Interventions.** *Psychological Bulletin* 2007, **133**(4):673-693.
197. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D: **Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population.** *Int J Environ Res Public Health* 2013, **10**(5):2017-2027.
198. MacInko J, Starfield B, Erinosho T: **The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries.** *Journal of Ambulatory Care Management* 2009, **32**(2):150-171.
199. Giannakopoulos G, Anagnostopoulos DC: **Psychiatric reform in Greece: an overview.** *BJPsych Bull* 2016, **40**(6):326-328.
200. Madianos M: **Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the ‘psychiatric reform’ in Greece? .** *Psychiatriki* 2013(24):13–16. .

201. Karastergiou A, Mastrogianni A, Georgiadou E, Kotrotsios S, Mauratziotou K: **The reform of the Greek mental health services.** *Journal of Mental Health* 2005, **14**(2):197-203.
202. Madianos M, Christodoulou G: **Reform of the mental health system in Greece, 1984–2006.** *Int Psychiatry* 2007(4):16-19.
203. Economou C: **Greece: Health system review.** *Health Syst Transit* 2010, **12**.
204. Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C, Stefanis C: **The mental health care delivery system in greece: regional variation and socioeconomic correlates.** *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 1999, **2**(4):169-176.
205. Simou E, Karamagioli E, Roumeliotou A: **Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers.** In: *Prim Health Care Res Dev.* edn.; 2013.
206. Groenewegen P, Jurgutis A: **A future for primary care for the Greek population.** *Quality in Primary Care* 2013(21):369-378.
207. Devers KJ, Frankel RM: **Study design in qualitative research–2: Sampling and data collection strategies.** *Education Health* 2000, **13**.
208. Richie JSL: **Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research.** In: *Analysing Qualitative Data.* edn. Edited by Burgess B. London: Routledge; 1994.
209. Pope C, Ziebland S, Mays N: **Qualitative research in health care. Analysing qualitative data.** *BMJ* 2000, **320**.
210. Srivastava P, Hopwood N: **A practical iterative framework for qualitative data analysis.** *Int J Qual Meth* 2009, **8**.

211. Lacey A, Luff D: **Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Analysis**. In: *Trent Focus*. edn. Vancouver, Canada: University of British Columbia; 2001.
212. WHO: **Investing in Mental Health: Evidence for Action 2013**. Geneva: Switzerland: World Health Organization; 2001.
213. Κατσίκας Δ, Καρακίτσος Α, Φιλίνης Κ, Πετραλιάς Α: **Έκθεση για το κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας σε σχέση με τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την ανισότητα πριν και μετά από την εκδήλωση της κρίσης**. In. Edited by Crisis. F-EFaEUaOtMIotE. Αθήνα: Παρατηρητήριο για την Κρίση; 2014.
214. EUROSTAT: **Living conditions in Europe**. In. Belgium: European Commission; 2014.
215. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ: **Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory**. *Health Services Research* 2007, **42**(4):1758-1772.
216. Miles M, Huberman M: **Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods**. . Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1994.
217. Patton M: **Qualitative Research and Evaluation Methods**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
218. Pope C, Ziebland S, N. M: **Qualitative Research in Health Care. Analysing Qualitative Data**. . *British Medical Journal* 2000, **320**(7227):114-116.
219. Yardley L: **Dilemmas in Qualitative Health Research**. *Psychology and Health* 2000, **15**:215-218.

220. Funnelland S, Rogers P: **Purposeful Program Theory. Effective Use of Theories of Change and Logic Models.**, 1st Edition edn. USA: Jossey-Bass; 2011.
221. Bartholomew L, Parcel G, Kok G, Gottlieb N: **PLANNING HEALTH PROMOTION PROGRAMS: An Intervention Mapping Approach.**, 1st edn. USA: Jossey-Bass; 2006.
222. Prochaska J, Velicer W: **The Transtheoretical Model of Health behavior Change.** *American Journal of Health Promotion* 1997, **12**(1):38-48.
223. Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, Finch T, Kennedy A, Mair F, O'Donnell C *et al*: **Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions.** *BMC Medicine* 2010, **8**(1):63.
224. Heath B, Wise R, Reynolds K: **A Review and Proposed Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare.** In. Washington, D.C: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions; 2013.
225. Gartlehner G, Hansen R, Nissman D: **Criteria for Distinguishing Effectiveness From Efficacy Trials in Systematic Reviews** In: *Technical Reviews, No 12*. Edited by Quality AfHRA. Rockville, US; 2006.
226. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR *et al*: **The strength of primary care in Europe: an international comparative study.** *The British Journal of General Practice* 2013, **63**(616):e742-e750.
227. Agapidaki E, Souliotis K, Christogiorgos S, Zervas I, Leonardou A, Kolaitis G, Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Tountas Y: **A theory-based educational intervention to pediatricians in order to improve**

