



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ & ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ & ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΚΠΑ
ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ &
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΚΟΥΜΑΚΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ

Παρέμβαση σε Επαγγελματίες Υγείας για την Αναγνώριση και
Διαχείριση της Εφηβικής Κατάθλιψης

ΑΘΗΝΑ, 2017

ΑΘΗΝΑ 2017

Μέλη τριμελούς εξεταστικής επιτροπής:

Επιβλέπουσα: Ανδρονίκη Νάσκα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

Μέλος: Γεώργιος Γιαννακόπουλος, Παιδοψυχίατρος, Δρ. Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

Μέλος: Καλλιρόη Παπαδοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΑΠΗ, ΕΚΠΑ

Ευχαριστίες

Πρώτα απ' όλα, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου που με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού.

Επίσης, να ευχαριστήσω τον δρ Γεώργιο Γιαννακόπουλο για τις υποδείξεις του και την πολύτιμη βοήθειά του κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, όπως και την καθηγήτρια και πρόεδρο του μεταπτυχιακού, Ανδρονίκη Νάσκα για την καθοδήγηση και τις διορθώσεις της.

Τέλος, να δώσω ιδιαίτερες ευχαριστίες στην υπεύθυνη του μεταπτυχιακού Χριστίνα Δημητρακάκη, όπως και στους εθελοντές που συμμετείχαν στο εκπαιδευτικό μου πρόγραμμα.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	7
Εισαγωγή.....	7
Σκοπός.....	7
Υλικό και Μέθοδος.....	7
Αποτελέσματα.....	8
Συμπεράσματα.....	8
ABSTRACT.....	9
Introduction.....	9
Purpose.....	9
Materials and methods.....	9
Results.....	9
Conclusions.....	10
Εισαγωγή.....	11
<i>Ανάγκη ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....</i>	11
<i>Κατάθλιψη στην εφηβεία.....</i>	13
<i>Ορισμός, τύποι και κλινική εικόνα της κατάθλιψης στους/ στις εφήβους/ έφηβες ..</i>	13
<i>Επιδημιολογία της εφηβικής κατάθλιψης.....</i>	17
<i>Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες.....</i>	18
<i>Επιπτώσεις της εφηβικής κατάθλιψης.....</i>	20
<i>Θεραπευτική αντιμετώπιση.....</i>	21
<i>Ανίχνευση της εφηβικής κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....</i>	23
<i>Σημαντικότητα της ανίχνευσης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....</i>	25
<i>Εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους.....</i>	26
<i>Τεκμηριωμένες παρεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί για την εκπαίδευση των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους.....</i>	28
<i>Τι συμβαίνει στην Ελλάδα.....</i>	33
Μεθοδολογία.....	36
<i>Σκοπός της παρέμβασης.....</i>	36
<i>Στόχοι της παρέμβασης.....</i>	36
<i>Ερευνητικά ερωτήματα.....</i>	37
<i>Ερευνητική υπόθεση.....</i>	37
<i>Είδος μελέτης.....</i>	38

<i>Συμμετέχοντες</i>	38
<i>Μετρήσεις και εργαλεία</i>	42
<i>Στάδια ανάπτυξης του ερωτηματολογίου</i>	42
<i>Το ερωτηματολόγιο της έρευνας</i>	43
<i>Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της μελέτης</i>	46
<i>Παρέμβαση</i>	46
<i>Μεταβλητές</i>	49
<i>Δομή του προγράμματος παρέμβασης</i>	49
<i>Υλικό της παρέμβασης</i>	50
<i>Αξιολόγηση της παρέμβασης</i>	51
<i>Ζητήματα δεοντολογίας</i>	51
<i>Αποτελέσματα</i>	52
<i>Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της μελέτης</i>	52
<i>Στατιστική Ανάλυση</i>	54
<i>Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος</i>	55
<i>Σύγκριση των ομάδων ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά</i>	62
<i>Αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας για το ρόλο τους στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης</i>	72
<i>Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης</i>	83
<i>Πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης</i>	91
<i>Εμπόδια κατά την διαδικασία αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης</i>	99
<i>Γνώσεις επαγγελματιών υγείας για την εφηβική κατάθλιψη</i>	109
<i>Αξιολόγηση του προγράμματος</i>	112
<i>Συζήτηση</i>	114
<i>Ερμηνεία των αποτελεσμάτων</i>	116
<i>Περιορισμοί και πλεονεκτήματα του προγράμματος παρέμβασης</i>	120
<i>Συμπεράσματα</i>	122
<i>Βιβλιογραφία</i>	123
<i>Παραρτήματα</i>	134
<i>Παράρτημα 1. Κείμενο πρόσκλησης για συμμετοχή στο πρόγραμμα</i>	134
<i>Παράρτημα 2. Απαντητικό e- mail μετά τη δήλωση συμμετοχής</i>	135
<i>Παράρτημα 3. E- mail για έναρξη του προγράμματος</i>	135
<i>Παράρτημα 4. Βεβαίωση παρακολούθησης του προγράμματος</i>	136
<i>Παράρτημα 5. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης πριν την παρέμβαση</i>	136
<i>Παράρτημα 6. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης μετά την παρέμβαση</i>	143

Παράρτημα 7. Η ηλεκτρονική εκπαίδευση.	152
---	-----

Περίληψη

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές στην εφηβεία με πολλές επιπτώσεις στα ίδια τα άτομα, με χειρότερη την αυτοκτονία. Παρά τη συχνότητα του φαινομένου πολλοί έφηβοι δε διαγιγνώσκονται. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ειδικά σχεδιασμένων μελετών, πολλές φορές η επαφή και η υποστήριξη του επαγγελματία υγείας και η προσπάθεια για επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι αρκούν για την πρόληψη της κατάθλιψης. Αυτά τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι πρέπει να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη επεδίωξε την ανάπτυξη και αξιολόγηση ενός συνοπτικού, εκπαιδευτικού προγράμματος παρέμβασης για την ανίχνευση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης από τους επαγγελματίες υγείας, με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων εκτίμησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους/ στις εφήβους και με την παραπομπή τους σε δομές ψυχικής υγείας. Επιμέρους στόχοι ήταν η αύξηση: (α) των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη συμπτωματολογία της εφηβικής κατάθλιψης, (β) του βαθμού που θεωρούν ότι εμπίπτει στο ρόλο τους να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης, (γ) του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της, αλλά και η μείωση των ατομικών εμποδίων που συναντούν κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της.

Υλικό και Μέθοδος

Εφαρμόστηκε σχεδόν-πειραματικό σχέδιο μη ισοδύναμων ομάδων με πριν-και-μετά τη δοκιμασία μετρήσεις. Την ομάδα παρέμβασης αποτελούσαν 19 επαγγελματίες υγείας ενώ την ομάδα σύγκρισης 17, οι οποίοι αποκρίθηκαν σε πρόσκληση συμμετοχής μέσω κοινωνικών δικτύων και επιστημονικών εταιριών. Η παρέμβαση είχε τη μορφή μαθήματος μέσω του υπολογιστή (e-learning). Στην ομάδα σύγκρισης δεν πραγματοποιήθηκε κάποια δραστηριότητα. Για την πριν-και-μετά αξιολόγηση αναπτύχθηκε

ερωτηματολόγιο. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος για διαφορές μεταξύ και εντός των ομάδων.

Αποτελέσματα

Σε δείγμα 36 επαγγελματιών υγείας, διαπιστώθηκε ότι η χρήση πρακτικών αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης δεν ήταν ευρέως χρησιμοποιούμενη από τους επαγγελματίες υγείας, αφού 7 στους 10 δεν εφάρμοζαν τέτοιες πρακτικές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος, η ομάδα παρέμβασης, αύξησε στατιστικά σημαντικά το βαθμό: (α) που θεωρεί ότι η αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης εμπίπτει στο ρόλο επαγγελματιών υγείας, (β) του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας τους, (γ) της χρήσης πρακτικών αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης και των γνώσεων τους καθώς και το βαθμό μείωσης των ατομικών εμποδίων ($p < 0,01$).

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της σχεδόν-πειραματικής αυτής μελέτης έδειξαν ότι ακόμη και η παρακολούθηση ενός σύντομου ηλεκτρονικού μαθήματος μπορεί να οδηγήσει στην κινητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και στη βελτίωση των γνώσεών τους. Υπογραμμίζεται όμως η ανάγκη καταρτισμένα προγράμματα να εμπεριέχονται σε ευρύτερα και πολυεπίπεδα προγράμματα παρέμβασης για την ανίχνευση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων.

ABSTRACT

Introduction

Depression is one of the most common mental disorders in puberty and is responsible for numerous adverse outcomes for the teenagers, with suicide being the worst. Despite the frequency of the phenomenon, many teenagers are not diagnosed. There is evidence that the contact with the healthcare professionals, their support and effort to solve the problems faced by teenagers are often enough to prevent depression and that interventions for the early diagnosis and treatment of adolescent depression should be carried out.

Purpose

The present study sought to develop and evaluate a concise, evidence-based, intervention training program for the detection and management of adolescent depression by healthcare professionals, by using specialized questionnaires to assess depressive symptoms in adolescents and refer the teenagers to mental health services. The specific objectives were to increase the health professionals' knowledge of the symptoms of adolescent depression, the degree they consider their role to recognize and manage cases of teenage depression, the perceived level of preparation to recognize and manage it and the reduction of the individual barriers which they face during the recognition and management process.

Materials and methods

A pretest-posttest nonequivalent groups design was used. The intervention consisted of 19 health professionals whereas the comparison group consisted of 17 health professionals, all recruited through social media and scientific societies. The intervention was an e-learning program. The comparison group received no intervention. A questionnaire was constructed for the evaluation of the program. Within and between-groups differences were considered.

Results

In a sample of 36 health professionals, the use of recognition and management practices for adolescent depression was unfamiliar for health professionals, as almost seven out of ten had not used them. The intervention group showed

significantly higher levels of belief that the recognition and management of adolescent depression is among their responsibilities, of preparation to use specific recognition and management practices, of use of recognition and management practices, of knowledge about the adolescent depression, and reduction of individual barriers ($p < 0,01$).

Conclusions

The results of the research have shown that even a short e-learning course can lead to increased knowledge and the mobilization of the healthcare professionals. However, the need for such programs to be included in broader, multilevel and advanced interventions for the detection and management of adolescent depression by health professionals is of utmost importance.

Εισαγωγή

Ανάγκη ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (2008), τα πλεονεκτήματα ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πολλά και σημαντικά, γι' αυτό το λόγο είναι μεγάλη και η ανάγκη για την ενσωμάτωσή της. Η ανάγκη αυτή, όμως, πηγάζει από πολλούς παράγοντες. Πρώτον το ποσοστό επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών είναι μεγάλο σε όλες τις κοινωνίες. Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως 154 εκατομμύρια άτομα παρουσιάζουν κατάθλιψη, ενώ η αναλογία εμφάνισής της σε άντρες και γυναίκες είναι 1:2. Επίσης 1 στα 5 παιδιά και εφήβους/ες εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή.

Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής επιβαρύνει προσωπικά το άτομο που παρουσιάζει τη διαταραχή, την οικογένειά του αλλά δημιουργεί και πρόσθετα οικονομικά και κοινωνικά «βάρη» στο κοινωνικό σύνολο. Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη μέχρι το 2030 θα είναι η δεύτερη αιτία για να ζει το άτομο με αναπηρία παγκοσμίως και πρώτη για τις αναπτυγμένες χώρες (ΠΟΥ, 2008). Επίσης, το στίγμα έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να μην είναι λειτουργικό στην καθημερινότητά του αφού το αποτρέπει από το να συνεχίσει τις σπουδές ή την εργασία του και να απομονώνεται τόσο από την οικογένειά του όσο και από την κοινωνία.

Δεύτερον η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη κάποιας σωματικής νόσου. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει αμφίδρομα. Το άτομο με σωματική νόσο μπορεί να εμφανίσει κάποια ψυχική διαταραχή, για παράδειγμα 52% των ατόμων με κάποια καρδιαγγειακή νόσο παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και το 30% παρουσιάζει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Purebl et al, 2006). Επίσης, τα άτομα με ψυχική διαταραχή εμφανίζουν συχνά κάποια σωματική νόσο, όπως διαβήτη, καρδιαγγειακά, και αναπνευστικές νόσους. Τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας αφού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα πριν την ηλικία των 55 ετών και να επιβιώσουν λιγότερο από πέντε χρόνια μετά το επεισόδιο (Purebl et al, 2006).

Επιπλέον, μία ψυχική διαταραχή συχνά σωματοποιείται, για παράδειγμα η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλώνεται ως σωματική κούραση και βραδύτητα αλλά και με πόνους σε όλο το κορμί. Σκοπός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) είναι να αντιμετωπίζει το άτομο ως ολότητα και όχι να αντιμετωπίζει μεμονωμένα το ψυχικό ή σωματικό πρόβλημα.

Τρίτον δεν υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα. Ενώ ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι μεγάλος, ο αριθμός των ατόμων που διαγιγνώσκονται και λαμβάνουν θεραπεία είναι μικρός. Το 45% των ατόμων με κατάθλιψη στην Ευρώπη δε λαμβάνουν θεραπεία (ΠΟΥ, 2004). Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες της ΠΦΥ δεν μπορούν να αναγνωρίσουν αποτελεσματικά τα άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή. Η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ συμβάλει στη μείωση αυτού του χάσματος.

Τέταρτον, η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ ενισχύει την πρόσβαση των ατόμων που παρουσιάζουν κάποιο θέμα ψυχικής υγείας στις κατάλληλες, για αυτά, τοπικές δομές, ώστε να βρίσκονται κοντά στο σπίτι τους και να μην επηρεάζεται η καθημερινότητά τους αλλά και να υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα τους μακροχρόνια.

Πέμπτον προάγει το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μέσω της μείωσης του στίγματος και των διακρίσεων αφού το άτομο με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζεται όπως τα άτομα με άλλες διαταραχές. Περιμένει στις ίδιες ουρές με τα άλλα άτομα, κλείνει ραντεβού με τον ίδιο τρόπο, βλέπει τους ίδιους επαγγελματίες υγείας. Επίσης μειώνει την πιθανότητα να δεχτεί το άτομο την παραβίαση κάποιου βασικού του δικαιώματος ή/και να ιδρυματοποιηθεί (Funk et al, 2005).

Έκτον μειώνει το κόστος της ψυχικής υγείας για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και τις κρατικές δαπάνες για την ψυχική υγεία αφού οι δομές ψυχικής υγείας της ΠΦΥ επιβαρύνουν λιγότερο οικονομικά συγκριτικά με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τέλος τα αποτελέσματα της θεραπείας στην ΠΦΥ είναι καλύτερα, ειδικά όταν τα άτομα παραπέμπονται στις σωστές κοινοτικές δομές. Οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ με ολοκληρωμένη εκπαίδευση και κρατικές κατευθυντήριες γραμμές μπορούν να προσφέρουν ολοκληρωμένη φροντίδα στο άτομο που παρουσιάζει κάποιο θέμα ψυχικής υγείας.

Κατάθλιψη στην εφηβεία

Η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχική διαταραχή στη σύγχρονη εποχή. Πάνω από 300.000.000 άνθρωποι ζουν με την κατάθλιψη, δηλαδή το 4,4% του παγκόσμιου πληθυσμού. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης αυξήθηκε μεταξύ του 2005 και 2015 πάνω από 18%. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, (2017) είναι η κυρίαρχη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως, ενώ είναι και ένας από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στο φορτίο νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο. Επίσης, είναι η τρίτη αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα (δείκτης Disability Adjusted Life Years [DALYs]). Από την άλλη, η αυτοκτονία είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15- 29 ετών παγκοσμίως (ΠΟΥ, 2017).

Σύμφωνα με τη Zuckerbrot και συνεργάτες (2007), η κατάθλιψη είναι από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές στην εφηβεία με πολλές επιπτώσεις στα ίδια τα άτομα, με χειρότερη την αυτοκτονία. Το ποσοστό των εφήβων 12 με 17 ετών που βίωσαν τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το 2014 ήταν 11,4% (Hedden et al, 2015). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2017) η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα (δείκτης Disability Adjusted Life Years [DALYs]) στις ηλικίες 10- 19 ετών.

Ορισμός, τύποι και κλινική εικόνα της κατάθλιψης στους/ στις εφήβους/ έφηβες

Γενικά, ο όρος «κατάθλιψη» δεν σημαίνει απλώς στεναχώρια ή μελαγχολία. Αναφέρεται σε μία σειρά διαταραχών της διάθεσης που χαρακτηρίζονται από σωματικά, γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα. Επηρεάζει αρνητικά το πώς αισθάνεται το άτομο, τον τρόπο που σκέφτεται και συμπεριφέρεται. Η «κατάθλιψη» προκαλεί θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που ήταν, σε προηγούμενο χρόνο, ευχάριστες για το άτομο, ενώ οδηγεί σε μία σειρά συναισθηματικών και σωματικών προβλημάτων που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου (American Psychiatric Association [APA], 2017).

Στην εφηβεία, η κατάθλιψη αποτελεί σοβαρή και συχνή διαταραχή (Κολαΐτης, 2012) που πολύ συχνά μπορεί να είναι χρόνια, να παρουσιάζει υποτροπές, ενώ συνδέεται και με την αυτοκτονικότητα (Zuckerbrot et al, 2007). Οι πιο συνηθισμένοι τύποι κατάθλιψης που εμφανίζονται στην εφηβεία είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμική διαταραχή (Κολαΐτης, 2012).

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM- 5 προσδιορίζει το σύνολο των κύριων συμπτωμάτων της κατάθλιψης (APA, 2017). Σύμφωνα με το DSM- 5 (2013) για να διαγνωσθεί ένα άτομο με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, θα πρέπει να πληροί πέντε από τα εννιά παρακάτω συμπτώματα (υποχρεωτικά ένα από τα δύο πρώτα), για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Τα συμπτώματα, λοιπόν, της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι τα εξής:

1. Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου (π.χ. αίσθημα δυστυχίας, κενού, χωρίς ελπίδα) ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων (π.χ. κλαίει εύκολα). Στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.
2. Εμφανώς μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες, ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων).
3. Σημαντική απώλεια βάρους ενώ το άτομο δεν βρίσκεται σε δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. άνω του 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης για φαγητό σχεδόν καθημερινά.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (όπως υποδεικνύεται από τις παρατηρήσεις άλλων ατόμων και όχι απλώς από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου για ανησυχία ή επιβράδυνση).
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
7. Αίσθημα αναξιοσύνης ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι ψευδαίσθηση) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή για ασθένεια).

8. Μειωμένη ικανότητα για σκέψη ή συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων).
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι φόβου θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας, ή συγκεκριμένο σχέδιο διάπραξης αυτοκτονίας.

Οι τύποι της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι τρεις: (α) ήπια: είναι παρόντα τα πέντε από τα εννιά συμπτώματα, (β) μέτρια, (γ) σοβαρή: είναι παρόντα και τα εννέα συμπτώματα (στους εφήβους μπορεί να είναι μόνο τα πέντε και να θεωρείται σοβαρή). Για τους εφήβους η μέση διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου είναι περίπου οκτώ μήνες (Park, 2016).

Σύμφωνα με το DSM- 5 (2013)τα συμπτώματα της δυσθυμικής διαταραχής είναι τα εξής:

1. Καταθλιπτική διάθεση (στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση), κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων, για τουλάχιστον δύο χρόνια (στους εφήβους για τουλάχιστον ένα χρόνο).
2. Ταυτόχρονη παρουσία δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από τα παρακάτω:
 - a. Χαμηλή όρεξη ή υπερφαγία.
 - b. Αϋπνία ή υπερυπνία.
 - c. Μειωμένη ενέργεια ή κούραση.
 - d. Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
 - e. Δυσκολία στη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων.
 - f. Αίσθημα ανημποριάς.
3. Το άτομο δεν πρέπει να μην παρουσιάζει τα παραπάνω συμπτώματα, μέσα στα δύο χρόνια (ένα χρόνο για εφήβους), για περισσότερο από δύο μήνες.

Και στις δύο περιπτώσεις, τα συμπτώματα δεν πρέπει να οφείλονται σε άλλη διάγνωση ή σε σωματικές παθήσεις (DSM, 2013).

Πέρα από τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης, στη βιβλιογραφία δίνεται έμφαση σε ορισμένους τρόπους εμφάνισης της νόσου που είναι χαρακτηριστικοί για τους/ τις εφήβους/ έφηβες, και αρκετές φορές, πολύ διαφοροποιημένοι από αυτούς που εντοπίζονται στους ενήλικες. Οι διαφορές αυτές οφείλονται στο ότι η εφηβεία αποτελεί στάδιο σωματικής, συναισθηματικής, νοητικής και κοινωνικής ανάπτυξης (Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου, 2013). Στην εφηβική ηλικία στις ενδείξεις περιλαμβάνονται η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη κινήτρων για κινητοποίηση, η μειωμένη ενέργεια, οι αυτοτραυματισμοί (Dundon, 2006). Συγκεκριμένα, οι έφηβοι/ ες πολύ συχνά δεν εκφράζουν λεκτικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα ούτε φαίνονται συνέχεια θλιμμένοι/ ες, αντίθετα, παρουσιάζουν ασταθή διάθεση, ευερεθιστότητα, μικρή ανοχή στην ματαιώση, εκρήξεις οργής, σωματικές ενοχλήσεις, κοινωνική απομόνωση (Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου, 2013). Ακόμη, σύμφωνα με τον Thombs και συνεργάτες, (2012) στα συμπτώματα περιλαμβάνονται η στενάχωρη διάθεση και η έλλειψη απόλαυσης ή ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που είναι συνήθως ευχάριστες. Η κατάθλιψη στις νεαρές ηλικίες σχετίζεται με χαμηλή απόδοση στο σχολείο, με κοινωνική δυσλειτουργία, εφηβική εγκυμοσύνη τα οποία μπορεί να συνεχίσουν να υπάρχουν και στην ενήλικη ζωή (Merry et al, 2012; Thombs et al, 2012). Επίσης, συχνά παρουσιάζουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές συμπεριφοράς που συχνά οδηγούν σε χρήση ουσιών (Κολαΐτης, 2012). Σύμφωνα με τη Nardi και συνεργάτες (2013), τα συχνότερα και κυριότερα συμπτώματα κατάθλιψης στην εφηβεία είναι τα παρακάτω:

- Συχνή θλίψη, κλαίει εύκολα ή πολύ.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που προηγουμένως απολάμβαναν.
- Έλλειψη κινήτρου, εμμένουσα ανία, χαμηλό επίπεδο ενεργητικότητας.
- Απουσίες ή χαμηλή επίδοση στο σχολείο.
- Κοινωνική απομόνωση, έλλειψη στενών σχέσεων με φίλους και οικογένεια.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχή, αισθήματα αποτυχίας.
- Υπερβολική ευαισθησία στην απόρριψη ή την αποτυχία.
- Αυξημένη ευερεθιστότητα, θυμός ή εχθρικότητα.