- identification and referral of maternal depression: a quasi-experimental study.** *Annals of General Psychiatry* 2013, **12**(1):37.
228. Rimer B, K. G: **Theory at a Glance: a guide for health promotion practice.** In. Edited by Services UDoHaH, 2nd edn. USA: National Cancer Institute; 2005.
 229. Brug J, Oenema A, Ferreira I: **Theory, evidence and Intervention Mapping to improve behavior nutrition and physical activity interventions.** *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2005, **2**:2-2.
 230. Davidhizar R: **Critique of the health-belief model.** *Journal of Advanced Nursing* 1983, **8**(6):467-472.
 231. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS: **Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research.** *British Journal of Addiction* 1992, **87**(6):825-828.
 232. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS: **Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research.** *Br J Addict* 1992, **87**(6):825-828; discussion 833-825.
 233. Prochaska JO, DiClemente CC: **Stages of change in the modification of problem behaviors.** *Prog Behav Modif* 1992, **28**:183-218.
 234. Prochaska JO, DiClemente CC: **Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change.** *J Consult Clin Psychol* 1983, **51**(3):390-395.
 235. Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG: **Assessing outcome in smoking cessation studies.** *Psychol Bull* 1992, **111**(1):23-41.

236. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J: **Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking.** *J Consult Clin Psychol* 1988, **56**(4):520-528.
237. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC: **In search of how people change. Applications to addictive behaviors.** *Am Psychol* 1992, **47**(9):1102-1114.
238. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR: **Prevalence of depression during pregnancy: systematic review.** *Obstet Gynecol* 2004, **103**(4):698-709.
239. Perfetti J, R. C, Fillmore C: **Postpartum depression: Identification, Screening and Treatment.** *Wisconsin Medical Journal* 2004, **103**(6).
240. NICE: **Guideline scope Preventing suicide in community and custodial settings.** In. Edited by EXCELLENCE NIFHAC. UK: NICE; 2016.
241. Crosby R, DiClemente R, Salazar L: **Research Methods in Health Promotion**, First edn. San Fransisco, CA: Jossey-Bass; 2006.
242. World Medical A: **World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects.** *JAMA* 2013, **310**(20):2191-2194.
243. Pediatrics AAo: **Periodic Survey #59 Identification, Management, and Referral for Patient Mental Health Problems and Maternal Depression.** In.: AAP; 2005.
244. **The Habits Lab at UMBC** [<https://habitslab.umbc.edu/ttm-measures/>]
245. Da Vellis R: **Scale Development: Theory and Applications**, vol. 26, Second edn. California, USA: Sage Publications; 2003.

246. **NoMad: Implementation measure based on Normalization Process Theory.** [Measurement instrument]. [<http://www.normalizationprocess.org.>]
247. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, Falloon K, Hatcher S: **Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population.** *Annals of Family Medicine* 2010, **8**(4):348-353.
248. WARE JEJ, KOSINSKI M, KELLER SD: **A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity.** *Medical Care* 1996, **34**(3):220-233.
249. Mylona K, Tsiantou V, Zavras D, Pavi E, Kyriopoulos J: **Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis.** *Public Health*, **128**(8):752-754.
250. Commission E: **Eurobarometer 64.4. Mental Well-being.** In: *Special Eurobarometer 248.* Edited by Commission E. Brussels, Belgium.: European Commission; 2010.
251. Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiropoulou M: **Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population.** *Social Cohesion and Development* 2014, **9**(2):99-115.
252. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M: **Financial crisis, austerity, and health in Europe.** *Lancet* 2013, **381**(9874):1323-1331.
253. Kyriopoulos, II, Zavras D, Skroumpelos A, Mylona K, Athanasakis K, Kyriopoulos J: **Barriers in access to healthcare services for chronic**