- Δυσκολία στις σχέσεις, μικρό ενδιαφέρον για διατήρηση φιλικών σχέσεων.
- Συχνά ανεξήγητα συμπτώματα σωματικών ασθενειών.
- Δυσκολία συγκέντρωσης.
- Σημαντική αλλαγή στο φαγητό και/ή τις συνήθειες ύπνου.
- Σκέφτονται ή φεύγουν από το σπίτι - συνήθως ως μία κραυγή για βοήθεια.
- Σκέψεις ή εκφράσεις αυτοκτονίας ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.
- Χρήση ουσιών.
- Αυτοτραυματικές συμπεριφορές, ιδιαίτερα όταν δυσκολεύονται να μιλήσουν για συναισθήματα.

Επιδημιολογία της εφηβικής κατάθλιψης

Σύμφωνα με την Taliaferro και συνεργάτες (2013), το 30-35% των εφήβων στη Μινεσότα των Η.Π.Α., βρίσκονται στο φάσμα των συμπτωμάτων της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής χωρίς να είναι απαραίτητο ότι θα πάσχουν στο μέλλον από αυτήν. Σύμφωνα με την Ringeisen και συνεργάτες (2016), όπως αναφέρεται στον Γιαννακόπουλο (2016), οι έφηβοι/ες ηλικίας 12- 17 ετών, στις Η.Π.Α., παρουσιάζουν μέσα σε ένα έτος τουλάχιστον ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, σε ποσοστό 8%. Σε άλλες έρευνες το ποσοστό των εφήβων στις Η.Π.Α. που έχουν διαγνωσθεί με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμία ανέρχεται στο 12% (Radovic et al, 2014; Radovic et al, 2015), ενώ το ποσοστό των εφήβων που έχουν βιώσει έστω και ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, στις Η.Π.Α., στο 20% (Hacker et al, 2013).

Η επιδημιολογία όμως της κατάθλιψης διαφέρει στα διαφορετικά ηλικιακά στάδια της εφηβείας. Στην αρχή της εφηβείας το ποσοστό είναι πολύ χαμηλό, υπολογίζεται ότι κυμαίνεται στο 5%, ενώ μέχρι το τέλος της εφηβείας το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 20% στις Η.Π.Α. (Thapar et al, 2012). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2014) αναφέρει ότι το ποσοστό των εφήβων που βιώνει «πεσμένη» διάθεση

πάνω από μία φορά την εβδομάδα, αυξάνεται από 13% στην ηλικία των 11 ετών σε 21% στην ηλικία των 15 ετών.

Διαφορές παρουσιάζονται και ανάμεσα στα δύο φύλα. Το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια (Thombs et al, 2012). Σύμφωνα με την Ringeisen και συνεργάτες (2016), όπως αναφέρεται από τον Γιαννακόπουλο (2016), τα κορίτσια βιώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (12%) μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε σύγκριση με τα αγόρια (4%) στις Η.Π.Α. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2014) αναφέρει ότι τα κορίτσια στην ηλικία των 15 ετών βιώνουν «πεσμένη» διάθεση πάνω από μία φορά την εβδομάδα, σε ποσοστό 29%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα αγόρια κυμαίνεται στο 13%.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους (Giannakopoulos et al , 2009). Σύμφωνα με τους Μαγκλάρα και συνεργάτες (2015), σε μία έρευνα βασισμένη σε 2.427 εφήβους το ποσοστό του επιπολασμού των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ανέρχεται σε 17,43% και το ποσοστό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στο 5,67%.

Οι περισσότεροι έφηβοι που διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας έχουν κατάθλιψη (Varghese & Gray, 2011). Σύμφωνα με την Wells και συνεργάτες (2001), όπως παρουσιάζεται από τον Γιαννακόπουλο (2016), το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων, στις Η.Π.Α, με αιτία θανάτου την αυτοκτονία (59%) έχει παρουσιάσει ψυχιατρικά συμπτώματα για πάνω από τρία έτη πριν από το θάνατό του. Τέλος, σύμφωνα με την American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007), όπως αναφέρει ο Γιαννακόπουλος (2016), το ποσοστό των εφήβων που παρουσιάζουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές αγγίζει το 40- 90%.

Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες

Η διεθνής έρευνα αναφέρει μια σειρά γενετικών, βιολογικών, ψυχοκοινωνικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της εφηβικής κατάθλιψης.

Οι γενετικοί παράγοντες έχουν μελετηθεί εκτενώς από την επιστημονική κοινότητα (Vardanyan, & Pharm, 2013). Στους γενετικούς παράγοντες σημαντικό ρόλο έχει η κληρονομικότητα. Σύμφωνα με τη Thapar και συνεργάτες (2012) τα άτομα με τουλάχιστον ένα γονέα με κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή έχουν τρεις με τέσσερις φορές παραπάνω πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν γονέα με κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Σύμφωνα με τη Zuckerbrot και συνεργάτες (2007) και τη Nardi και συνεργάτες (2013), όπως αναφέρει ο Γιαννακόπουλος (2016), άλλος παράγοντας, που σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, είναι η ύπαρξη στον/ ην ίδιο/α τον/ ην έφηβο/ η ή στο οικογενειακό του περιβάλλον διαταραχών διαγωγής, μαθησιακών διαταραχών, διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, διπολικής διαταραχής, χρήσης ουσιών.

Στους βιολογικούς παράγοντες κυρίαρχο ρόλο έχει το φύλο. Σύμφωνα με τη Zuckerbrot και συνεργάτες (2007) και τη Nardi και συνεργάτες (2013), όπως έχει ήδη αναφερθεί, το γυναικείο φύλο έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη σε σύγκριση με το αντρικό φύλο. Το ίδιο ισχύει και για τις φυλετικές ή εθνικές μειονότητες.

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, σύμφωνα με τη Zuckerbrot και συνεργάτες (2007) και τη Nardi και συνεργάτες (2013), συγκαταλέγονται οι ακραίες ψυχοκοινωνικές περιστάσεις, όπως είναι οι οικογενειακές κρίσεις, η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η παραμέληση, το ιστορικό τραυματικών εμπειριών, και γενικά οποιοδήποτε στρεσογόνο γεγονός δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα άτομα. Στα παραπάνω οι Thapar και συνεργάτες (2012) προσθέτουν το πένθος, τον σχολικό εκφοβισμό και τη χρόνια ασθένεια. Τέλος ο σεξουαλικός προσανατολισμός (λεσβίες, γκέι, αμφιφυλόφιλοι) αποτελεί παράγοντα που συνδέεται με την αυτοκτονικότητα στην εφηβεία (Kann et al, 2015).

Στους προστατευτικούς παράγοντες ενάντια στην εμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης συγκαταλέγονται γενετικοί παράγοντες και άλλοι ατομικοί, διαπροσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Στους γενετικούς παράγοντες αναφέρεται η ύπαρξη υψηλής νοημοσύνης ενώ στους ατομικούς παράγοντες η ύπαρξη μηχανισμών άμυνας (Thapar et al, 2012), αλλά και η ύπαρξη αυτοέλεγχου, αυτοεκτίμησης και η ενασχόληση με αθλήματα (Breton et al, 2015). Στους

διαπροσωπικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι σχέσεις με τους γονείς που χαρακτηρίζονται από «ζεστασιά», αποδοχή, μικρό βαθμό εχθρικότητας και γονεϊκού ελέγχου (Thapar et al, 2012). Τέλος, στους κοινωνικούς παράγοντες συγκαταλέγεται η ύπαρξη ασφαλούς περιβάλλοντος στο σχολείο και τη γειτονιά (Breton et al, 2015).

Επιπτώσεις της εφηβικής κατάθλιψης

Η σημαντικότητα του προβλήματος της εφηβικής κατάθλιψης έγκειται στις καταστροφικές συνέπειες που μπορεί να επιφέρει στους/ στις εφήβους/ έφηβες τόσο κατά τη διάρκεια της εφηβείας όσο και στην μετέπειτα ενήλικη ζωή τους. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμική διαταραχή πολλές φορές υποτροπιάζουν και προκαλούν σημαντικά προβλήματα σε όλο το φάσμα της ζωής των εφήβων (Κολαΐτης, 2012).

Η καταστροφικότερη συνέπεια της έναρξης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην εφηβεία είναι η σχέση της με την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού και τις απόπειρες αυτοκτονίας. Σύμφωνα με την Wells και συνεργάτες (2001), όπως παρουσιάζεται από τον Γιαννακόπουλο (2016), το 60% των εφήβων που πάσχουν από κατάθλιψη, αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ το 30% έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας.

Η ύπαρξη κατάθλιψης συνδέεται και με συννοσηρότητα άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Συγκεκριμένα το 40- 90% των ατόμων με κατάθλιψη παρουσιάζουν και άλλες διαταραχές, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταρακτικές διαταραχές, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, όπως αναφέρει η Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου (2007) σύμφωνα με τον Γιαννακόπουλο (2016). Επιπλέον παρατηρείται χρήση ουσιών, ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, εξάρτηση από τη νικοτίνη, όπως αναφέρει η Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου (2013). Ακόμη η κατάθλιψη σχετίζεται με διαταραχές διαγωγής, οι οποίες με τη σειρά τους συνδέονται με χρήση ουσιών, αλκοόλ, αλλά και με διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας (Κολαΐτης, 2012). Τέλος, σύμφωνα με τους Gray και Dihigo (2015) και Taylor (2011), όπως

αναφέρει η Clow (2016), υπάρχει συννοσηρότητα και με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Ο/ η έφηβος/ η με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με έναρξη στην εφηβεία έχει δύο έως επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να πάσχει από το ίδιο και στην ενήλικη ζωή συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη (Κολαΐτης, 2012). Άλλες διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν στην ενήλικη ζωή και σχετίζονται με την ύπαρξη εφηβικής κατάθλιψης είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η διπολική διαταραχή, η αυτοκτονικότητα, σωματικά νοσήματα, παχυσαρκία, σχολική και ακαδημαϊκή αποτυχία και ανεργία (Thapar et al, 2012).

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης, όπως ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, συστηματική παρακολούθηση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Γιαννακόπουλος, 2016). Τρία διαφορετικά σχήματα είναι τα κυρίαρχα για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης, προκειμένου να επιτυγχάνεται η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και υποτροπών, η βελτίωση της λειτουργικότητας, της υγείας και της ποιότητας ζωής τους καθώς και η μείωση της θνησιμότητας. Τα τρία σχήματα περιλαμβάνουν είτε ψυχοθεραπεία είτε φαρμακευτική αγωγή είτε συνδυασμό των δύο (Clow, 2016).

Σύμφωνα με τους Cheung και συνεργάτες (2007), όλες οι προσεγγίσεις έχουν κάποιους κοινούς στόχους. Πρώτον, να εκπαιδεύσουν και να υποστηρίξουν τον/ ην έφηβο/η και την οικογένειά του/ της. Δεύτερον, να υπάρξει εξατομικευμένο πλάνο αναλόγως της σοβαρότητας της διαταραχής, της ύπαρξης άλλων διαταραχών, του βαθμού αυτοκτονικότητας, των προτιμήσεων των εφήβων και των οικογενειών τους. Τρίτον, να διατηρηθεί η ασφάλεια και η σωματική υγεία των νέων. Τέλος να ενδυναμωθούν οι σχέσεις με τους γονείς και να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του/ ης εφήβου/ ης.

Σύμφωνα με την Cheung και συνεργάτες (2007) όσον αφορά την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, δύο είναι οι κυρίαρχες ψυχοθεραπευτικές

προσεγγίσεις που προτείνονται, η γνωσιακή- συμπεριφορική και η διαπροσωπική. Η γνωσιακή- συμπεριφορική προσέγγιση έχει στόχο τη μείωση των αρνητικών σκέψεων, την ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες και τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων. Αντίθετα, η διαπροσωπική θεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας των εφήβων. Στις συνεδρίες και στις δύο προσεγγίσεις συμμετέχουν και οι γονείς.

Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνεται η χρήση ενός εκλεκτικού αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), ο οποίος ενδείκνυται, όταν υπάρχει σαφής κλινική εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής χωρίς συννοσηρές καταστάσεις. Για να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή, πρέπει να υπάρχει συγκατάθεση και του/ της έφηβου/ ης και των γονέων. Οι δόσεις είναι χαμηλότερες συγκριτικά με αυτές των ενηλίκων και προτείνεται σε συγκεκριμένες μόνο περιπτώσεις (Γιαννακόπουλος, 2016).

Στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται τα εξής: εξειδικευμένη συμβουλευτική με τους/ τις εφήβους/ έφηβες, παραπομπή σε ειδικούς και δεκαπεντάλεπτη θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (Cheung et al, 2007). Σύμφωνα με την American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007), στη συμβουλευτική από τους επαγγελματίες της ΠΦΥ είναι καλό να περιλαμβάνεται ενημέρωση για τα αίτια, τα συμπτώματα και τους τρόπους αντιμετώπισης της κατάθλιψης, ώστε να υπάρξει εξειδικευμένο πλάνο διαχείρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Η εκπαίδευση αυτή των γονέων και των εφήβων περιλαμβάνει και συγκεκριμένα μηνύματα όπως:

- Η κατάθλιψη είναι ασθένεια, δεν είναι αδυναμία. Δεν φταίει κάποιος για αυτή. Συνήθως ευθύνονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Οι δυσκολίες που βιώνει ο έφηβος στη λειτουργικότητά του, είναι εκδηλώσεις της ασθένειας.
- Η ασθένεια συχνά υποτροπιάζει και η περίοδος ανάρρωσης μπορεί να είναι μακρά. Αυτό δεν πρέπει να μας απογοητεύει.
- Καθοδηγούμε/υποστηρίζουμε τους γονείς στην ανατροφή του εφήβου.

Ανίχνευση της εφηβικής κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Στο εξωτερικό υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες (GLAD-PC για τις Η.Π.Α. και NICE για το Ηνωμένο Βασίλειο) για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ που καλύπτουν όλο το φάσμα της φροντίδας, δηλαδή την αναγνώριση, τη διαλογή, την αντιμετώπιση (παραπομπή ή θεραπεία) και προσφέρουν τα κατάλληλα εργαλεία για όλα τα στάδια.

Σύμφωνα με την Cheung και συνεργάτες (2007), τα πιο συχνά συμπτώματα που μπορούν να αποτελέσουν ενδείξεις για την ύπαρξη κατάθλιψης στους/ στις εφήβους/ έφηβες στην ΠΦΥ είναι η αϋπνία, η απώλεια βάρους, η πτώση στη σχολική ή ακαδημαϊκή επίδοση και οι οικογενειακές συγκρούσεις.

Σύμφωνα με την Cheung και συνεργάτες (2007), για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης είναι σημαντικό να πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος των εφήβων που παρουσιάζουν τους παράγοντες κινδύνου ή εμφανίζουν κάποια συμπτώματα της διαταραχής. Υπάρχουν συγκεκριμένα βήματα για την ανίχνευση της εφηβικής κατάθλιψης στην ΠΦΥ.

Σύμφωνα με την Cheung και συνεργάτες (2007), πρώτο βήμα είναι η λήψη ιατρικού ή ψυχοκοινωνικού ιστορικού και η διεξαγωγή συνέντευξης με τον/ ην έφηβο/ η και τους γονείς ή τα πρόσωπα φροντίδας. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αξιολογούνται τα εξής:

- Η λειτουργική έκπτωση του εφήβου σε διάφορους τομείς (π.χ. σπίτι, σχολείο, σχέσεις με συνομηλίκους).
- Η αναγνώριση άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων στο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό.
- Η αναγνώριση συνυπαρχουσών διαταραχών στον/ ην έφηβο/ η που μπορεί να επηρεάσουν τη διάγνωση ή τη θεραπεία (π.χ. χρήση ουσιών, αγχώδεις διαταραχές, σεξουαλική κακοποίηση, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας).

Σύμφωνα με την Cheung και συνεργάτες (2007), δεύτερο βήμα στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης στην ΠΦΥ είναι η χρήση γραπτών, σταθμισμένων εργαλείων από τους επαγγελματίες υγείας. Τα ερωτηματολόγια

μπορούν να χορηγηθούν είτε κατά τη διάρκεια των ραντεβού είτε στην αίθουσα αναμονής. Δύο είναι τα βασικότερα ερωτηματολόγια που προτείνονται, το Children's Depression Inventory (CDI) και το Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2).

Το Children's Depression Inventory (CDI) αναφέρεται σε εφήβους/ έφηβες έως 17 ετών. Περιλαμβάνει 27 ερωτήματα αυτοαναφοράς που ποσοτικοποιούν συμπτώματα, όπως καταθλιπτική διάθεση, ικανότητα για ευχαρίστηση, νευροφυτικές λειτουργίες, αυτό-αξιολόγηση και διαπροσωπικές συμπεριφορές. Καλύπτει τις συνέπειες της κατάθλιψης και τη λειτουργικότητά των εφήβων στο σχολείο και στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. Όσον αφορά το σκορ, ο/ η έφηβος/ η έχει τη δυνατότητα να δώσει τρεις απαντήσεις: (α) 0: απουσία συμπτωμάτων, (β) 1: ήπια συμπτώματα, (γ) 2: σίγουρα συμπτώματα. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από μηδέν έως 54 (Kovacs, 2004). Στην Ελλάδα σκορ μεγαλύτερο ή ίσο του 15 είναι ένδειξη για ύπαρξη σοβαρής κατάθλιψης (Giannakopoulos et al, 2009).

Το Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) περιλαμβάνει μόνο δύο ερωτήματα:

1. Τις τελευταίες εβδομάδες, ένιωθες συχνά πεσμένος/η, θλιμμένος/η, ή απελπισμένος/η;
2. Έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου ή δεν ευχαριστιέσαι πια να κάνεις πράγματα που απολάμβανες;

Αν ο ερωτώμενος απαντήσει θετικά «ναι» σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω ερωτήματα, τότε ο έλεγχος θεωρείται θετικός (Kroenke et al, 2003).

Για την αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας οι παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:

- Οργανωμένο σχέδιο – εξαιρετικά βίαιη ή ασυνήθης μέθοδος τέλεσης της αυτοκτονικής πράξης.
- Απώλεια λογικής σκέψης.
- Φύλο (τα κορίτσια κάνουν συχνότερα απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά τα αγόρια αυτοκτονούν σε μεγαλύτερα ποσοστά).
- Ηλικία άνω των 16 ετών.
- Συννοσηρές με κατάθλιψη ψυχικές διαταραχές

- Προηγούμενες απόπειρες.
- Χρήση αλκοόλ.
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.
- Σωματικές ασθένειες.
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Το NICE (2017) αναφέρει την συμπτωματολογία της κατάθλιψης, τη χωρίζει σε κατηγορίες (όπως έχουν ήδη αναφερθεί παραπάνω), αναφέρει τους παράγοντες κινδύνου (όπως έχουν ήδη αναφερθεί παραπάνω), ενώ δίνει ιδιαίτερη σημασία πότε πρέπει και πότε δεν πρέπει να δοθεί φαρμακευτική αγωγή. Επίσης τονίζεται ιδιαίτερα η συνεργασία των υπηρεσιών στην κοινότητα, για παράδειγμα ο/η επαγγελματίας της ΠΦΥ πρέπει να συνεργάζεται με την οικογένεια και το σχολείο. Ακόμη, αναφέρονται στον οδηγό αναλυτικά τα κριτήρια για παραπομπή του/ της εφήβου και προτείνονται συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις αναλόγως το είδος της κατάθλιψης. Συμπεραίνεται ότι υπάρχει οργανωμένο πλαίσιο που συστήνεται στους επαγγελματίες της ΠΦΥ για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης.

Σημαντικότητα της ανίχνευσης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η κατάθλιψη είναι ένα συχνό φαινόμενο στη νεανική ηλικία. Παρά τη συχνότητα του φαινομένου πολλοί έφηβοι δεν διαγιγνώσκονται (Stein et al, 2008). Το 25% των επισκέψεων των εφήβων στην ΠΦΥ αφορά τη συναισθηματική τους υγεία.

Πολλές φορές η επαφή και η υποστήριξη του επαγγελματία υγείας και η προσπάθεια για επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι, αρκούν για την πρόληψη της κατάθλιψης (Weber et al, 2010). Αυτά τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι πρέπει να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση (Stein et al, 2008).

Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ είναι συχνά οι μοναδικοί επαγγελματίες υγείας που έρχονται τόσο συχνά σε επαφή με τα νεαρά άτομα και για αυτόν το λόγο προτείνεται να ελέγχουν, πέρα από τη σωματική υγεία των παιδιών και των εφήβων, και θέματα που αφορούν τη συμπεριφορά τους και τα συναισθήματά τους (Stein et al,

2008). Οι έφηβοι πολύ συχνά δεν εκφράζουν με λόγια τα συναισθήματά τους ή τα κοινωνικής φύσεως προβλήματα που αντιμετωπίζουν και που μπορεί να υποδεικνύουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, παρά μόνο με την προτροπή των επαγγελματιών υγείας (Taliaferro et al, 2013).

Σύμφωνα με την έρευνα της Stein και συνεργατών (2008) το 80% έως 90% των παιδιάτρων θεωρεί ότι είναι υπεύθυνοι για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους. Όμως μόλις το 25% με 27% θεωρούν ότι είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία ή την παραπομπή του παιδιού ή του εφήβου, σύμφωνα με την Olson και συνεργάτες (2001). Σε σύγκριση με το παρελθόν το ποσοστό των επαγγελματιών ΠΦΥ που παρέχουν κάποια θεραπεία στο παιδί ή στον έφηβο φαίνεται να έχει αυξηθεί (Kelleher & Stevens, 2009). Παρατηρείται, λοιπόν, μία διαφορά ανάμεσα στη στάση των επαγγελματιών υγείας για τις ευθύνες που πιστεύουν ότι έχουν, και τη συμπεριφορά τους απέναντι στα παιδιά και τους εφήβους με κατάθλιψη.

Εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους

Σύμφωνα με την έρευνα της Olson και συνεργατών (2001) τα εμπόδια για τη διάγνωση ή/ και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ένα παιδί ή έναν έφηβο εντοπίζονται σε τρία επίπεδα. Στο κοινοτικό επίπεδο είναι πολλοί οι παράγοντες που προκαλούν το πρόβλημα που μελετάται. Οι δύο βασικότεροι, όπως αναφέρονται από τους επαγγελματίες υγείας, είναι η έλλειψη χρόνου για την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στο παιδί ή στον έφηβο που τη χρειάζεται, και η μικρή διάρκεια του ραντεβού που τους εμποδίζει να λάβουν ένα επαρκές και πλήρες ιστορικό (Olson et al, 2001; Bauer et al, 2010). Σύμφωνα με την Fleury και συνεργάτες (2012) υπάρχει έλλειψη πόρων για την διαλογή, δηλαδή έλλειψη χώρου στον οποίο θα πραγματοποιείται στις κοινοτικές δομές, υπολογιστών και προσωπικού.

Άλλοι κοινοτικοί παράγοντες είναι η περιορισμένη ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών που δεν δίνει πολλές εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας, το μεγάλο κόστος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η έλλειψη πόρων για την ψυχική υγεία, η

μικρή αποζημίωση που μπορεί να λάβουν οι επαγγελματίες υγείας για τη θεραπεία και η γραφειοκρατική εργασία για εξουσιοδότησή τους (Harvey & Gumpert, 2015). Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν παραπέμπουν το παιδί ή τον έφηβο σε κάποια άλλη δομή, είναι η έλλειψη παιδοψυχιάτρων, κυρίως στην επαρχία (Maheux et al, 2006; Heneghan et al, 2008; Cunningham, 2009). Η έρευνα της Taliaferro και συνεργατών (2013) προσθέτει το μεγάλο χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την παραπομπή σε κάποια άλλη δομή, καθώς και την έλλειψη συνεργασίας από αυτές, την έλλειψη χρόνου για τη συζήτηση με τους γονείς και το παιδί ή τον έφηβο του αποτελέσματος της εξέτασης για κατάθλιψη.

Στο ενδοατομικό επίπεδο, δηλαδή στα εμπόδια που θεωρούν οι επαγγελματίες υγείας ότι προκύπτουν από τους ίδιους, εντοπίζονται τρεις κύριοι παράγοντες. Θεωρούν ότι δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και τις κατάλληλες γνώσεις όχι μόνο για να παράσχουν συμβουλευτική υποστήριξη και για να προχωρήσουν στη θεραπεία της κατάθλιψης αλλά ακόμη και για να μπορέσουν να κάνουν διαλογή, αφού, όπως αναφέρουν στη συγκεκριμένη έρευνα, δε γνωρίζουν τα κριτήρια όπως αυτά προτείνονται από το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders της τέταρτης έκδοσης. Επίσης όπως αναφέρουν οι ίδιοι στην έρευνα της Fleury και συνεργατών (2012), δεν είναι ικανοί να διαχωρίσουν την παθολογία από το φυσιολογικό στην εφηβική ηλικία. Σε αυτό το επίπεδο αναφέρουν και ότι δεν υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι αντιμετώπισης της κατάθλιψης (Olson et al, 2001), ενώ σύμφωνα με την Taliaferro και τους συνεργάτες (2013) δε γνωρίζουν τρόπους και δεν έχουν την εκπαίδευση, για να εμπλέξουν και τους γονείς στη συζήτηση για την κατάθλιψη. Σε άλλη έρευνα αναφέρεται όχι μόνο η έλλειψη γνώσεων αλλά και η έλλειψη εμπειρίας λόγω ελλιπούς πρακτικής άσκησης σε δομές που θα παρακολουθούσαν εφήβους με ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Steele et al, 2010).

Τέλος εμπόδια εντοπίζονται και στο διαπροσωπικό επίπεδο, το οποίο στη συγκεκριμένη περίπτωση αφορά εμπόδια που προέρχονται από τους γονείς και τα ίδια τα παιδιά και τους εφήβους. Σε αυτά περιλαμβάνονται ο δισταγμός των παιδιών και των εφήβων ή των γονέων να επισκεφθούν τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, την άρνησή τους να δεχθούν τη διάγνωση και να ξεκινήσουν την λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής, η μεγαλύτερη σοβαρότητα μιας σωματικής ασθένειας από την κατάθλιψη

εκείνη τη χρονική περίοδο (Olson et al, 2001) και τέλος η ανησυχία του γονέα ή του ασθενή ότι θα στιγματιστεί (Taliaferro et al, 2013). Η άρνηση των εφήβων να δεχθούν τη διάγνωση και να ακολουθήσουν θεραπεία, προέρχεται από το φόβο ότι δε θα θεωρούνται πλέον «φυσιολογικοί» από τους συνομηλίκους τους ή από την πίστη τους ότι δεν υπάρχει πραγματικό πρόβλημα ή ότι δεν υπάρχει κάτι που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνοι τους (Radovic et al, 2014), αλλά και από το ότι δε θεωρούν τους επαγγελματίες υγείας (όχι ψυχικής υγείας) κατάλληλους για τη θεραπεία ψυχολογικών διαταραχών (Marcell & Halpern-Felsher, 2004). Πολύ σημαντικό για αυτούς είναι και το ότι δεν αισθάνονται σίγουροι για το αν ο επαγγελματίας υγείας θα τηρήσει την αρχή της εμπιστευτικότητας (Gulliver et al, 2010).

Αντίστοιχα η άρνηση των γονέων να δεχτούν είτε την αντιμετώπιση του προβλήματος από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας είτε την παραπομπή σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, οφείλεται συχνά σε πρακτικά προβλήματα, ειδικά στην επαρχία, όπως το υψηλό κόστος της επίσκεψης σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας ή η μεγάλη απόσταση από αυτόν (Richardson et al, 2006), αλλά και η αδυναμία τους να αναγνωρίσουν τότε ένας θεραπευτής είναι αποτελεσματικός (Harvey & Gumpfort, 2015). Από την άλλη οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες, για παράδειγμα στο ότι αισθάνονται τύψεις για τη διάγνωση και θεωρούν ότι είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι όντας «κακοί γονείς» (Radovic et al, 2014), αλλά και σε κοινωνικούς όπως ο φόβος για στιγματισμό του παιδιού στην κοινωνία ή ότι το παιδί θα αποκαλύψει την κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι, κυρίως σε περιπτώσεις κακοποίησης του παιδιού (Radovic et al, 2015).

Τεκμηριωμένες παρεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί για την εκπαίδευση των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους

Οι παρεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν στόχο βελτιώσεις στο διαπροσωπικό επίπεδο και συγκεκριμένα βελτίωση της σχέσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή, ώστε να υπάρχει εμπιστοσύνη, επικοινωνία, αναγνώριση των προβλημάτων, και εμπλοκή του ασθενούς στη διαμόρφωση και τήρηση του θεραπευτικού πλάνου (Kelleher & Stevens, 2009). Πολύ χρήσιμες, σύμφωνα με τους

Kelleher και Stevens (2009), είναι οι γενικές οδηγίες που δίνονται για την πορεία της φροντίδας και την αμφίδρομη υποστήριξη γιατρών και γονέων στη λήψη αποφάσεων αλλά και η ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών όπως στην Αμερική και την Αγγλία (GLAD PC και NICE αντίστοιχα), όπως έχουν αναφερθεί παραπάνω και καλύπτουν όλο το φάσμα της φροντίδας.

Για να επιτευχθεί όμως ο παραπάνω στόχος, χρειάζεται να γίνουν πρώτα αλλαγές σε ενδοατομικό επίπεδο. Συγκεκριμένα είναι αναγκαίο να βελτιωθούν οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την ανίχνευση και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Για το σκοπό αυτό, σύμφωνα με τους Kelleher και Stevens (2009), οργανισμοί που ειδικεύονται στην υγεία των παιδιών και των εφήβων, δημιούργησαν συγκεκριμένες οδηγίες και οδηγούς, όπως για παράδειγμα το πρόγραμμα που δημιουργήθηκε από το Πανεπιστήμιο Georgetown, για να χρησιμοποιείται το ίδιο εργαλείο για διαλογή από όλους τους επαγγελματίες υγείας, από τις οικογένειες και από όποιον επαγγελματία σχετίζεται με τα παιδιά (1990). Ακόμη μία λύση που έχει προταθεί στις παρεμβάσεις και αφορά το κύριο εμπόδιο που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, δηλαδή την έλλειψη χρόνου για να κάνουν διάγνωση, είναι να στέλνονται τα ερωτηματολόγια ηλεκτρονικά στα παιδιά, στους εφήβους και στους γονείς και να συμπληρώνονται είτε στο σπίτι είτε στην αίθουσα αναμονής των δομών, ώστε να έχει ήδη μία πρώτη εικόνα ο επαγγελματίας υγείας και να μπορεί στην διάρκεια της επίσκεψης να προχωρήσει σε συμβουλευτική και θεραπεία. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων ερωτηματολογίων προτείνουν οι Kelleher και Stevens (2009) αυτά που έχει αναπτύξει το National Institutes of Health Roadmap Initiative (PROMIS) που υπολογίζουν σκορ σε πραγματικό χρόνο.

Η παρέμβαση της Laraque και συνεργατών (2009) πραγματοποιήθηκε σε κλινικούς γιατρούς των περιοχών της Νέας Υόρκης, Νιου Τζέρσει και Κονέκτικατ που επιλέχθηκαν από το δείγμα της έρευνας του 2004 από τη βάση δεδομένων της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας. Τα κριτήρια για την επιλογή τους ήταν να θεωρούν οι ίδιοι ότι αντιμετωπίζουν θέματα ψυχικής υγείας, να προέρχονται από δήμους στους οποίους υπήρχαν πολλά παιδιά σε πένθος από την τρομοκρατική επίθεση της 11ης Σεπτεμβρίου ή να εργάζονται στην ΠΦΥ. Αποκλείστηκαν όσοι δεν είχαν εργαστεί ποτέ στην ΠΦΥ. Το δείγμα διαχωρίστηκε σε ομάδα παρέμβασης (215 άτομα) και ομάδα ελέγχου (78 άτομα) στην οποία περιλαμβάνονταν όσοι δεν μπορούσαν να παρακολουθήσουν την παρέμβαση. Βασίζεται στην θεωρία της

προσχεδιασμένης συμπεριφοράς και περιλαμβάνει διαδραστικές συνεδρίες, παιχνίδι ρόλων, ενθαρρυντική τεχνική, ώστε να εκπαιδευτούν στην κατανόηση της συμπεριφοράς του παιδιού ή του εφήβου, να δουλεύουν μαζί με τις οικογένειες, να χρησιμοποιούν κλίμακες, να κατανοήσουν πώς λειτουργεί τόσο η γνωσιακή- συμπεριφορική προσέγγιση όσο και άλλες προσεγγίσεις και να μάθουν πώς να παραπέμπουν ασθενείς. Και όλα τα παραπάνω με τη συνεργασία ειδικών για τον κάθε τομέα ξεχωριστά, ενώ υπήρχε και συνεργασία με ειδικούς της ψυχικής υγείας μέσα από την κοινότητα, για να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό δίκτυο.

Πραγματοποιήθηκαν οχτώ συνεδρίες με 8-31 συμμετέχοντες ανά συνεδρία. Οι συμμετέχοντες λάμβαναν εκτυπωμένο το υλικό της κάθε συνεδρίας. Όσοι συμπλήρωσαν και τις 8 συνεδρίες, πήραν ένα φάκελο με όλα τα εργαλεία και τα εγχειρίδια που χρησιμοποιήθηκαν. Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση πριν την παρέμβαση, ένα μήνα μετά την παρέμβαση και έξι μήνες μετά μέσω τηλεφώνου, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή φαξ. Αξιολογήθηκαν τέσσερις τομείς: γνώσεις, ικανότητα για διάγνωση, ικανότητα για θεραπεία και γνώσεις για συγκεκριμένες τεχνικές θεραπείας. Καθεμιά αξιολογούνταν με πέντε ερωτήσεις από τις οποίες έπρεπε να απαντήσουν τουλάχιστον τρεις. Επίσης οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την επικοινωνία τους με τους ειδικούς ψυχικής υγείας και την ετοιμότητα των ίδιων να κάνουν διάγνωση βάσει του DSM –IV, να θέσουν στόχους μαζί με την οικογένεια και να κανονίσουν ένα ραντεβού για επαναξιολόγηση μετά από καιρό. Στην αξιολόγηση των έξι μηνών φάνηκε ότι η ομάδα παρέμβασης είχε επικοινωνία ακόμη με έναν ειδικό ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα, οι γνώσεις τους για τις τεχνικές αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών ήταν καλύτερες από αυτές της ομάδας ελέγχου, όπως και η ετοιμότητά τους στο να κανονίσουν ραντεβού για επαναξιολόγηση. Ίδια ήταν τα αποτελέσματα και στις άλλες δύο αξιολογήσεις, αλλά σε αυτές φάνηκε και ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης ήταν ικανοί να κάνουν διάγνωση βάσει του DSM-IV και ότι βαθμολόγησαν καλύτερα την επικοινωνία τους με τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Στην ομάδα ελέγχου δεν φάνηκε καμία διαφορά σε καμία αξιολόγηση.

Εν συνεχεία η παρέμβαση της Libby και συνεργατών (2014) που πραγματοποιήθηκε σε μία ιδιωτική παιδιατρική κλινική με εξωτερικά ραντεβού στο Μέιν, περιλαμβάνει γενική εκπαίδευση για την κατάθλιψη, εργαλεία, πληροφορίες για τη γνωσιακή- συμπεριφορική προσέγγιση, προτάσεις φαρμακευτικής αγωγής με

συγκεκριμένη δοσολογία, προτάσεις για τις επαναληπτικές συναντήσεις, την Columbia Suicide Rating Scale και τα κριτήρια που πρέπει να πληροί ο ασθενής, για να παραπεμφθεί. Το δείγμα αποτελούνταν από πέντε παιδίατρους, πέντε βοηθούς θεραπόντων ιατρών και δύο παιδιατρικούς νοσοκόμους που παρακολουθούν καθημερινά περίπου 150-200 παιδιά. Στόχος και αυτής της παρέμβασης ήταν και πάλι το ενδοατομικό επίπεδο, τόσο με αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, αφού εκπαιδούνταν σε συγκεκριμένα εργαλεία, προσεγγίσεις και κριτήρια, όσο και το οργανωτικό επίπεδο, αφού με την αύξηση των γνώσεών τους και τη χρήση συγκεκριμένων εργαλείων και πλάνων μειώνεται ο χρόνος που χρειάζονται για διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης ώστε να μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους πρακτικά μετά το πέρας της παρέμβασης, κατά τις ετήσιες γενικές εξετάσεις των εφήβων και των εφήβων που παραπονιούνται για σωματικά συμπτώματα. Πραγματοποιήθηκαν δύο συνεδρίες, στις οποίες δόθηκε στους συμμετέχοντες ένας φάκελος με εργαλεία που βασίζονται σε τεκμηριωμένα εργαλεία και αλγόριθμους από την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, την Αμερικανική Ακαδημία της Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου και την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία. Στην δεύτερη συνεδρία συμμετείχαν μόνο τέσσερα άτομα, γιατί αφορούσε μόνο θεραπευτικές τεχνικές. Η παρέμβαση βασίστηκε στο μοντέλο Σχεδιάζω- Κάνω- Μελετώ- Δρω και έθετε έναν στόχο κάθε φορά: α) αναγνώριση περισσότερων καταθλιπτικών εφήβων, β) μείωση του χρόνου αναγνώρισης και θεραπείας και γ) αύξηση της αίσθησης άνεσης και ανάληψης ευθυνών για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ για την αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτό, λοιπόν, το μοντέλο οι συμμετέχοντες έδιναν σε κάθε έφηβο να συμπληρώσει στις ετήσιες γενικές εξετάσεις το PHQ-2 στο οποίο είχαν εκπαιδευτεί κατά τις συνεδρίες και αν το σκορ ήταν πάνω από τρεις, έδιναν το PHQ-9 και κανόνιζαν ένα ραντεβού διάρκειας 30 λεπτών με την ομάδα που είχε παρακολουθήσει και την δεύτερη συνεδρία. Η τελευταία χρησιμοποιούσε και πάλι τον φάκελο με τα εργαλεία και κανόνιζε δύο εβδομαδιαία ραντεβού επαναξιολόγησης 15 λεπτών και ύστερα τρία μηνιαία. Αξιολογήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση για δύο μήνες: α) οι γνώσεις για τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (12-18 ετών), β) η προηγούμενη εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, γ) η αίσθηση άνεσης για αναγνώριση και διάγνωση της κατάθλιψης και το αν το θεωρούν ευθύνη τους. Επίσης μετά την παρέμβαση αξιολογήθηκε ο αριθμός των φορών που χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες τον φάκελο με τα εργαλεία και κατά πόσο αρκούσε ένα ραντεβού 30

λεπτών για τη θεραπευτική ομάδα. Τέλος, μετρήθηκε ο αριθμός των παιδιών που: α) συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, β) παραπέμφθηκαν σε ψυχοθεραπευτές συμπεριφορικής- γνωσιακής προσέγγισης ή κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, γ) τους συνταγογράφησαν αγωγή, σε σύγκριση με ανάλογο διάστημα πριν την εφαρμογή της παρέμβασης στην κλινική. Στα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλοι οι έφηβοι που πραγματοποίησαν τις ετήσιες εξετάσεις, πέρασαν την διαδικασία της διαλογής (264 έφηβοι), όσων χρειάζονταν η παραπομπή (12) έγινε είτε σε ψυχοθεραπευτή (11) είτε σε ειδικό ψυχικής υγείας (1), ενώ σε τέσσερις εφήβους χορηγήθηκε και φαρμακευτική αγωγή. Ο χρόνος αναμονής μειώθηκε στις 8 μέρες, δηλαδή κατά 34 μέρες. Η αίσθηση άνεσης αυξήθηκε κατά 60%, ενώ η αίσθηση ότι είναι υπεύθυνοι για την αναγνώριση, διάγνωση και θεραπεία κατά 63%. Το εγχειρίδιο χρησιμοποιήθηκε από τρεις συμμετέχοντες 1-5 φορές και πάνω από 10 φορές από τους υπόλοιπους ενώ το 75% θεωρούσε ότι το ραντεβού των 30 λεπτών για την αρχική αξιολόγηση του περιστατικού αρκεί.

Η Zuckerbrot και συνεργάτες (2007) δημιούργησαν ένα τεκμηριωμένο εγχειρίδιο για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ, ώστε να το χρησιμοποιούν ως οδηγό για την ανίχνευση και διαχείριση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης. Στο εγχειρίδιο αυτό περιλαμβάνονται συγκεκριμένες προτάσεις και εργαλεία για το συστηματικό έλεγχο, τη διαχείριση, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την παραπομπή, τη θεραπεία, την εκπαίδευση των γονέων και των εφήβων στα αγγλικά και στα ισπανικά. Η Zuckerbrot και συνεργάτες (2007) προτείνουν να υπάρχουν ειδικά εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης στην ΠΦΥ, το οποίο τονίζουν και οι Lewandowski και συνεργάτες (2013), ανάλογα με το βαθμό της κατάθλιψης, δηλαδή με το αν είναι ελαφριάς μορφής, μέτριου βαθμού ή βαριά. Αλλά συστήνεται και οι επαγγελματίες υγείας να δέχονται και να αξιολογούν λίστες αυτοαναφορών που κάνουν τα παιδιά και οι έφηβοι και αναφορών των γονέων. Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές δεν έχει πραγματικά σημασία το αναγνωριστικό εργαλείο που θα χρησιμοποιήσει ο/ η επαγγελματίας υγείας της ΠΦΥ, αφού μπορεί να είναι είτε συγκεκριμένες λίστες συμπτωμάτων, όπως το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck, είτε γενικά εργαλεία όπως Guidelines for Adolescent Preventive Services. Γίνεται φανερό ότι και πάλι στόχος είναι η αύξηση των γνώσεων. Βάσει της ίδιας έρευνας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και το γονέα είναι και το να λαμβάνει υπόψη του ο επαγγελματίας και τις πολιτισμικές

διαφορές που υπάρχουν. Για να δημιουργήσουν το εγχειρίδιο που θα περιείχε όλα τα παραπάνω εργαλεία ακολούθησαν τα εξής βήματα: α) διενήργησαν έρευνα με ομάδες επαγγελματιών ΠΦΥ, νέων και γονέων, για να κατανοήσουν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν την εφηβική κατάθλιψη σε όλα τα στάδια, β) έκαναν συστηματική ανασκόπηση όλης της αγγλικής βιβλιογραφίας που αφορά την διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης από τους επαγγελματίες ΠΦΥ, κυρίως των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, γ) δημιούργησαν ένα ερωτηματολόγιο με 34 ερωτήσεις που δεν έχουν απαντηθεί στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για την διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, το οποίο δόθηκε σε ερευνητές ή κλινικούς που ασχολούνται με την κατάθλιψη στον Καναδά και στις Η.Π.Α (81 άτομα), δ) πραγματοποιήθηκε σεμινάριο 81 ειδικών στην κατάθλιψη, στην βελτίωση της ποιότητας, στις πολιτικές της ψυχικής υγείας, στην οικονομία της υγείας και κλινικών παιδιάτρων, με σκοπό να συζητηθούν τα αποτελέσματα των προηγούμενων βημάτων και ε) ξεκίνησε η συγγραφή των κατευθυντήριων γραμμών από μία μικρή συγγραφική ομάδα που εποπτευόταν από τους ειδικούς του σεμιναρίου. Για την παραπομπή δίνονται ειδικές φόρμες παραπομπής από υπηρεσία σε υπηρεσία. Τέλος, για την εκπαίδευση των γονέων και των εφήβων δίνονται συγκεκριμένα παραδείγματα- ερωτήσεις με απαντήσεις που θα πρέπει να δίνουν οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ.