- patients in times of austerity: an empirical approach in Greece.** *Int J Equity Health* 2014, **13**:54.
254. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C: **Postpartum depression.** *American journal of obstetrics and gynecology* 2009, **200**(4):357-364.
 255. Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, Schembri C: **Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling.** *BMC Psychiatry* 2011, **11**:95-95.
 256. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, Guajardo V, Lewis G, Peters TJ, Araya R: **Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial.** *The Lancet*, **370**(9599):1629-1637.
 257. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R: **A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women.** *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009, **119**(5):350-364.
 258. Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, Bertram S, Graham D, Huff J, Kurland M, Madison S, Pace WD, In collaboration with the Tp: **TRIPPD: A Practice-Based Network Effectiveness Study of Postpartum Depression Screening and Management.** *Annals of Family Medicine* 2012, **10**(4):320-329.
 259. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J: **Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Clinical version, administration booklet.** New York: New York State Psychiatric Institute; 1997.
 260. Gjerdingen D, McGovern P, Center B: **Problems Encountered with Using a Diagnostic Depression Interview In a Postpartum Depression Trial.**

- Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* 2011, **24**(2):187-193.
261. Lumley J, Watson L, Small R, Brown S, Mitchell C, Gunn J: **PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers): a community-randomised trial to reduce depression and improve women's physical health six months after birth [ISRCTN03464021].** *BMC Public Health* 2006, **6**:37-37.
 262. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L: **Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors.** *Journal of Public Health* 2015, **37**(4):716-727.
 263. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery Aea: **Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries.** *Int Arch Occup Environ Health* 2016, **89**(1059).
 264. Sarafis P, Rousaki E, Tsounis A, Malliarou M, Lahana L, Bamidis P, Niakas D, Papastavrou E: **The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life.** *BMC Nursing* 2016, **15**:56.
 265. Gabbard G: **Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice.**, Fourth Edition edn. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2014.

**ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ
ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

Δημοσιεύσεις:

1. **Agapidaki E.**, Souliotis K., Zervas I., Jackson S., Tountas Y. (2015). Help Seeking Behaviour of Depressive Mothers in the Context of a Weak Primary Health Care System. a Qualitative Study. *European Psychiatry*. 30-1.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31203-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31203-7)
2. **Agapidaki E.**, Souliotis K., Jackson S.F., Benetou V., Christogiorgos S., Dimitrakaki C., Tountas Y. (2014). Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression in the context of a weak primary health care system: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14:108
doi: 10.1186/1471-244X-14-108.
3. **Agapidaki E.**, Souliotis K., Christogiorgos S., Zervas I., Leonardou A., Kolaitis G., Giannakopoulos G., Dimitrakaki C., Tountas Y. (2013). A theory-based educational intervention to pediatricians in order to improve identification and referral of maternal depression: a quasi-experimental study. *Annals of General Psychiatry*, 12(1):37_ doi: 10.1186/1744-859X-12-37.

Ανακοινώσεις σε Συνέδρια:

1. **Agapidaki E.**, Jackson S.F., Dimitrakaki C., Tountas Y. Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression: A qualitative study. 14th World Congress of the World Association for Infant Mental Health. 14 – 18 June, 2014. Edinburgh International Conference Centre (EICC), Edinburgh, Scotland, UK.

2. **Agapidaki E.**, Dimitrakaki C., Tountas Y. A theory based intervention to Greek pediatricians in order to improve identification and management of maternal depression. 9th European IUHPE Health Promotion Conference, 27-29 September 2012, Tallin, Estonia.
3. **Agapidaki E.**, Dimitrakaki C., Tountas Y. Improving the Health Gain of Children by tackling maternal Depression: Effective Care Models and Strategies, 19th International Congress on Health Promoting Hospitals and Health Services, 1-3 June 2011, Turku, Finland.
4. **Agapidaki E.**, Oikonomidou D. & Fillipaki E. Child and Maternal Depression. Current Challenges and Treatment Strategies (Oral Presentation). 7th Panhellenic Conference in Child Psychiatry, Harokopeion University, 27-29 May, Athens, Greece.