Τι συμβαίνει στην Ελλάδα

Στην δημόσια διαβούλευση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την κατάθλιψη (2008-2012) αναγνωρίζεται η ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία. Επισημαίνονται η αποσπασματική πολιτική χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό και η απουσία συγκροτημένης πολιτικής ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και πρόληψης της κατάθλιψης, όπως και οι ανεπαρκείς δεξιότητες έγκαιρης ανίχνευσης της κατάθλιψης και αποτελεσματικής παρέμβασης των επαγγελματιών ΠΦΥ. Προβλέπεται σε αυτό η βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, κυρίως των γενικών γιατρών και των παθολόγων, ώστε να ανταποκρίνονται σωστά σε άτομα που αναζητούν βοήθεια μέσω εκσυγχρονισμένου εγχειριδίου που θα περιλαμβάνει τα κατάλληλα εργαλεία, σεμιναρίων και

εκπαίδευσης σε ψυχομετρικά εργαλεία. Επίσης, το Σχέδιο στοχεύει στην ενίσχυση της έρευνας σε εθνικό, ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο για την καλύτερη κατανόηση της κατάθλιψης και των επιρροών της στη ζωή των ανθρώπων αποσκοπώντας στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων μεθόδων πρόληψης και παρέμβασης και στην προαγωγή του έργου της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής μέσω της στοχευμένης ανάπτυξης και διεξαγωγής εξειδικευμένων προγραμμάτων πρόληψης κατάθλιψης σε εφήβους. Παρά τη δημόσια διαβούλευση δεν έχουν συσταθεί Εθνικές Κατευθυντήριες Γραμμές για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης.

Ο νόμος υπ' αριθμόν. 4486 (7 Αυγούστου 2017) για την Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ προβλέπει την ύπαρξη ψυχολόγου στα Κέντρα Υγείας καθώς και στις Τοπικές Ομάδες Υγείας με σκοπό τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχα την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων, την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας.

Δυστυχώς παρά την ύπαρξη νομοθεσίας για την ΠΦΥ, υπάρχουν πολλά κενά σε αυτή. Σύμφωνα με τις Σωτηριάδου, Μαλλιαρού και Σαράφη (2012), δεν έχουν δημιουργηθεί όλες οι δομές που προβλέπονται από τη νομοθεσία ή υπολειτουργούν, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα Κέντρα Υγείας που δεν είναι πλήρως στελεχωμένα, δεν είναι δικτυωμένα και δεν έχουν πόρους, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να μην έχουν αρκετό χρόνο να επιτελέσουν πλήρως το ρόλο τους αλλά και να μην συνεργάζονται με τις υπόλοιπες δομές της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Επίσης, δεν απαρτίζονται από διεπιστημονική ομάδα, κατάλληλα εκπαιδευμένη να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των οικογενειών και της κοινότητας, όπως προβλέπει η νομοθεσία. Αντιθέτως στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχει δοθεί καμία εκπαίδευση σχετικά με το ρόλο τους σε αυτήν. Ακόμη, σύμφωνα με τους Βραχάτη και Παπαδόπουλο (2011) δεν τηρείται πολύ συχνά φάκελος όσων την επισκέπτονται με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σύνδεση μεταξύ των επισκέψεων ούτε μέσα στην μονάδα υγείας. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι χαρακτηρίζεται από ανομοιογένεια και κατακερματισμό (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011).

Παράλληλα πραγματοποιούνται συχνά σεμινάρια, ετήσιας ή μικρότερης χρονικής διάρκειας, ηλεκτρονικά ή μη, για την ψυχική υγεία των εφήβων. Επίσης, πραγματοποιούνται ταχύρρυθμα μετεκπαιδευτικά προγράμματα. Παρόλο που τα προγράμματα αυτά αποτελούν μία προσπάθεια ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας, πραγματοποιούνται με πρωτοβουλία μεμονωμένων φορέων και είναι μικρής κλίμακας. Κατά κύριο λόγο, καταρτίζουν θεωρητικά τους/ τις συμμετέχοντες/ ουσες και δεν παρέχουν πρακτικές δεξιότητες στους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, στα προγράμματα αυτά συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας με αυξημένο κίνητρο ή ήδη ευαισθητοποιημένοι και ο αριθμός τους είναι περιορισμένος. Τέλος, πολλές φορές τα παραπάνω προγράμματα έχουν οικονομικό κόστος συμμετοχής.

Μεθοδολογία

Σκοπός της παρέμβασης

Ο κύριος σκοπός της μελέτης ήταν η ανάπτυξη και αξιολόγηση μιας σύντομης και συνοπτικής εκπαιδευτικής παρέμβασης ευαισθητοποίησης για την αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης που βασίζεται σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις και απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές κτλ).

Με την εφαρμογή της παρέμβασης επιδιώχθηκε η ευαισθητοποίηση των προαναφερθέντων επαγγελματιών υγείας υπέρ της χρήσης ειδικών ερωτηματολογίων εκτίμησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους/ στις εφήβους/ ες και η παραπομπή τους σε δομές ψυχικής υγείας.

Στόχοι της παρέμβασης

- Αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη συμπτωματολογία της εφηβικής κατάθλιψης.
- Αύξηση του βαθμού που θεωρούν ότι εμπίπτει στο ρόλο τους ως επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης.
- Αύξηση της συχνότητας χρησιμοποίησης συγκεκριμένων πρακτικών αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης, όπως η χρήση ειδικών ερωτηματολογίων.
- Αύξηση του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης, δηλαδή το κατά πόσο αισθάνονται οι ίδιοι έτοιμοι να προχωρήσουν σε διαδικασίες διαλογής της εφηβικής κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας και σε διαδικασίες παραπομπής.
- Μείωση των ατομικών εμποδίων που συναντούν κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης.

Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρέμβασης σε επαγγελματίες υγείας για τη διαλογή της εφηβικής κατάθλιψης ήταν τα εξής:

- Ποιες είναι οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την συμπτωματολογία και τις ενδείξεις της εφηβικής κατάθλιψης;
- Ποιες είναι οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο τους σχετικά με την αναγνώριση και τη διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης;
- Ποιες πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους πρακτική;
- Κατά πόσο η παρέμβαση ενίσχυσε τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την εφηβική κατάθλιψη;
- Κατά πόσο η παρέμβαση ενίσχυσε το βαθμό που θεωρούν ότι εμπίπτει στο ρόλο τους η αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης;
- Κατά πόσο η παρέμβαση ενίσχυσε το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης των επαγγελματιών υγείας κατά τη διαδικασία διαλογής της εφηβικής κατάθλιψης;
- Κατά πόσο η παρέμβαση ενίσχυσε το βαθμό χρήσης των κατάλληλων πρακτικών αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης;
- Πόσο ευχαριστημένοι-ες ήταν οι επαγγελματίες υγείας από τις κατευθύνσεις που τους δόθηκαν;

Ερευνητική υπόθεση

Η βασική ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης ήταν ότι μετά την εφαρμογή του προγράμματος οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης θα παρουσιάσουν αύξηση των γνώσεών τους, αύξηση του βαθμού που θεωρούν ότι

εμπίπτει στον ρόλο τους η αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, αύξηση της συχνότητας χρήσης συγκεκριμένων πρακτικών αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης, αύξηση του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης, αλλά και μείωση των ατομικών εμποδίων που συναντούν κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης.

Είδος μελέτης

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε σχεδόν- πειραματικό σχέδιο (quasi-experimental design), και ειδικότερα σχέδιο μη ισοδύναμων ομάδων με πριν-και-μετά δοκιμασία (non equivalent group design pretest-post test). Συνολικά πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις.

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες της παρέμβασης ήταν επαγγελματίες υγείας. Το δείγμα, λοιπόν, περιελάμβανε 36 επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχολόγοι, επισκέπτες- τριες υγείας, νοσηλευτές- τριες, λογοθεραπευτές- τριες, εργοθεραπευτές- τριες, κοινωνικοί- ες λειτουργοί) που εργάζονται σε διάφορες δομές/ υπηρεσίες (γενικό νοσοκομείο, «βοήθεια στο σπίτι», κοινωνική υπηρεσία του δήμου κτλπ). Τα κριτήρια για τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στην παρέμβαση ήταν τα εξής: (α) να εργάζονται ή να έχουν εργαστεί, ώστε να μπορούν να αναφέρουν τα εμπόδια που έχουν συναντήσει στη διαδικασία διαλογής της εφηβικής κατάθλιψης (β) να μην είναι προπτυχιακοί- ές φοιτητές- τριες, ώστε να έχουν ολοκληρωμένες γνώσεις στον τομέα τους (γ) η απασχόλησή τους να σχετίζεται, αποκλειστικά ή εν μέρει, με τους/ τις εφήβους/ έφηβες, ώστε να μπορεί να μετρηθεί κατά πόσο χρησιμοποίησαν τις τεχνικές και τα εργαλεία που τους προτείνονται.

Η στρατολόγηση του δείγματος έγινε μέσω ομάδων επαγγελματιών υγείας στα κοινωνικά δίκτυα (facebook), καθώς και επιστημονικές εταιρίες και συλλόγους. Το πρώτο βήμα, λοιπόν, στη διαδικασία στρατολόγησης του δείγματος ήταν η

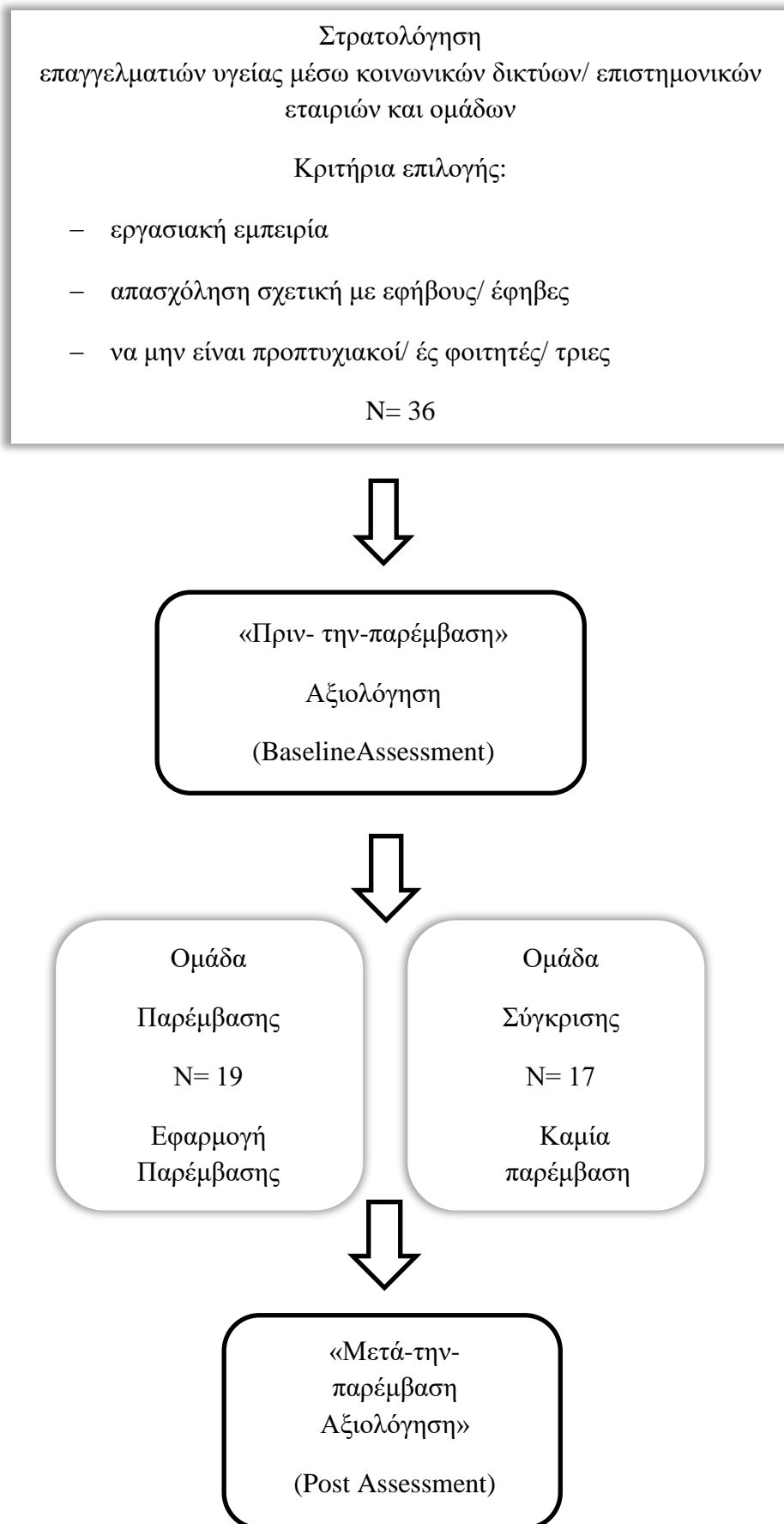
δημιουργία του κειμένου που θα δημοσιευόταν στα κοινωνικά δίκτυα. Στο κείμενο περιλαμβανόταν ο σκοπός του προγράμματος, οι ενότητες του και το πού μπορούσαν να δηλώσουν συμμετοχή. Το συγκεκριμένο κείμενο (Παράρτημα 1) στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στον «Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών Υγείας», στον «Πανελλήνιο Σύλλογο Νοσηλευτών», στον «Πανελλήνιο Σύλλογο Γενικών Ιατρών», ενώ δημοσιεύθηκε στις εξής ομάδες στο facebook:

- HEALTH PROMOTION & HEALTH EDUCATION MSc
- ΠΜΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗ & ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ 2014-2016
- ΦΙΛΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕΤΑΞΑ
- ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΟΜΑΔΑ ΦΙΛΩΝ και ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
- ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
- ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
- Έλληνες Γιατροί
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
- ΑΝΕΡΓΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Τ.Ε
- ΕΙΔΙΚΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ
- ΔΩΡΕΑΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΚΛΑΔΟΥΣ
- ΔΩΡΕΑΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ, ΗΜΕΡΙΔΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΔΡΙΑ
- Εκπαιδεύσεις Επιστημόνων Υγείας
- ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ ΤΟΥ FACEBOOK
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
- Ψυχική Υγεία (Mental Health)
- ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ
- Φίλοι της Σελίδας ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ
- Forum Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας
- ΣΕΛΙΔΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Η συμμετοχή των ατόμων ήταν εθελοντική. Έστειλαν οι ίδιοι/ εξ-
mailσυμμετοχής στο πρόγραμμα. Αναλόγως της ειδικότητας του ατόμου,

κατατασσόταν είτε στην ομάδα παρέμβασης είτε στην ομάδα σύγκρισης, ώστε να υπάρχουν ισάριθμα οι ειδικότητες στις δύο ομάδες. Η πειραματική ομάδα έλαβε την παρέμβαση, ενώ η ομάδα σύγκρισης είχε τη δυνατότητα να παρακολουθήσει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της παρέμβασης μετά το πέρας του διαστήματος που είχε δοθεί στην ομάδα παρέμβασης για την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Σχήμα 1. Σχηματική απεικόνιση του ερευνητικού σχεδίου



Οι εντός και μεταξύ των ομάδων διαφορές στα υπό μελέτη χαρακτηριστικά ελέγχθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου της έρευνας. Επιπλέον, μέσω του ερωτηματολογίου διερευνήθηκαν και οι κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές των δύο ομάδων, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομοιότητα των ομάδων, για να αποφευχθεί αλλοίωση των αποτελεσμάτων.

Μετρήσεις και εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο προέρχεται από την μελέτη της Taliaferro και συνεργατών (2013) για τους παράγοντες που σχετίζονται με τις βέλτιστες πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης από τους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Επιλέχθηκε ένα ξενόγλωσσο ερωτηματολόγιο, γιατί δεν υπήρχε αντίστοιχο εργαλείο στην ελληνική γλώσσα, που να μετρά τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, τις αντιλήψεις τους για το ρόλο τους στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης, τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης που χρησιμοποιούν και τα εμπόδια που συναντούν στη διαδικασία αυτή.

Η βασική δομή του ερωτηματολογίου παρέμεινε η ίδια. Δεν επιλέχθηκαν όλες όμως οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Κατά κύριο λόγο έγινε επιλογή αυτών που αφορούν τη συγκεκριμένη παρέμβαση, δηλαδή ερωτήσεις για την αναγνώριση, διαλογή, παραπομπή και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης. Αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις που αφορούν τη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή, γιατί δεν εντάσσονται στην παρούσα ερευνητική εργασία.

Στάδια ανάπτυξης του ερωτηματολογίου

Τα στάδια δημιουργίας του ερωτηματολογίου ήταν τα εξής:

- (1) Επιλέχθηκαν από το ξενόγλωσσο ερωτηματολόγιο οι ερωτήσεις που αφορούν την αναγνώριση, διαλογή, παραπομπή και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης από τους επαγγελματίες της ΠΦΥ.

- (2) Έγινε η μετάφραση των ερωτήσεων από τα αγγλικά στα ελληνικά από φιλόλογο της αγγλικής φιλολογίας.
- (3) Έπειτα έγινε αντίστροφη μετάφραση, από τα ελληνικά ξανά στα αγγλικά, για να ελεγχθεί αν ταυτίζονται οι ερωτήσεις αυτές με τις ερωτήσεις του αρχικού ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου.
- (4) Στη συνέχεια διορθώθηκαν οι λέξεις που δεν ταυτίζονταν με αυτές του αρχικού ερωτηματολογίου.
- (5) Το τελευταίο στάδιο περιελάμβανε την πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου και για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα ευκολίας 10 επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ. Σε αυτή τη φάση επιδιώχθηκε ο εντοπισμός προβληματικών ερωτήσεων, η εκτίμηση του χρόνου συμπλήρωσης και κυρίως ο έλεγχος της αξιοπιστίας του εργαλείου. Από τον πιλοτικό έλεγχο δεν προέκυψαν αξιοσημείωτοι προβληματισμοί ή δυσκολίες σχετικά με τα ερωτήματα, και έτσι η τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ένα σύνολο⁴² ερωτήσεων που μετρούν τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, τις αντιλήψεις/γνώσεις τους για το ρόλο τους στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας τους, τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης που χρησιμοποιούν και τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αυτή.
- (6) Ακόμη, χρησιμοποιήθηκαν κάποιες ερωτήσεις γνώσεων για την εφηβική κατάθλιψη από το κεφάλαιο «Κατάθλιψη στην εφηβεία» του Γιαννακόπουλου (2016) του περιοδικού *Κλινικά Εργαστήρια*.
- (7) Τέλος, στο ερωτηματολόγιο που δινόταν, προστέθηκαν εννιά ερωτήσεις αξιολόγησης της παρέμβασης.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από δύο βασικές ενότητες. Η πρώτη περιλαμβάνει ερωτήσεις αναφορικά με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις που αφορούν το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα, τη δομή που εργάζονται οι συμμετέχοντες- ουσες, το δήμο της δομής,

τα χρόνια που ασκούν το επάγγελμα, πόσους- ες ασθενείς παρακολουθούν την ημέρα και πόσους- ες εφήβους παρακολουθούν την ημέρα.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει 34 ερωτήσεις/ ισχυρισμούς που αφορούν τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, τις αντιλήψεις/γνώσεις τους για το ρόλο τους στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας τους, τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης που χρησιμοποιούν και τα εμπόδια που συναντούν στη διαδικασία αυτή. Οι παράγοντες που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο είναι οι εξής:

- (1) **«Αντιλήψεις για τον αντιλαμβανόμενο ρόλο των επαγγελματιών υγείας για την αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης»**, που περιλαμβάνει τις πρώτες έξι ερωτήσεις (A1- A6). Για παράδειγμα η ερώτηση/ ισχυρισμός αναφέρει: *«Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη»*. Ο ερωτώμενος καλείται να δώσει την απάντησή του στην κλίμακα *«Διαφωνώ απόλυτα :1 :2 :3 :4: 5 ; Συμφωνώ απόλυτα»*. Αναφορικά με τη βαθμολόγηση, το σκορ για το συγκεκριμένο παράγοντα προκύπτει από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις έξι ερωτήσεις. Επίσης, προκύπτουν οι υποπαράγοντες:
 - a. **«Αντιλήψεις για την αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό περιβάλλον»**, για παράδειγμα *«Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον»* και προκύπτει από τον μέσο όρο των δύο ερωτήσεων.
 - b. **«Αντιλήψεις για τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης»** (αναγνώριση, διαχείριση, συνδιαχείριση με επαγγελματίες υγείας, παραπομπή), για παράδειγμα *«Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό»* και προκύπτει από τον μέσο όρο των ερωτήσεων/ ισχυρισμών A1, A2, A3, A5.
- (2) **«Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης»**, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις B1, B2, B3,

B4 και B5. Για παράδειγμα η ερώτηση/ ισχυρισμός αναφέρει: *«Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να κάνω διαλογή για εφηβική κατάθλιψη»*. Ο ερωτώμενος καλείται να δώσει την απάντησή του στην κλίμακα *«Καθόλου προετοιμασμένος- η :1 :2 :3 :4: 5 ; Απόλυτα προετοιμασμένος- η»*. Αναφορικά με τη βαθμολόγηση, το σκορ για το συγκεκριμένο παράγοντα προκύπτει από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις πέντε ερωτήσεις.

- (3) **«Πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης»**, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις Γ1, Γ2, Γ3, Γ4 και Γ5. Για παράδειγμα η ερώτηση/ ισχυρισμός αναφέρει: *«Χρησιμοποιώ ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή»*. Ο ερωτώμενος καλείται να δώσει την απάντησή του στην κλίμακα *«Ποτέ :1 :2 :3 :4: 5 ; Σχεδόν πάντα»*. Αναφορικά με τη βαθμολόγηση, το σκορ για το συγκεκριμένο παράγοντα προκύπτει από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις πέντε ερωτήσεις.
- (4) **«Εμπόδια κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης»**, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις Δ1- Δ18. Για παράδειγμα η ερώτηση/ ισχυρισμός αναφέρει: *«Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην δομή που εργάζομαι»*. Ο ερωτώμενος καλείται να δώσει την απάντησή του στην κλίμακα *«Ποτέ :1 :2 :3 :4: 5 ; Σχεδόν πάντα»*. Αναφορικά με τη βαθμολόγηση, το σκορ για το συγκεκριμένο παράγοντα προκύπτει από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις. Από αυτό τον παράγοντα προκύπτει και ο υποπαράγοντας:
- **«ατομικά εμπόδια»**, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις Δ6, Δ7, Δ8, Δ9, Δ15. Για παράδειγμα η ερώτηση/ ισχυρισμός αναφέρει: *«Απουσία εκπαίδευσης»*. Αναφορικά με τη βαθμολόγηση, το σκορ για τον συγκεκριμένο παράγοντα προκύπτει από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις πέντε ερωτήσεις.
- (5) **«Γνώσεις για την εφηβική κατάθλιψη»**, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις E1- E6. Για παράδειγμα η ερώτηση/ ισχυρισμός αναφέρει: *«Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία ψυχιατρικής διαταραχής κατά την*

εφηβεία». Για τον συγκεκριμένο παράγοντα σημειώνεται το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν σωστά και το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν λανθασμένα.

Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της μελέτης

Πραγματοποιήθηκε προκαταρκτική (pilot) δοκιμή του ερωτηματολογίου σε δείγμα ευκολίας 10 επαγγελματιών υγείας (3 ψυχολόγοι, 2 νοσηλευτές, 2 επισκέπτες υγείας, 1 κοινωνικός λειτουργός και 1 γιατρός) όπου επιδιώχθηκε ο έλεγχος της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου. Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τις μεταβλητές που περιέχουν τρεις και παραπάνω ερωτήσεις και ο συντελεστής συσχέτισης Pearson's r για τις μεταβλητές με δύο ερωτήσεις.

Παρέμβαση

Ο σχεδιασμός της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε βάσει των ευρημάτων που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Επίσης, έπρεπε να προσδιοριστεί το επίπεδο επιρροής στο οποίο θα εστιάσει η συγκεκριμένη παρέμβαση. Οι περισσότερες μελέτες, όπως παρουσιάζονται και στην προηγούμενη ενότητα, στοχεύουν σε πάνω από ένα επίπεδα επιρροής. Η παρούσα παρέμβαση λόγω περιορισμένων μέσων και πόρων επικεντρώνεται στο ενδο-ατομικό επίπεδο, καθώς στόχευε σε ατομικούς παράγοντες, όπως γνώσεις, αντιλήψεις και αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας.

Η παρέμβαση είχε τη μορφή μαθήματος μέσω υπολογιστή (e- learning). Προτιμήθηκε η συγκεκριμένη μορφή, γιατί μπορούν να συμμετέχουν άτομα από όλη τη χώρα, τα άτομα μπορούν να το παρακολουθήσουν από οποιοδήποτε χώρο, οποιαδήποτε στιγμή και δεν κοστίζει ούτε στην κατασκευή του ούτε στους συμμετέχοντες (Song et al, 2003). Επίσης, σύμφωνα με τον Cook και συνεργάτες (2008), οι παρεμβάσεις με την μορφή μαθημάτων μέσω υπολογιστή έχουν σημαντικά αποτελέσματα συγκριτικά με το να μην πραγματοποιηθεί καμία παρέμβαση και

παρόμοια αποτελέσματα με τους παραδοσιακούς τρόπους πραγματοποίησης παρεμβάσεων.

Το μάθημα δημιουργήθηκε στην πλατφόρμα «Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα» (<http://e-learninghealthcare.gr/>) που συντονίζεται από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Στόχος του είναι η αύξηση των γνώσεων, η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη υποστήριξη και την προαγωγή της υγείας των ατόμων και των κοινοτήτων που εξυπηρετούν. Σε αυτή την πλατφόρμα μπορούν να συμμετάσχουν επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων, όπως ιατροί, νοσηλευτές επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, φυσιοθεραπευτές και όλοι όσοι παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Το μάθημα ήταν σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να συμβάλλει στην αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για την εφηβική κατάθλιψη, την αναγνώριση και τη διαχείρισή της. Συγκεκριμένα το μάθημα μέσω του υπολογιστή (e- learning) περιελάμβανε τις εξής θεματικές (Παράρτημα 7):

1. Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; (Αναφέρονται τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μη έγκαιρης διάγνωσης της εφηβικής κατάθλιψης, όπως οι συχνές υποτροπές, η χρονιότητα, η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, η αυτοκτονία.)
2. Ποιος είναι ο επιπολασμός και η επίπτωση της «Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής»; (Αναφέρονται τα ποσοστά στον ελληνικό εφηβικό πληθυσμό, οι διαφορές ανάμεσα στα φύλα και τα ηλικιακά φάσματα, το ποσοστό που εμφανίζει αυτοκτονικό ιδεασμό και κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, το ποσοστό που διαγιγνώσκεται, το ποσοστό συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές.)
3. Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους; (Αναφέρεται ότι το ιστορικό τους ή της οικογένειάς τους πρέπει να περιλαμβάνει ακραίες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, αυτοκτονικό ιδεασμό, αγχώδεις διαταραχές, χρήση ουσιών, γυναικείο φύλο, φυλετικές ή εθνικές μειονότητες.)

4. Τι είναι η «Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή»; (Υπενθυμίζεται ότι δεν εναπόκειται στο ρόλο τους να κάνουν διάγνωση αλλά να ξέρουν τα κριτήρια της διάγνωσης για να νιώθουν πιο άνετα οι ίδιοι κατά τη διαδικασία της διαλογής, δίνεται ο ορισμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και του DSM-5.)
5. Ποια είναι τα κριτήρια βάσει του DSM-5 για την ύπαρξή της; (Αναφέρονται αναλυτικά τα εννέα κριτήρια της διάγνωσης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής βάσει του DSM-5 αλλά και τα χρονικά κριτήρια και τα τρία είδη της κατάθλιψης.)
6. Ποιες διαφορές παρουσιάζει στους/ στις εφήβους/ έφηβες; (Αναφέρεται ότι πρέπει να πληροί πέντε από τα εννέα κριτήρια, να έχει οργανωμένο σχέδιο και σαφή πρόθεση να αυτοκτονήσει ή έχει κάνει πρόσφατα απόπειρα ή παρουσιάζει ψυχωσικά συμπτώματα. Επίσης μπορεί να εκφράζεται με τη δημιουργία προβλημάτων στο σχολείο ή/και στο σπίτι.)
7. Ποια είναι τα πιο συχνά συμπτώματα της κατάθλιψης στους εφήβους; (Αναφέρονται τα πιο συχνά συμπτώματα, όπως συχνή θλίψη, κλάματα, θυμός, έλλειψη κινήτρων και άλλα.)
8. Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; (Συστήνεται η λήψη πλήρους ιστορικού αναλόγως της ειδικότητας.)
9. Ποια εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; (Προτείνονται τα PHQ-2, CDI και αναλύεται πότε πρέπει να δίνονται στους/ στις εφήβους/ έφηβες. Αναλύεται τι μετράνε, πώς υπολογίζεται το σκορ τους και τι σημαίνει.)
10. Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/ αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας; (Αναφέρονται τα κριτήρια, όπως η ύπαρξη οργανωμένου σχεδίου, η απουσία λογικής σκέψης, το φύλο και άλλα.)
11. Παράδειγμα από την ΠΦΥ. (Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός εφήβου που παρουσιάζει σωματικά συμπτώματα αλλά δεν πάσχει από κάποια οργανική διαταραχή.)
12. Τι σημαίνει «παραπομπή» στην ελληνική πραγματικότητα και πώς πραγματοποιείται; (Τονίζεται ότι δεν υπάρχει διασύνδεση υπηρεσιών για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι επαγγελματίες τις

τοπικές δομές αλλά και να ελέγχουν εάν επισκέφθηκε το άτομο τη δομή που του προτάθηκε έπειτα από ένα χρονικό διάστημα.)

13. Ποια είναι τα βασικά μηνύματα ψυχοεκπαίδευσης για τους γονείς και τους/ τις εφήβους/ έφηβες; (Αναφέρονται κάποια βασικά μηνύματα, όπως «Οι δυσκολίες που βιώνει ο έφηβος στην λειτουργικότητά του είναι εκδηλώσεις της ασθένειάς του».)

Μεταβλητές

Οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι οι αντιλήψεις για τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, οι γνώσεις για την εφηβική κατάθλιψη, οι πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης, το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας και τα εμπόδια που συναντούν στη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης. Για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρέμβασης, εφαρμόστηκε μονο-παραγοντική ανάλυση με ανεξάρτητη μεταβλητή τη συμμετοχή στην παρέμβαση.

Δομή του προγράμματος παρέμβασης

Το πρόγραμμα διήρκησε 4 μήνες και συνοπτικά οι φάσεις του είχαν ως εξής:

(1) Στην πρώτη φάση, διάρκειας ενός μήνα, έγινε η μετάφραση του ερωτηματολογίου, η πιλοτική δοκιμή του σε 10 άτομα και δόθηκε η τελική του μορφή. Επίσης σχεδιάστηκε το μάθημα στην ηλεκτρονική του μορφή (e-learning).

(2) Στη δεύτερη φάση που διήρκησε περίπου ένα μήνα, έγινε η στρατολόγηση του δείγματος και χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια της μελέτης σε όλους τους συμμετέχοντες, για να γίνει η αρχική ή αλλιώς «πριν-την-παρέμβαση» (“baseline assessment”) αξιολόγηση του προγράμματος.

(3) Στην τρίτη φάση του προγράμματος, διάρκειας περίπου ενός μήνα, δόθηκε περιθώριο στην ομάδα παρέμβασης να παρακολουθήσει το μάθημα

μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Στην ομάδα σύγκρισης δεν έγινε καμία δραστηριότητα. Μετά από διάστημα μίας εβδομάδας επαναχορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια της μελέτης και στις δύο ομάδες για να γίνει η «μετά-την-παρέμβαση» (“post-assessment”) αξιολόγηση. Οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί εξαρχής ότι θα υπάρξουν δύο ομάδες συμμετεχόντων που θα μπορούν να παρακολουθήσουν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε διαφορετική ημερομηνία λόγω αδυναμίας της πλατφόρμας να «φιλοξενήσει» πολλά άτομα, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος επιμόλυνσης.

(4) Μετά την επαναληπτική αξιολόγηση, δόθηκε ένας μήνας περιθώριο στην ομάδα σύγκρισης να παρακολουθήσει και η ίδια το μάθημα.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο αξιολογήσεων («πριν» και «μετά») αποτελεί την αξιολόγηση της επίδρασης/αντίκτυπου της παρέμβασης.

Υλικό της παρέμβασης

Για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος επιλέχθηκε η παρέμβαση να έχει την μορφή μαθήματος μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Το περιεχόμενο του μαθήματος διαμορφώθηκε βάσει των ευρημάτων από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Κυρίως δόθηκε έμφαση στην δομή του ευρέως διαδεδομένου προγράμματος GLAD- PC, που έχει περιγραφεί παραπάνω. Επιλέχθηκαν μόνο οι ενότητες που ανταποκρίνονταν στους στόχους του προγράμματος, όπως τα συχνότερα συμπτώματα της κατάθλιψης στην εφηβεία, ενώ έμειναν εκτός ενότητες που δεν ανταποκρίνονταν στους στόχους του προγράμματος, για παράδειγμα η φαρμακευτική αγωγή.

Τα εργαλεία που προτείνονται για χρήση από τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διαδικασία της διαλογής (CDI, PHQ- 2) είναι τα ερωτηματολόγια που είναι σταθμισμένα στην ελληνική γλώσσα και προτείνονται από τη βιβλιογραφία ως τα πιο ευρέως διαδεδομένα στην Ελλάδα και ως αυτά που μετρούν καλύτερα τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους στην Ελλάδα (Giannakopoulos et al, 2009).

Αξιολόγηση της παρέμβασης

Η αξιολόγηση της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε από την πειραματική ομάδα στο ερωτηματολόγιο της δεύτερης μέτρησης, δηλαδή της μέτρησης μετά την παρέμβαση. Περιελάμβανε συνολικά εννιά ερωτήσεις, οχτώ με κλίμακα και μία ανοιχτή ερώτηση, για να προσθέσουν ό,τι σχόλιο είχαν. Τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν σε πενταβάθμια κλίμακα *Likert* (1: λίγο έως 5: πολύ) τη χρησιμότητα της ενότητας, το κατά πόσο ήταν ενδιαφέρουσα, αν θα μπορούσαν να την εφαρμόσουν στην πρακτική τους οι επαγγελματίες υγείας, αν τεχνικά ήταν σωστή, αν θα παρακολουθούσαν κάποια άλλη ενότητα, αν θα πρότειναν την ενότητα σε κάποιον/α συνάδελφο και μία ανοιχτή ερώτηση για ό, τι επιπλέον ήθελαν να πουν. Η ομάδα σύγκρισης δεν αξιολόγησε το πρόγραμμα από την στιγμή που δεν έλαβε το πρόγραμμα.

Ζητήματα δεοντολογίας

Ένα από τα σοβαρότερα θέματα σε μία έρευνα είναι τα δεοντολογικά ζητήματα. Η ασφάλεια των συμμετεχόντων αποτελεί κύριο μέλημα κατά την εφαρμογή του προγράμματος γι' αυτό το λόγο τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες δεοντολογίας.

Αρχικά, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις τόσο των ίδιων όσο και των ερευνητών απέναντί τους. Υπήρξε έγκαιρη και επαρκής ενημέρωση των συμμετεχόντων στη μελέτη και τους γνωστοποιήθηκε ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ότι μπορούν να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσαν.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τη φύση της μελέτης. Επιπλέον, τους δόθηκε η διαβεβαίωση ότι τα ερωτηματολόγια θα διατηρηθούν σε ασφαλές περιβάλλον, θα ανωνυμοποιηθούν, θα κωδικοποιηθούν και η επεξεργασία τους θα γίνει από τους ίδιους τους ερευνητές, και τέλος ότι όλες οι πληροφορίες που συλλέγονται, θα παραμείνουν εμπιστευτικές και ανώνυμες.

Αποτελέσματα

Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της μελέτης

Από την προκαταρκτική (pilot) δοκιμή του ερωτηματολογίου σε δείγμα ευκολίας 10 επαγγελματιών υγείας όπου επιδιώχθηκε ο έλεγχος της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, προέκυψαν τα εξής:

Η κλίμακα για τις «αντιλήψεις για τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης» αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις/ισχυρισμούς ($\alpha=0,819$).

Η κλίμακα για τις «προσλήψεις για την αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό περιβάλλον» αποτελείται από δύο ερωτήσεις/ισχυρισμούς, οπότε έγινε συσχέτιση με δείκτη το Pearson's $r=0,779$, $p<0,01$.

Η κλίμακα για το «αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης» αποτελείται από πέντε ερωτήσεις/ισχυρισμούς ($\alpha=0,899$).

Η κλίμακα για τις «πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης από τους επαγγελματίες υγείας» αποτελείται από πέντε ερωτήσεις/ισχυρισμούς ($\alpha=0,757$).

Η κλίμακα για τα «εμπόδια κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης» αποτελείται από 18 ερωτήσεις/ισχυρισμούς ($\alpha=0,915$).

Η κλίμακα για τα «ατομικά εμπόδια» αποτελείται πέντε ερωτήσεις/ισχυρισμούς ($\alpha=0,794$).

Η κλίμακα για τις «γνώσεις για την εφηβική κατάθλιψη» αποτελείται από έξι ερωτήσεις/ισχυρισμούς ($\alpha=0,682$).

Πίνακας 1. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τους παράγοντες του ερωτηματολογίου για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Cronbach's Alpha	M.O.	T.A	Ελάχιστο	Μέγιστο
Αντιλήψεις για τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης.	0,819	3,861	1,919	3,278	4,361
Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης.	0,899	2,506	4,074	2,361	2,917
Πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης από τους επαγγελματίες υγείας.	0,757	2,917	4,265	2,250	3,556
Εμπόδια κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης.	0,915	2,968	11,864	2,139	3,750
Ατομικά εμπόδια	0,794	2,656	3,606	2,139	3,056

Στατιστική Ανάλυση

Η αξιολόγηση έγινε με τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS, έκδοση 20η (Statistical package for Social Sciences, edition 20th). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε δύο χρόνους συγκεκριμένα, πριν την παρέμβαση (1^η μέτρηση) και αμέσως μετά την παρέμβαση (2^η μέτρηση).

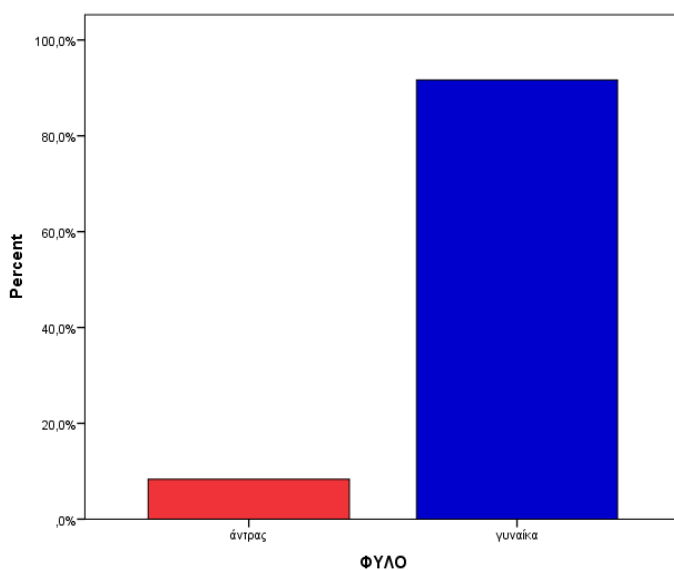
Για τον έλεγχο μεταξύ των μετρήσεων πριν και μετά την παρέμβαση, όπου υπάρχει η κλίμακα Likert, χρησιμοποιήθηκε ο **μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon signed- ranked test**, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ και $\alpha = 0,01$. Ο έλεγχος αυτός για δείγματα ανά ζεύγη χρησιμοποιείται, όταν υπάρχουν διαφορετικές μετρήσεις στα ίδια άτομα σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές (π.χ. πριν και μετά την παρέμβαση). Το δείγμα δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή και γι αυτό τον λόγο επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος.

Στην κλίμακα των γνώσεων, όπου οι συμμετέχοντες απάντησαν σωστά ή λανθασμένα στις ερωτήσεις (ποιοτικές μεταβλητές), χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος *McNemar*, ο οποίος είναι κατάλληλος για τον έλεγχο ισότητας ή μη δυϊκών αποκρίσεων σε εξαρτημένα δείγματα και οι μετρήσεις είναι ανά ζεύγη (μία μέτρηση πριν και μία μέτρηση μετά από κάποια παρέμβαση για την ίδια μονάδα του δείγματος). Δείγματα ανά ζεύγη δημιουργούνται όταν διαφορετικές μετρήσεις του ίδιου χαρακτηριστικού (π.χ. γνώσεων) αφορούν τα ίδια άτομα κάτω από διαφορετικές συνθήκες (π.χ. πριν και μετά την παρέμβαση). Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο έλεγχο, η διαφορά της τιμής πριν και μετά είναι στατιστικά σημαντική εάν είναι μικρότερη της τιμής 0,05 και 0,01.

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Πίνακας 2 . Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του φύλου των ατόμων του δείγματος.

Φύλο	F	%
Γυναίκα	33	91,7
Άνδρας	3	8,3

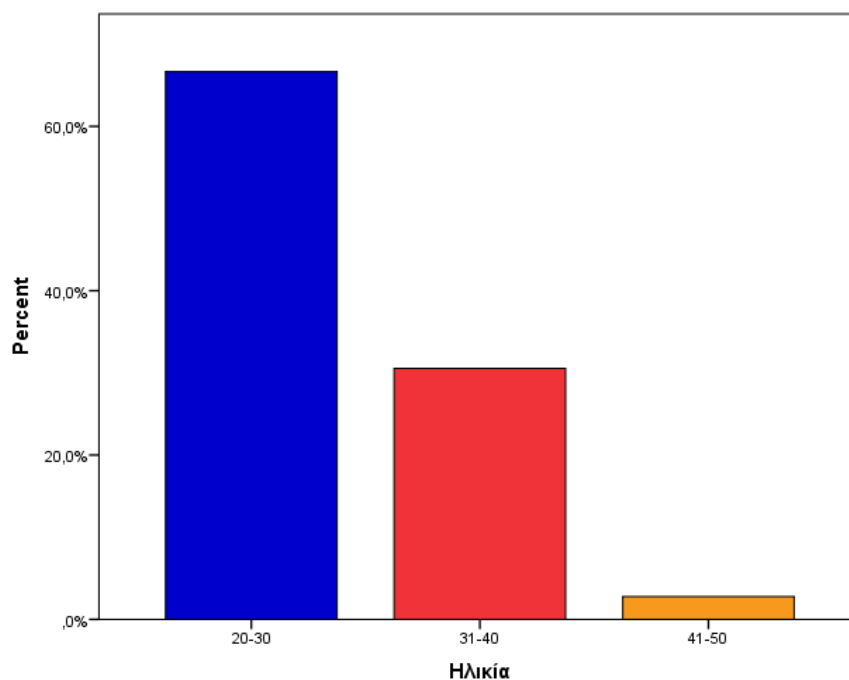


Σχήμα 2. Ραβδόγραμμα για το ποσοστό του φύλου των ατόμων του δείγματος.

Αρχικά, παρουσιάζονται τα στατιστικά μέτρα των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα. Ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, το 8,3% είναι άνδρες και το 91,7% είναι γυναίκες.

Πίνακας 3. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ηλικίας των ατόμων του δείγματος.

Ηλικία	F	%
20-30	24	66,7
31-40	11	30,6
41-50	1	2,8



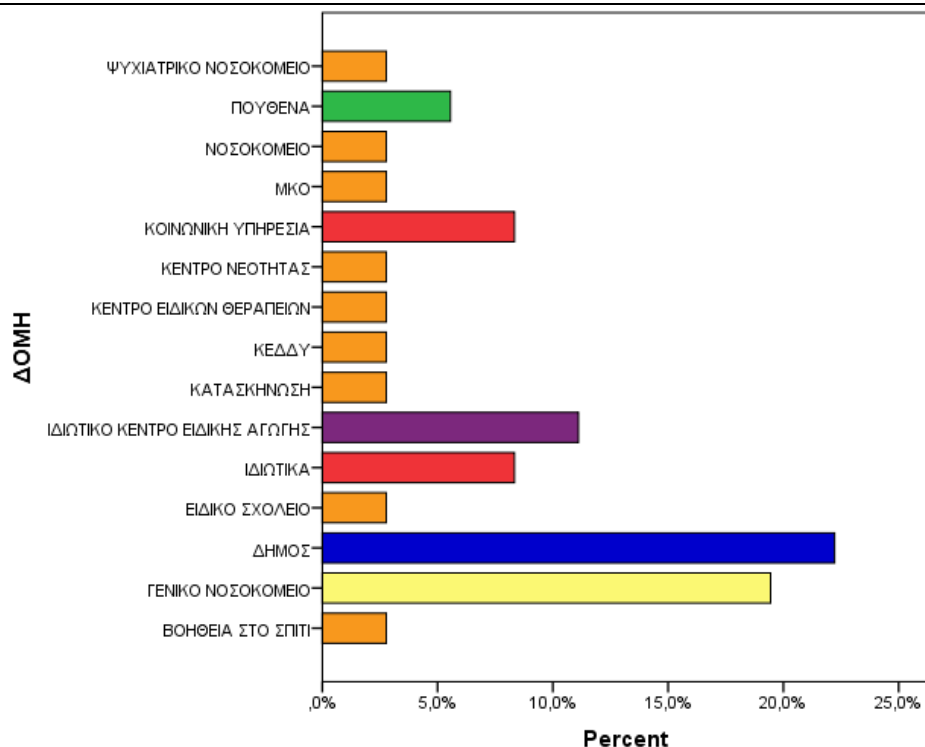
Σχήμα 3. Ραβδόγραμμα για το ποσοστό των ηλικιακών ομάδων των ατόμων του δείγματος.

Αναφορικά με την ηλικία τους, το 66,7% είναι από 20 έως 30 ετών, το 30,6% από 31 έως 40 ετών και το 2,8% από 41 έως 50 ετών.

Πίνακας 4. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του είδους απασχόλησης των ατόμων του δείγματος.

Δομές Εργασίας	F	%
Βοήθεια στο σπίτι	1	2,8
Γενικό Νοσοκομείο	8	22,2
Κοινωνική Υπηρεσία	11	30,5
Ειδικό Σχολείο	1	2,8
Ιδιωτικά	3	8,4
Ιδιωτικό Κέντρο Ειδικής Αγωγής	4	11,1
Κατασκήνωση	1	2,8
ΚΕΔΔΥ	1	2,8
Κέντρο Ειδικών Θεραπειών	1	2,8
Κέντρο Νεότητας	1	2,8
ΜΚΟ	1	2,8

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	1	2,8
Πουθενά	2	5,6

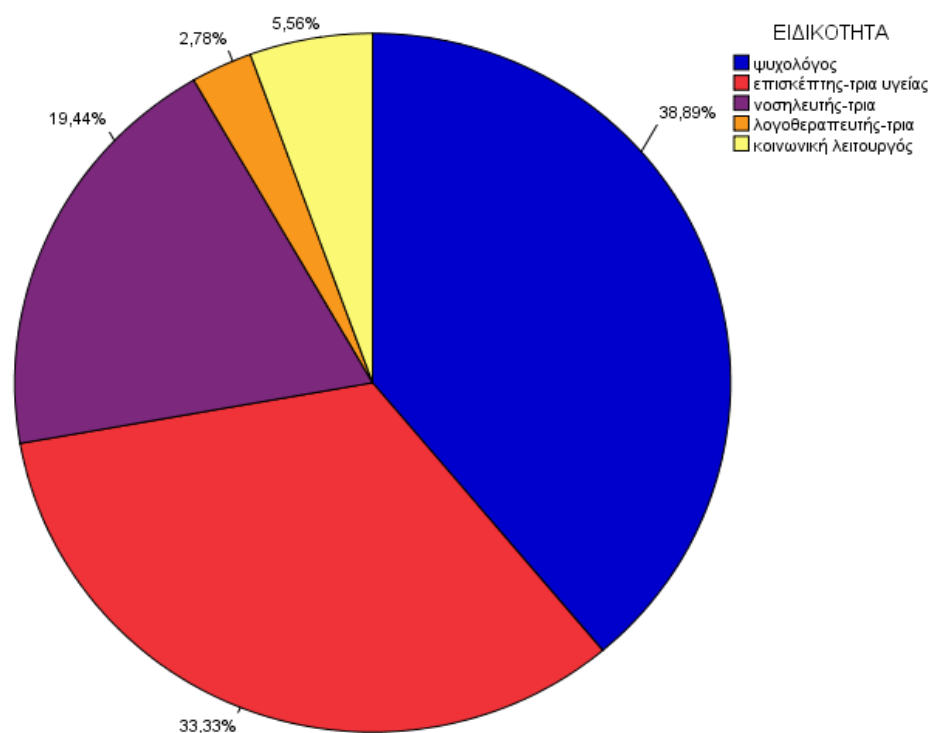


Σχήμα 4. Ραβδόγραμμα για το ποσοστό των ατόμων του δείγματος σε κάθε δομή/υπηρεσία εργασίας των ατόμων του δείγματος.

Στη συνέχεια, τα άτομα ρωτήθηκαν σε τι είδους δομές/υπηρεσίες εργάζονται. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, το 2,8% εργάζεται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το 22,2% σε γενικό νοσοκομείο, το 30,5% στην κοινωνική υπηρεσία του δήμου, το 2,8% σε ειδικό σχολείο, το 8,4% ιδιωτικά, το 11,1% σε ιδιωτικό κέντρο ειδικής αγωγής, το 2,8% σε κατασκήνωση, το 2,8% σε Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ), το 2,8% σε κέντρο ειδικών θεραπειών, το 2,8% σε κέντρο νεότητας του δήμου, το 2,8% σε μη κυβερνητικό οργανισμό, το 2,8% σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και το 5,6% πουθενά.

Πίνακας 5. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ειδικότητας των ατόμων του δείγματος.

Ειδικότητα	F	%
Ψυχολόγοι	14	38,9
Επισκέπτες- τριες Υγείας	12	33,3
Νοσηλεύτές- τριες	7	19,4
Κοινωνικοί Λειτουργοί	2	5,6
Λογοθεραπευτές- τριες	1	2,8

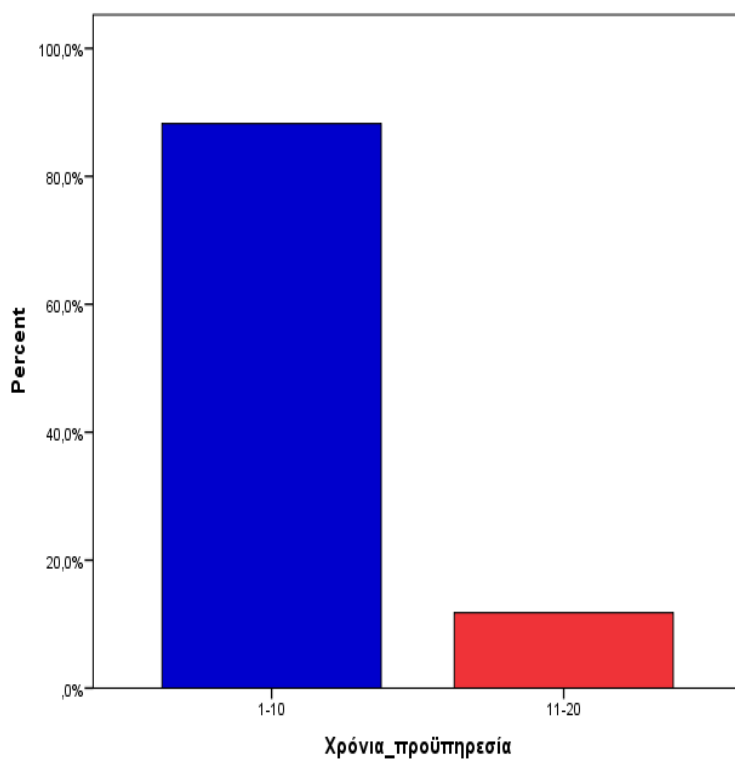


Σχήμα 5. Γράφημα πίτας για το ποσοστό των ειδικοτήτων των ατόμων του δείγματος.

Έπειτα, τα άτομα ρωτήθηκαν για την ειδικότητά τους και το 38,9% είναι ψυχολόγοι, το 33,3% επισκέπτες- τριες υγείας, το 19,4% νοσηλεύτές- τριες, το 5,6% κοινωνικοί λειτουργοί και το 2,8% λογοθεραπευτές- τριες.

Πίνακας 6. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των ετών προϋπηρεσίας των ατόμων του δείγματος.

Έτη προϋπηρεσίας	F	%
1-10	30	88,2
11-20	4	11,8

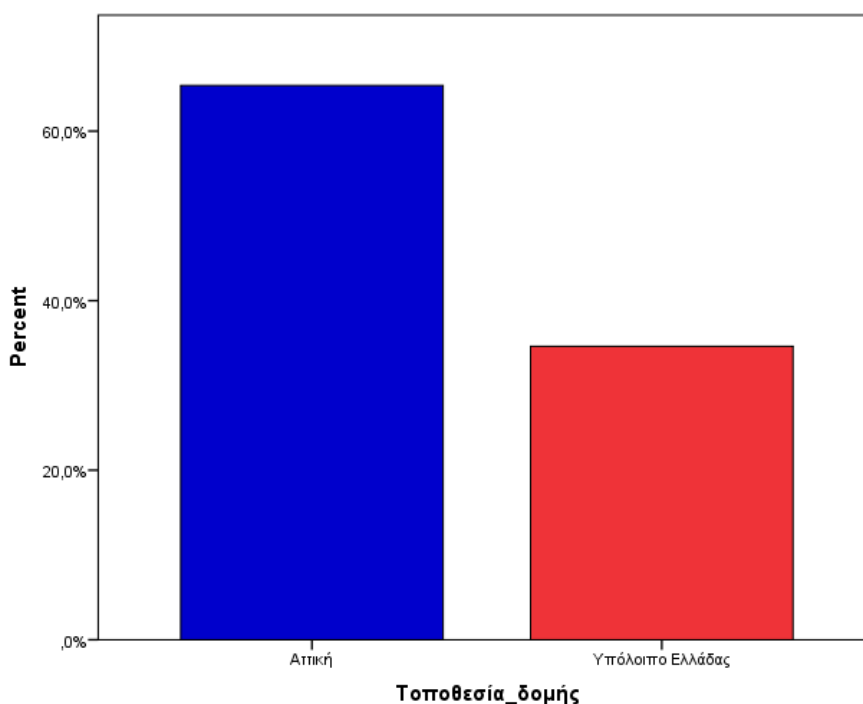


Σχήμα 6. Ραβδόγραμμα για το ποσοστό των ετών προϋπηρεσίας των ατόμων του δείγματος.

Ως προς τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων στην υπηρεσία/δομή που απασχολούνται, το 88,2% έχει έως 10 έτη προϋπηρεσίας και το 11,8% έχει από 11 έως 20 έτη.

Πίνακας 7. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της περιοχής που βρίσκεται η δομή που εργάζεται το κάθε άτομο.

Περιοχή δομής	F	%
Αττική	22	61,4
Υπόλοιπο Ελλάδας	11	30,3
Δεν απάντησε	3	8,3

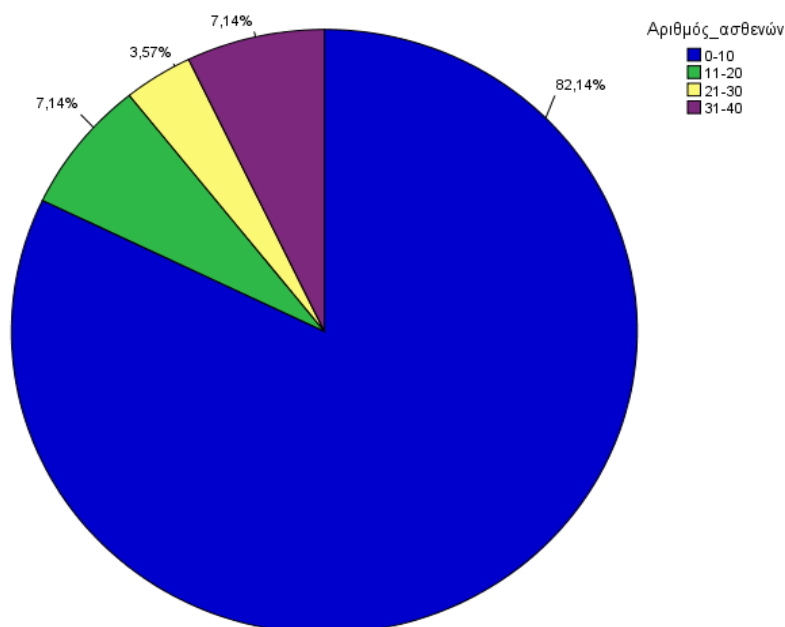


Σχήμα 7. Ραβδόγραμμα για το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που εργάζονται στην Αττική ή στην υπόλοιπη Ελλάδα.

Ακόμη ρωτήθηκαν για τον δήμο που βρίσκεται η δομή που εργάζονται και κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο κατηγορίες, εντός Αττικής και υπόλοιπο Ελλάδας. Το 61,4% εργάζεται στην Αττική, το 30,3% στην υπόλοιπη Ελλάδα και το 8,3% δεν απάντησε.

Πίνακας 8. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του αριθμού των ασθενών που εξετάζονται ανά ημέρα από τα άτομα του δείγματος.

Αριθμός Ασθενών	F	%
0-10	23	82,1
11-20	2	7,1
21-30	1	3,6
31-40	2	7,1

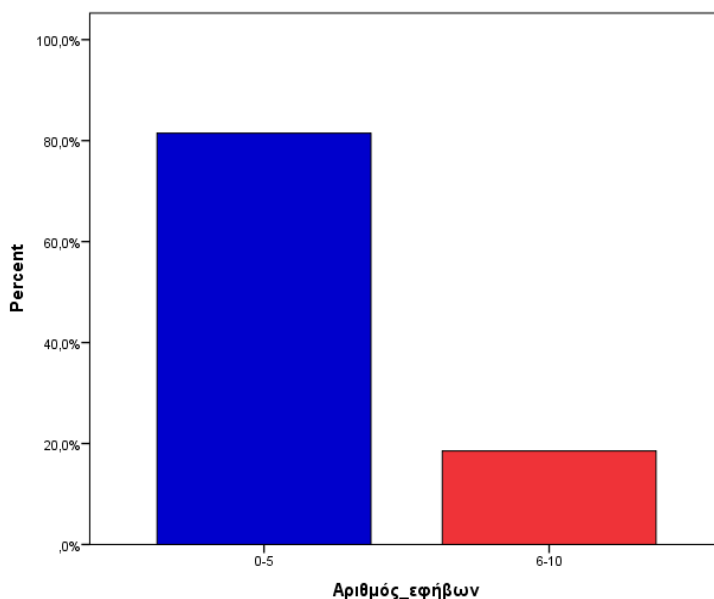


Σχήμα 8. Γράφημα πίτας για το ποσοστό των κατηγοριών του αριθμού των ασθενών που εξετάζουν τα άτομα του δείγματος καθημερινά.

Η επόμενη δημογραφική ερώτηση αφορούσε τον αριθμό των ασθενών που εξετάζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά μέσο όρο. Η ερώτηση αυτή ήταν ανοιχτού τύπου και έγινε προσπάθεια κατηγοριοποίησης των αποτελεσμάτων. Έτσι, το 82,1% εξέτασε έως 10 ασθενείς, το 7,1% από 11 έως 20 ασθενείς, το 3,6% είδε από 21-30 ασθενείς και το 7,1% από 31-40 ασθενείς.

Πίνακας 9. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του αριθμού των εφήβων που εξετάζονται ανά ημέρα από τα άτομα του δείγματος.

Αριθμός Εφήβων	F	%
0-5	22	81,5
6-10	5	18,5



Σχήμα 9. Ραβδόγραμμα για το ποσοστό των κατηγοριών του αριθμού των εφήβων που εξετάζουν τα άτομα του δείγματος καθημερινά.

Επιπλέον ρωτήθηκαν για τον αριθμό των εφήβων που εξετάζουν οι επαγγελματίες υγείας ανά ημέρα, κατά μέσο όρο. Η ερώτηση αυτή ήταν ανοιχτού τύπου και έγινε προσπάθεια κατηγοριοποίησης των αποτελεσμάτων. Έτσι, το 81,5% εξέταζε έως 5εφήβους και το 18,5% από 6 έως 10 εφήβους

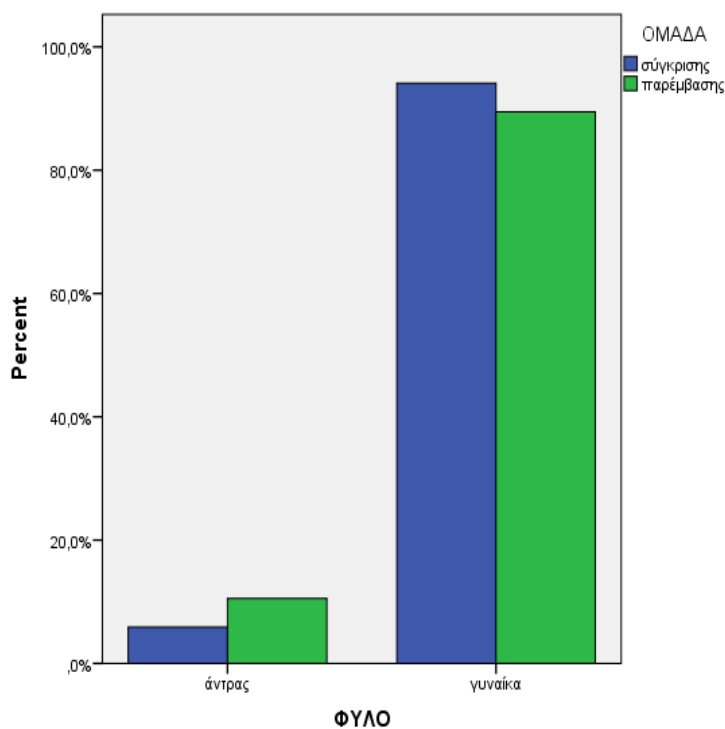
Σύγκριση των ομάδων ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Σε αυτήν την ενότητα διερευνάται αν οι δύο ομάδες (παρέμβασης και σύγκρισης) είναι ισοδύναμες ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 10. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του συνολικού δείγματος ως προς την ομάδα και το φύλο και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Φύλο	Ομάδα	
	Παρέμβασης	Σύγκρισης
Ανδρες	2 (10,5%)	1 (5,9%)
Γυναίκες	17 (89,5%)	16 (94,1%)

$\chi^2 (1)=0,253, df = 1, p >0,05$



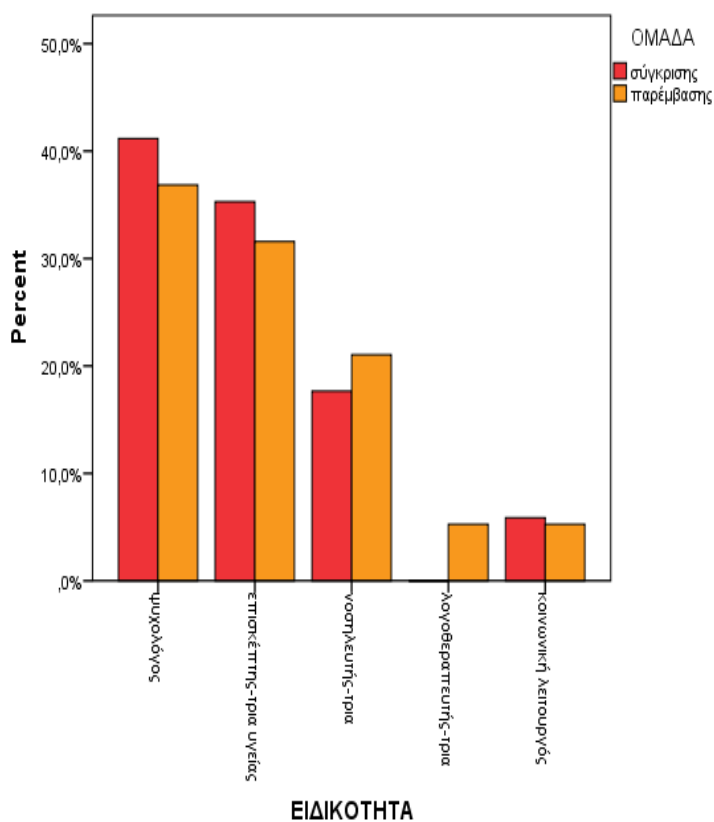
Σχήμα 10. Ακιδωτό γράφημα για ποσοστό των φύλων ως προς την ομάδα.

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι και στις δύο ομάδες υπερτερούν οι γυναίκες (94,1% στην ομάδα παρέμβασης και 89,5% στην ομάδα σύγκρισης) και από την εφαρμογή του κριτηρίου χ^2 συμπεραίνουμε ότι τα ποσοστά των δύο φύλων δεν διαφέρουν στις δύο ομάδες εφόσον $\chi^2 (1)=0,253$ και $p\text{-value}=0,615$.

Πίνακας 11. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του συνολικού δείγματος ως προς την ομάδα και την ειδικότητα και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ειδικότητα	Ομάδα	
Ομάδα	Παρέμβασης	Σύγκρισης
Ψυχολόγοι	7 (36,8%)	7 (41,2%)
Επισκέπτες-τριες υγείας	6 (31,6%)	6 (35,3%)
Νοσηλεύτριες	4 (21,1%)	3 (17,6%)
Λογοθεραπευτές-τριες	1 (5,3%)	0 (0,0%)
Κοινωνικοί λειτουργοί	1 (5,3%)	1 (5,9%)

$\chi^2 (2)=1,035, df = 4. \quad p > 0,05$

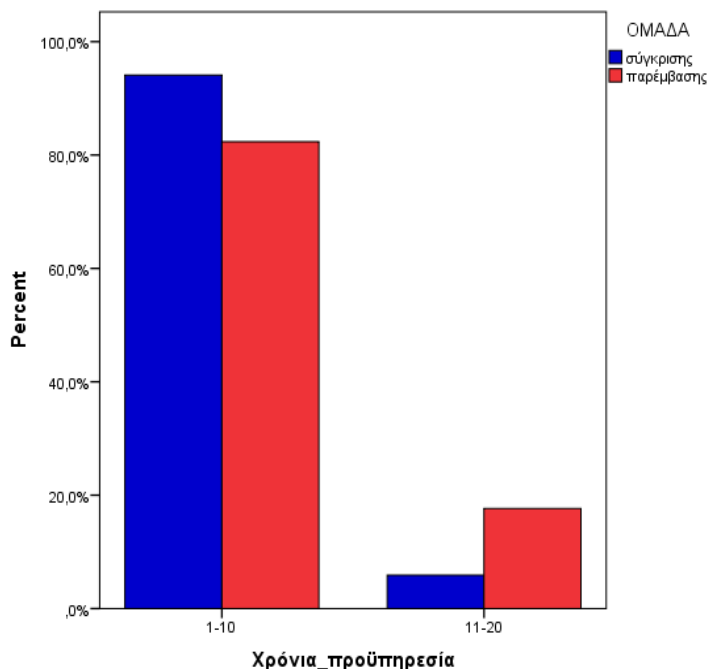


Σχήμα 11. Ακιδωτό γράφημα για το ποσοστό των ειδικοτήτων ως προς την ομάδα.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι από την ομάδα παρέμβασης είναι ψυχολόγοι (36,8%) και το ίδιο ισχύει και για την ομάδα σύγκρισης (41,2%). Ακολουθούν και στις δύο ομάδες οι επισκέπτες-τριες υγείας με ποσοστό 31,6% στην ομάδα παρέμβασης και 35,3% στην ομάδα σύγκρισης. Η μόνη διαφορά εντοπίζεται στους λογοθεραπευτές-τριες, αφού η ομάδα παρέμβασης έχει μία λογοθεραπεύτρια, ενώ η ομάδα σύγκρισης κανένα. Εφαρμόζοντας το χ^2 κριτήριο συμπεραίνουμε ότι τα ποσοστά των ειδικοτήτων στις δύο ομάδες (παρέμβασης και σύγκρισης) δε διαφέρουν με $\chi^2(2) = 1,035$ και $p\text{-value} = 0,904$.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα του κριτηρίου Mann-Whitney για τα περιγραφικά δεδομένα των ετών προϋπηρεσίας ανά ομάδα.

	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z- τιμή	p- value
Έτη προϋπηρεσίας	5,41	4,71	-0,157	0,875



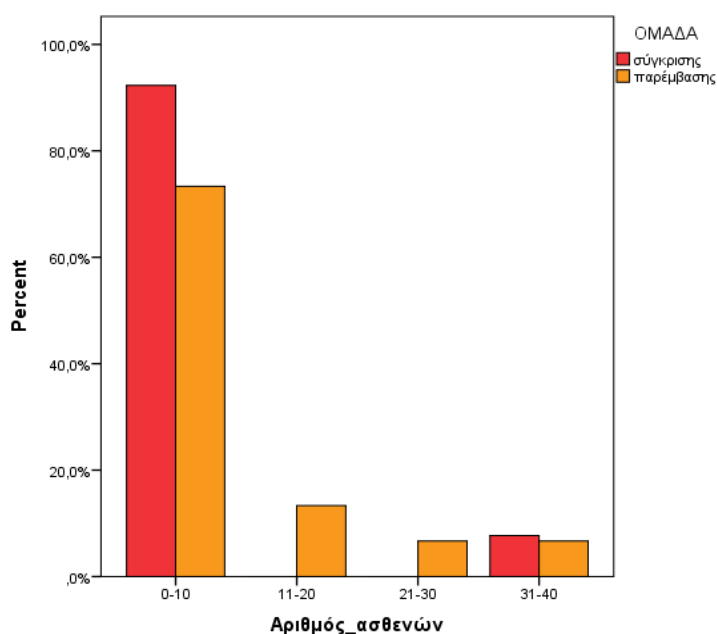
Σχήμα 12. Ακιδωτό γράφημα για το ποσοστό των ετών προϋπηρεσίας ως προς την ομάδα.

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των δύο ομάδων (παρέμβασης και σύγκρισης) όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας με $p\text{-value} = 0,875$.

Πίνακας 13. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του συνολικού δείγματος ως προς την ομάδα και τον αριθμό των ασθενών και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ασθενείς/ημέρα	Ομάδα	
	Παρέμβασης	Σύγκρισης
0-10	11 (73,3%)	12 (92,3%)
11-20	2 (13,3%)	0 (0,0%)
21-30	1 (6,7%)	0 (0,0%)
31-40	1 (6,7%)	1 (7,7%)

$$\chi^2(3) = 2,915, df = 3. p > 0,05$$



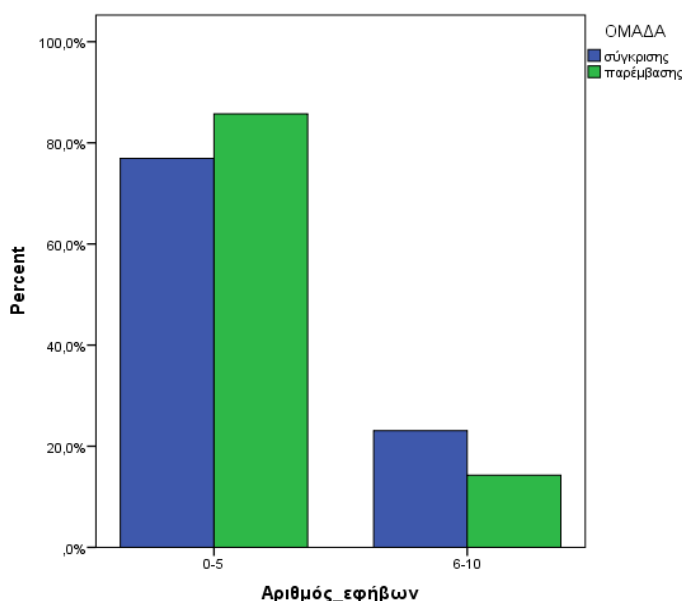
Σχήμα 13. Ακιδωτό γράφημα για το ποσοστό του αριθμού των ασθενών ως προς την ομάδα.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία τόσο των ατόμων από την ομάδα παρέμβασης (το 73,3%) όσο και από την ομάδα σύγκρισης (το 92,3%) εξετάζουν 0 με 10 ασθενείς την ημέρα. Εφαρμόζοντας το χ^2 κριτήριο συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του αριθμού των ασθενών και των ομάδων με $\chi^2(3)=2,915$ και $p\text{-value}=0,405$.

Πίνακας 14 . Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του συνολικού δείγματος ως προς την ομάδα και τον αριθμό των εφήβων και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Φύλο	Ομάδα	
	Παρέμβασης	Σύγκρισης
Ομάδα		
0-5	12 (85,7%)	10 (76,9%)
6-10	2 (14,3%)	3 (23,1%)

$\chi^2(4)=0,345, df=1. p > 0,05$



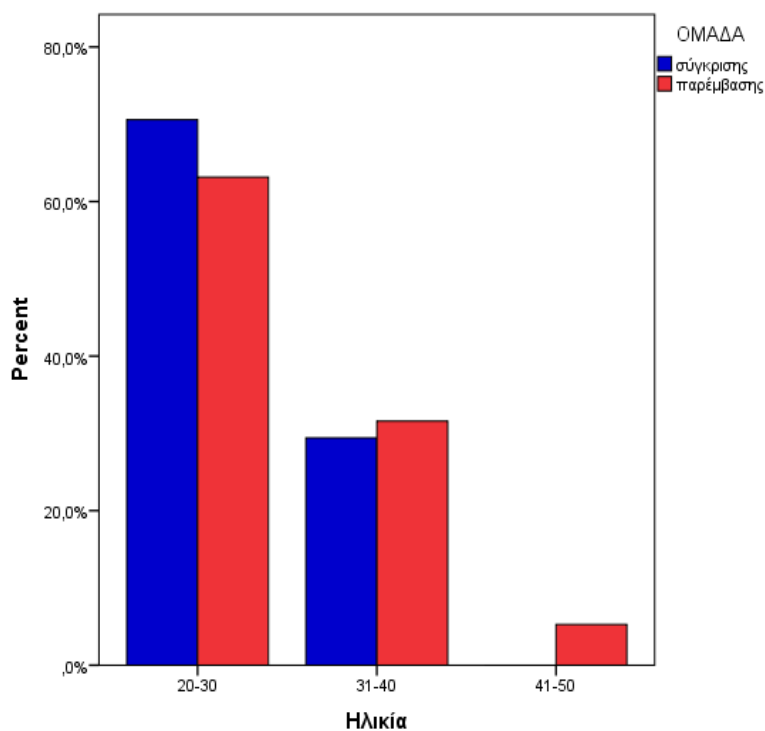
Σχήμα 14. Ακιδωτό γράφημα για το ποσοστό του αριθμού των εφήβων ως προς την ομάδα.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία τόσο των ατόμων από την ομάδα παρέμβασης (το 85,7%) όσο και από την ομάδα σύγκρισης (το 76,9%) εξετάζουν 0 με 5 εφήβους την ημέρα. Εφαρμόζοντας το χ^2 κριτήριο συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει διαφορά στα ποσοστά του αριθμού των εφήβων που

εξετάζουν οι επαγγελματίες υγείας καθημερινά στις δύο ομάδες με $\chi^2(4)=0,345$ και $p\text{-value}=0,557$.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα του t- κριτηρίου για τα περιγραφικά δεδομένα της ηλικίας ανά ομάδα.

	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	t- τιμή	p- value
Ηλικία	29,21	28,65	-0,312	0,757



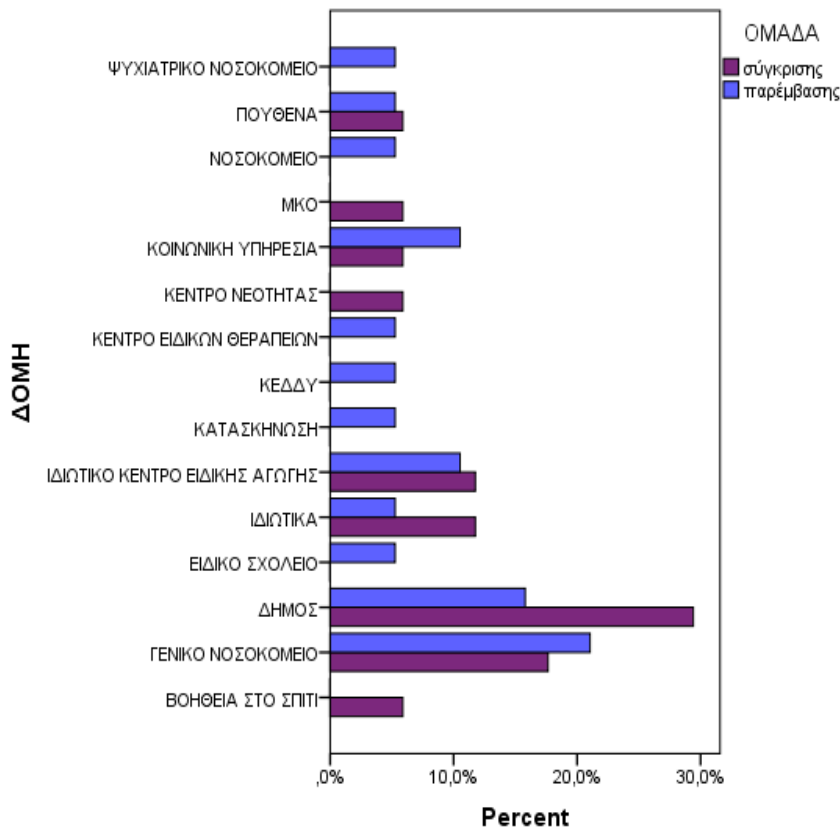
Σχήμα 15. Ακιδωτό γράφημα για ποσοστό των ηλικιακών ομάδων ως προς την ομάδα.

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των δύο ομάδων (παρέμβασης και σύγκρισης) όσον αφορά την ηλικία με $p\text{-value}= 0,757$.

Πίνακας 16. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του συνολικού δείγματος ως προς την ομάδα και τις δομές/υπηρεσίες εργασίας και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ειδικότητα Ομάδα	Ομάδα	
	Παρέμβασης	Σύγκρισης
Βοήθεια στο σπίτι	0 (0,0%)	1 (5,9%)
Δήμος	3 (15,8%)	5 (29,4%)
Ειδικό σχολείο	1 (5,3%)	0 (0,0%)
Ιδιωτικά	1 (5,3%)	2 (11,8%)
Ιδιωτικό κέντρο ειδικής αγωγής	2 (10,5%)	2 (11,8%)
Κατασκήνωση	1 (5,3%)	0 (0,0%)
ΚΕΔΔΥ	1 (5,3%)	0 (0,0%)
Κέντρο ειδικών θεραπειών	1 (5,3%)	0 (0,0%)
Κέντρο νεότητας	0 (0,0%)	1(5,9%)
Κοινωνική Υπηρεσία	2 (10,5%)	1 (5,9%)
ΜΚΟ	0 (0,0%)	1(5,9%)
Γενικό Νοσοκομείο	5 (26,3%)	3 (17,6%)
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	1 (5,3%)	0 (0,0%)
Πουθενά	1(5,3%)	1 (5,9%)

$\chi^2(5)=9,585$, $df = 13$. $p >0,05$



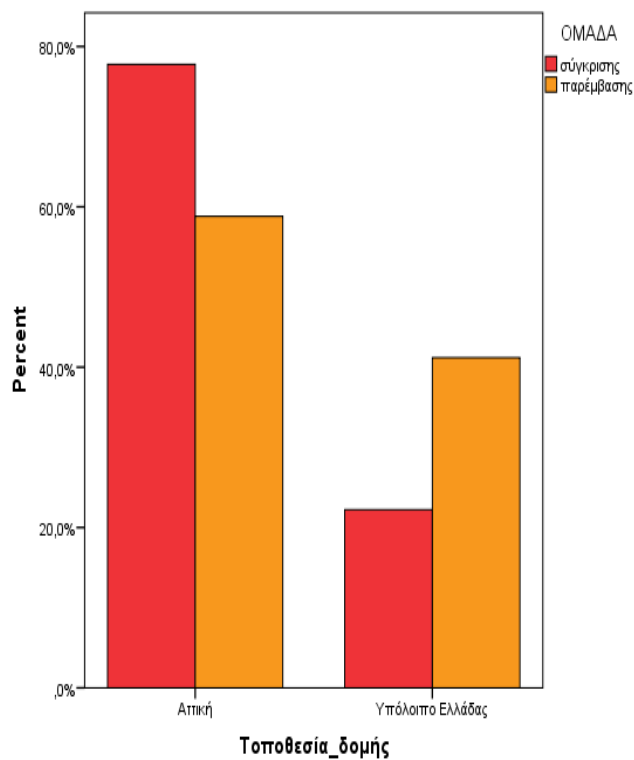
Σχήμα 19. Ακιδωτό γράφημα για το ποσοστό των δομών εργασίας ως προς την ομάδα.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας παρέμβασης εργάζεται στο δήμο σε 29,4%, με το αντίστοιχο στην ομάδα σύγκρισης να είναι 15,8%. Το μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας σύγκρισης, όμως, απασχολείται σε γενικά νοσοκομεία (26,3%). Το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα παρέμβασης είναι 17,6%. Παρόλα αυτά τα ποσοστά των δομών που εργάζονται οι συμμετέχοντες-ουσες δε διαφέρουν ανάμεσα στις δύο ομάδες με $\chi^2 (5) = 9,585$ και $p\text{-value} = 0,727$.

Πίνακας 17. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του συνολικού δείγματος ως προς την ομάδα και την περιοχή των δομών/υπηρεσιών εργασίας και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Περιοχή δομής	Ομάδα	
	Παρέμβασης	Σύγκρισης
Αττική	10 (58,8%)	12 (75%)
Υπόλοιπο Ελλάδα	7 (41,2%)	4 (25%)

$\chi^2(6)= 0,971, df = 1. p= 0,325$



Σχήμα 20. Ακιδωτό γράφημα για το ποσοστό των τοποθεσιών των δομών εργασίας ως προς την ομάδα.

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα το 58,8% των δομών όπου εργάζονται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης, βρίσκεται στην Αττική, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα σύγκρισης είναι 75%. Για την υπόλοιπη Ελλάδα το ποσοστό στην ομάδα παρέμβασης είναι 41,2% και για την ομάδα σύγκρισης 25%. Δεν παρατηρούνται, λοιπόν, διαφορές στα ποσοστά ανάμεσα στις δύο ομάδες με $\chi^2(6)= 0,971$ και $p\text{-value}= 0,325$.

Αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας για το ρόλο τους στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης

Αρχικά διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο τους στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης.

Οι ερωτήσεις ήταν σε κλίμακα Likert από 1 έως 5, οπότε στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας) υπολογίζεται ο μέσος όρος των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης υπολογίζονται οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (παρέμβασης και σύγκρισης) πριν την παρέμβαση (Πίνακας 17) και οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες μετά την παρέμβαση (Πίνακας 18) με τον μη- παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney γιατί οι μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Υπολογίζεται, ακόμη, το αν υπάρχουν διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση στην κάθε ομάδα ξεχωριστά (σύγκρισης και παρέμβασης) (Πίνακες 19, 20) με τον μη- παραμετρικό έλεγχο Wilcoxon, γιατί οι μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή.

Με έντονους χαρακτήρες σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 18. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς τον αντιλαμβανόμενο ρόλο τους στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως) – 5 (συμφωνώ απολύτως). Στοιχεία πριν την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z-τιμή	Sig. (p-value)
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη.	4,26	4,47	-0,612	0,594
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό.	4,32	4,24	-0,143	0,900
Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.	3,42	3,47	-0,841	0,471
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη.	3,58	3,47	-0,641	0,594
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας.	3,21	3,35	-0,813	0,490
Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.	1,74	2,18	-1,742	0,114
Αντιλήψεις σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην	3,84	3,88	-0,261	0,802

αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης.

Αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό τους περιβάλλον.	2,58	2,68	-0,799	0,471
--	------	------	--------	-------

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται σαφές ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα σύγκρισης και στην ομάδα παρέμβασης όσον αφορά τις αντιλήψεις τους για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης.

Πίνακας 19. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς τον αντιλαμβανόμενο ρόλο τους στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως) – 5 (συμφωνώ απολύτως) . Στοιχεία μετά την παρέμβαση.*

Δήλωση	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z-τιμή	Sig. (p-value)
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη.	4,79	4,47	-1,961	0,050
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό.	4,74	4,29	-2,205	0,027

Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.	4,11	3,29	-3,000	0,003
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη.	3,89	3,59	-1,816	0,069
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας.	3,84	3,41	-2,371	0,018
Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.	3,11	2,13	-3,276	0,010
Αντιλήψεις σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης.	4,32	3,94	-2,380	0,017
Αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό τους περιβάλλον	3,61	2,69	-3,339	0,010

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνονται τα εξής:

- Η συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα αύξησε την αντίληψη των συμμετεχόντων ως προς το αν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη. Συγκεκριμένα η ομάδα παρέμβασης συμφωνεί περισσότερο με την παραπάνω άποψη (μ.ο.=4,79) σε

σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.=4,47), με $z = -1,961$ και $p\text{-value} = 0,05$.

- Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες εμφανίζεται και στην ερώτηση για το αν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό. Συγκεκριμένα η ομάδα παρέμβασης συμφωνεί περισσότερο (μ.ο.= 4,74) σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 4,29), με $z = -2,205$ και $p\text{-value} = 0,027$.
- Στην επόμενη ερώτηση, επίσης, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά. Η ομάδα παρέμβασης συμφωνεί περισσότερο με το ότι μπορεί να αναγνωρίσει αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό της περιβάλλον (μ.ο.= 4,11) σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 3,29), με $z = -3$ και $p\text{-value} = 0,003$.
- Ακόμη, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται και στην αντίληψή τους για το αν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας. Η ομάδα παρέμβασης συμφωνεί περισσότερο με τα παραπάνω (μ.ο.= 3,84) και λιγότερο η ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 3,41), με $z = -2,371$ και $p\text{-value} = 0,018$.
- Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται και στο αν πιστεύουν ότι μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό τους περιβάλλον. Η ομάδα παρέμβασης εμφανίζει μεγαλύτερα επίπεδα συμφωνίας (μ.ο.= 3,11) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,13), με $z = -3,276$ και $p\text{-value} = 0,01$.
- Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζουν και οι αντιλήψεις των δύο ομάδων σχετικά με το ρόλο τους στην αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης («Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη», «Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό», «Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη», «Οι

επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας»). Η ομάδα παρέμβασης συμφωνεί σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο.= 4,32) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 3,94), με $z = -2,380$ και $p\text{-value} = 0,017$.

- Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες παρουσιάζουν και οι αντιλήψεις τους σχετικά με την ικανότητα τους να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό τους περιβάλλον («Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον», «Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον»). Η ομάδα παρέμβασης συμφωνεί περισσότερο με τα παραπάνω (μ.ο.= 3,61) σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,69), με $z = -3,339$ και $p\text{-value} = 0,01$

Πίνακας 20. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως) – 5 (συμφωνώ απολύτως) όσον αφορά τις αντιλήψεις τους σχετικά με τον ρόλο τους στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα παρέμβασης (N=19) πριν και μετά την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z-τιμή	Sig. (p-value)
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη.	4,26	4,79	-2,640	0,008
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό.	4,32	4,74	-2,530	0,011
Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου	3,42	4,11	-2,804	0,005

περιβάλλον.

Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη.	3,58	3,89	-2,121	0,034
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας.	3,21	3,84	-3,207	0,001
Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.	1,74	2,13	-3,363	0,001
Αντιλήψεις σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης	3,84	4,32	-3,078	0,002
Αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό περιβάλλον	2,58	3,61	-3,337	0,001
*Ελεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.				

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνονται τα εξής για την ομάδα παρέμβασης:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντίληψή τους για το αν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη. Μετά την παρέμβαση οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν περισσότερο με την παραπάνω άποψη (μ.ο=4,79) σε σύγκριση με την αντίληψή του πριν την παρέμβαση (μ.ο.= 4,26), με $z = -2,640$ και $p\text{-value} = 0,008$.

- Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται και στην αντίληψή τους για το αν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό, με $z = -2,530$ και $p\text{-value} = 0,011$. Η ομάδα παρέμβασης παρουσιάζει μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας μετά την παρέμβαση ($\mu.o. = 4,74$) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση ($\mu.o. = 4,32$).
- Ακόμη, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στην αντίληψή της ομάδας παρέμβασης για το αν μπορεί να αναγνωρίσει αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό της περιβάλλον, με $z = -2,804$ και $p\text{-value} = 0,005$. Πριν την παρέμβαση παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό συμφωνίας ($\mu.o. = 3,42$) σε σύγκριση με το μετά την παρέμβαση ($\mu.o. = 4,11$).
- Η επόμενη ερώτηση για το αν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη, παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά, με $z = -2,121$ και $p\text{-value} = 0,034$. Μετά την παρέμβαση έχει αυξηθεί ο βαθμός συμφωνίας ($\mu.o. = 3,89$) σε σύγκριση με τον πριν την παρέμβαση ($\mu.o. = 3,58$).
- Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει και στην αντίληψή τους για το αν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχικής υγείας, με $z = -3,207$ και $p\text{-value} = 0,001$. Μετά την παρέμβαση η ομάδα παρέμβασης συμφωνεί περισσότερο ($\mu.o. = 3,84$) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση ($\mu.o. = 3,21$).
- Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται και στην αντίληψή τους για το αν μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό τους περιβάλλον, με $z = -3,363$ και $p\text{-value} = 0,001$. Μετά την παρέμβαση έχει αυξηθεί ο βαθμός συμφωνίας ($\mu.o. = 2,13$) σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση ($\mu.o. = 1,74$).
- Ακόμη, στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται στις αντιλήψεις σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης («Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη»),

«Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό», «Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη», «Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας») πριν και μετά την παρέμβαση, με $z = -3,078$ και $p\text{-value} = 0,002$. Συγκεκριμένα μετά την παρέμβαση συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι εμπίπτει στο ρόλο τους ($\mu.o. = 4,32$) σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση ($\mu.o. = 3,84$).

- Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζουν και οι αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό περιβάλλον («Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον», «Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον»), με $z = -3,337$ και $p\text{-value} = 0,001$. Συγκεκριμένα η ομάδα παρέμβασης συμφωνούν περισσότερο με τα παραπάνω μετά την παρέμβαση ($\mu.o. = 3,61$) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση ($\mu.o. = 2,58$).

Πίνακας 21. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως) όσον αφορά τις αντιλήψεις τους σχετικά με τον ρόλο τους στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα σύγκρισης (N=17) πριν και μετά την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z-τιμή	Sig. (p- value)
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη.	4,47	4,47	0,000	1,000

Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό.	4,24	4,29	-0,447	0,655
Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.	3,18	3,29	-1,000	0,317
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη.	3,47	3,59	-1,414	0,157
Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχικής υγείας.	3,35	3,41	-1,000	0,317
Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.	2,18	2,13	0,000	1,000
Αντιλήψεις σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης	3,88	3,94	-1,414	0,157
Αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης στο επαγγελματικό περιβάλλον	2,68	2,69	-0,520	0,603

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.

Όπως συμπεραίνεται από τον παραπάνω πίνακα, δεν παρουσιάζεται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα ελέγχου όσον αφορά τις αντιλήψεις τους

για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης πριν και μετά την παρέμβαση.

Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης.

Επίσης διερευνήθηκε το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται προετοιμασμένοι να αναγνωρίσουν εφήβους που ίσως πάσχουν από κατάθλιψη.

Οι ερωτήσεις ήταν σε κλίμακα Likert από 1 έως 5, οπότε στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 22) υπολογίζεται ο μέσος όρος των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης υπολογίζονται οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (παρέμβασης και σύγκρισης) πριν την παρέμβαση (Πίνακες 21, 22) και οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες μετά την παρέμβαση (Πίνακες 23, 24). Για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη- παραμετρικός έλεγχος Mann- Whitney ενώ για τις μεταβλητές που ακολουθούν κανονική κατανομή ο παραμετρικός έλεγχος student t- test.

Υπολογίζεται, ακόμη, το αν υπάρχουν διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση στην κάθε ομάδα ξεχωριστά (σύγκρισης και παρέμβασης). Για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη- παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, ενώ για τις μεταβλητές που ακολουθούν κανονική κατανομή ο παραμετρικός έλεγχος student t-test ανά ζεύγη (Πίνακες 25- 28).

Με έντονους χαρακτήρες σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 22. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως). Στοιχεία πριν την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z-τιμή	Sig. (p-value)
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να κάνω διαλογή για εφηβική κατάθλιψη.	2,74	2,12	-1,935	0,053
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διαγνώσω εφήβους με κατάθλιψη.	2,58	2,29	-0,724	0,469
Ξέρω πότε να παραπέμψω εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας.	3,26	2,53	-2,304	0,021
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διακρίνω εφήβους που αυτοτραυματίζονται αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί.	2,58	2,12	-1,386	0,166
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να αξιολογήσω αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή.	2,58	2,12	-1,282	0,200

*Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney.

Από τον παραπάνω πίνακα είναι σαφές ότι εντοπίζεται μία μόνο στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ανάμεσα στις δύο ομάδες, για το δείκτη του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης πριν την παρέμβαση. Συγκεκριμένα η ομάδα παρέμβασης παρουσιάζεται να συμφωνεί περισσότερο με το ότι ξέρει να παραπέμψει εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας (μ.ο.= 3,26) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,53), με $z = -2,304$ και $p\text{-value} = 0,021$.

*Πίνακας 23. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως). Στοιχεία πριν την παρέμβαση**

	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	t- τιμή	p- value
Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας (συνολικός δείκτης)	2,75	2,24	-1,957	0,059

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία t- test ανεξάρτητων δειγμάτων.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι δεν παρουσιάζεται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ανάμεσα στις δύο ομάδες, όσον αφορά το δείκτη του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας, πριν την παρέμβαση.

Πίνακας 24. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως). Στοιχεία μετά την παρέμβαση.*

Δήλωση	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z-τιμή	Sig. (p- value)
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να κάνω διαλογή για εφηβική κατάθλιψη.	3,84	2,59	-4,188	0,000
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διαγνώσω εφήβους με κατάθλιψη.	3,63	2,53	-3,440	0,001
Ξέρω πότε να παραπέμψω εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας.	4,05	2,82	-3,264	0,001

Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διακρίνω εφήβους που αυτοτραυματίζονται αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί.	3,26	2,41	-2,665	0,008
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να αξιολογήσω αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή.	3,58	2,47	-3,324	0,001

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι μετά την παρέμβαση παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα:

- Η ομάδα παρέμβασης αισθάνεται περισσότερο προετοιμασμένη να κάνει διαλογή για εφηβική κατάθλιψη (μ.ο.= 3,84) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,59), με $z = -4,188$ και $p\text{-value} = 0,000$.
- Η ομάδα παρέμβασης αισθάνεται πιο προετοιμασμένη να διαγνώσει εφήβους με κατάθλιψη (μ.ο.= 3,63) σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,53), με $z = -3,440$ και $p\text{-value} = 0,001$.
- Τα άτομα της ομάδας παρέμβασης δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι ξέρουν πότε να παραπέμψουν εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας (μ.ο.= 4,06) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,82), με $z = -3,264$ και $p\text{-value} = 0,001$.
- Επίσης, η ομάδα παρέμβασης δηλώνει περισσότερο προετοιμασμένη να διακρίνει εφήβους που αυτοτραυματίζονται, αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί (μ.ο.= 3,26) σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,41), με $z = -2,665$ και $p\text{-value} = 0,008$.
- Τέλος, η ομάδα σύγκρισης είναι λιγότερο προετοιμασμένη να αξιολογήσει αν ένας έφηβος είναι αυτοκτονικός (μ.ο.= 2,47) συγκριτικά με την ομάδα παρέμβασης (μ.ο.= 3,58), με $z = -3,324$ και $p\text{-value} = 0,001$.

Πίνακας 25. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως). Στοιχεία μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος παρέμβασης	Μέσος όρος σύγκρισης	t- τιμή	p- value
Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας (συνολικός δείκτης)	3,67	2,56	-4,709	0,000

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία t- test ανεξάρτητων δειγμάτων.

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται φανερό ότι ο δείκτης του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες πριν και μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, γενικά η ομάδα παρέμβασης παρουσιάζεται να έχει υψηλότερο αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας (μ.ο.= 3,67) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,56), με $t = -4,709$ και $p\text{-value} = 0,000$.

Πίνακας 26. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως) όσον αφορά το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα παρέμβασης (N=19) πριν και μετά την παρέμβαση.

Δήλωση	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z-τιμή	Sig. (p- value)
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να κάνω διαλογή για εφηβική κατάθλιψη.	2,74	3,84	-3,520	0,000
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διαγνώσω εφήβους με κατάθλιψη.	2,58	3,63	-3,542	0,000

Ξέρω πότε να παραπέμψω εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας.	3,26	4,05	-3,419	0,001
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διακρίνω εφήβους που αυτοτραυματίζονται αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί.	2,58	3,26	-3,357	0,001
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να αξιολογήσω αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή.	2,58	3,58	-3,416	0,001

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ομάδα παρέμβασης πριν και μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα:

- Μετά την παρέμβαση η ομάδα παρέμβασης αισθάνεται περισσότερο προετοιμασμένη να κάνει διαλογή για εφηβική κατάθλιψη (μ.ο.= 3,84) συγκριτικά με πριν (μ.ο.= 2,74), με $z = -3,520$ και $p\text{-value} = 0,000$.
- Επίσης, μετά την παρέμβαση τα άτομα της ομάδας παρέμβασης δηλώνουν πιο προετοιμασμένα να διαγνώσουν εφήβους με κατάθλιψη (μ.ο.= 3,63) σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση (μ.ο.= 2,58), με $z = -3,542$ και $p\text{-value} = 0,000$.
- Ακόμη, ξέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό πότε να παραπέμψουν εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 4,05) συγκριτικά με πριν (μ.ο.= 3,26), με $z = -3,357$ και $p\text{-value} = 0,001$.
- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει περισσότερο προετοιμασμένη να διακρίνει εφήβους που αυτοτραυματίζονται, αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί, σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 3,26) σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση (μ.ο.= 2,58), με $z = -3,357$ και $p\text{-value} = 0,001$.
- Τέλος, δηλώνουν ότι αισθάνονται πιο προετοιμασμένοι να αξιολογήσουν αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 3,58) συγκριτικά με πριν (μ.ο.= 2,58), με $z = -3,416$ και $p\text{-value} = 0,001$.

Πίνακας 27. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως) όσον αφορά το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα παρέμβασης (N=19) πριν και μετά την παρέμβαση.

	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	t- τιμή	p- value
Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας (συνολικός δείκτης)	2,75	3,67	-9,214	0,000

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία paired t- test

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους στην ομάδα παρέμβασης πριν και μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα τα άτομα της ομάδας παρέμβασης φαίνεται να αισθάνονται ότι έχουν μεγαλύτερο αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 3,76) συγκριτικά με πριν (μ.ο.= 2,75), με $t = -9,214$ και $p\text{-value} = 0,000$.

Πίνακας 28. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως) όσον αφορά το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα σύγκρισης (N=17) πριν και μετά την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z-τιμή	Sig. (p- value)
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να κάνω διαλογή για εφηβική κατάθλιψη.	2,12	2,59	-1,809	0,70
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διαγνώσω εφήβους με κατάθλιψη.	2,58	2,53	-0,850	0,395
Ξέρω πότε να παραπέμψω εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας.	2,53	2,82	-1,186	0,236

Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διακρίνω εφήβους που αυτοτραυματίζονται αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί.	2,12	2,41	-1,667	0,096
Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να αξιολογήσω αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή.	2,12	2,47	-1,511	0,131

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους της ομάδας σύγκρισης πριν και μετά την παρέμβαση όσον αφορά τους παράγοντες του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας.

Πίνακας 29. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απολύτως)- 5 (συμφωνώ απολύτως) όσον αφορά το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα σύγκρισης (N=17) πριν και μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	t- τιμή	p- value
Αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας (συνολικός δείκτης)	2,24	2,56	-1,635	0,121

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία paired t- test.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους του συνολικού δείκτη του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας πριν και μετά την παρέμβαση στην ομάδα σύγκρισης.

Πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης

Έπειτα ρωτήθηκαν για τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν οι ίδιοι ως επαγγελματίες υγείας.

Οι ερωτήσεις ήταν σε κλίμακα Likert από 1 έως 5, οπότε στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας) υπολογίζεται ο μέσος όρος των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης υπολογίζονται οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (σύγκρισης και παρέμβασης) πριν την παρέμβαση (Πίνακας 29) και οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες μετά την παρέμβαση (Πίνακας 30, 31). Για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη- παραμετρικός έλεγχος Mann- Whitney ενώ για τις μεταβλητές που ακολουθούν την κανονική κατανομή ο παραμετρικός έλεγχος student t- test.

Υπολογίζεται, ακόμη, το αν υπάρχουν διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση στην κάθε ομάδα ξεχωριστά (σύγκρισης και παρέμβασης) με τον μη- παραμετρικό έλεγχο Wilcoxon για όσες μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή και ο παραμετρικός έλεγχος student t- test ανά ζεύγη για όσες μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή (Πίνακας 32- 35).

Με έντονους χαρακτήρες σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 30. Απαντήσεις ομάδων σύγκρισης και παρέμβασης ως προς τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα). Στοιχεία πριν την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z-τιμή	Sig. (p-value)
Χρησιμοποιώ ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή.	2,21	2,29	-0,232	0,816
Παίρνω ψυχοκοινωνικό ιστορικό.	3,26	3,35	-0,520	0,603
Κάνω κλινική παρατήρηση/συνολική εκτίμηση.	3,63	3,47	-0,115	0,909
Παραπέμπω σε ψυχίατρο.	2,79	2,18	-2,105	0,035
Παραπέμπω σε ειδικό ψυχικής υγείας.	3,32	2,59	-2,142	0,032
Συνολικός δείκτης πρακτικών αναγνώρισης	3,04	2,78	-0,902	0,376

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι γενικά δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες πριν την παρέμβαση, εκτός από δύο εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα:

- Η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να παραπέμπει πιο συχνά σε ψυχίατρο (μ.ο.= 2,79) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,18), με $z = -2,105$ και $p\text{-value} = 0,035$.
- Ακόμη, η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να παραπέμπει πιο συχνά σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (μ.ο.= 3,32) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,59), με $z = -2,142$ και $p\text{-value} = 0,032$.

Πίνακας 31. Απαντήσεις ομάδων σύγκρισης και παρέμβασης ως προς τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα). Στοιχεία μετά την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z-τιμή	Sig. (p-value)
Χρησιμοποιώ ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή.	3,79	2,12	-3,648	0,000
Παίρνω ψυχοκοινωνικό ιστορικό.	4,26	3,18	-2,822	0,005
Κάνω κλινική παρατήρηση/συνολική εκτίμηση.	4,37	3,29	-2,888	0,004
Παραπέμπω σε ψυχίατρο.	3,84	2,24	-4,012	0,000
Παραπέμπω σε ειδικό ψυχικής υγείας.	4,21	2,76	-3,837	0,000

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι σε όλους τους παράγοντες των πρακτικών διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα σύγκρισης μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα:

- Η ομάδα παρέμβασης χρησιμοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 3,79) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,12), με $z = -3,648$ και $p\text{-value} = 0,000$.
- Η ομάδα παρέμβασης παίρνει ψυχοκοινωνικό ιστορικό σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 4,26) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,71), με $z = -2,822$ και $p\text{-value} = 0,005$.
- Επίσης, η ομάδα παρέμβασης κάνει κλινική παρατήρηση και συνολική εκτίμηση σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 4,37) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 3,29), με $z = -2,888$ και $p\text{-value} = 0,004$.

- Η ομάδα παρέμβασης παραπέμπει σε ψυχίατρο σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 3,84) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,24), με $z = -4,012$ και $p\text{-value} = 0,000$.
- Τέλος, η ομάδα παρέμβασης παραπέμπει σε ειδικό ψυχικής υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 4,21) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,76), με $z = -3,837$ και $p\text{-value} = 0,000$.

Πίνακας 32. Απαντήσεις ομάδων σύγκρισης και παρέμβασης ως προς τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα). Στοιχεία μετά την παρέμβαση.*

	Μέσος όρος παρέμβασης	Μέσος όρος σύγκρισης	t- τιμή	p- value
Πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης (συνολικός δείκτης)	4,09	2,72	-5,176	0,000

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία t- test ανεξάρτητων δειγμάτων.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι ο συνολικός δείκτης των πρακτικών αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ανάμεσα στις δύο ομάδες μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να χρησιμοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό τις πρακτικές αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης (μ.ο.= 4,09) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,62) μετά την παρέμβαση, με $t = -5,985$ και $p\text{-value} = 0,000$.

Πίνακας 33. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν. Ομάδα παρέμβασης (N=19) πριν και μετά την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z-τιμή	Sig. (p-value)
Χρησιμοποιώ ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή.	2,21	3,79	-3,572	0,000
Παίρνω ψυχοκοινωνικό ιστορικό.	3,26	4,26	-3,305	0,001
Κάνω κλινική παρατήρηση/συνολική εκτίμηση.	3,63	4,37	-2,098	0,036
Παραπέμπω σε ψυχίατρο.	2,79	3,84	-3,440	0,001
Παραπέμπω σε ειδικό ψυχικής υγείας.	3,32	4,21	-2,857	0,004

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι μετά την παρέμβαση υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους στην ομάδα παρέμβασης μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα:

- Η ομάδα παρέμβασης μετά την παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος χρησιμοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή (μ.ο.=3,79) συγκριτικά με πριν (μ.ο.= 2,21), με $z = -3,572$ και $p\text{-value} = 0,000$.
- Η ομάδα παρέμβασης μετά την παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος παίρνει σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχοκοινωνικό ιστορικό (μ.ο.= 4,26) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση (μ.ο.= 3,26), με $z = -3,305$ και $p\text{-value} = 0,000$.
- Η ομάδα παρέμβασης μετά την παρέμβαση δηλώνει ότι κάνει κλινική παρατήρηση και συνολική εκτίμηση σε μεγαλύτερο βαθμό (μ.ο.= 4,37) σε

σύγκριση με πριν την παρέμβαση ($\mu.o.= 3,63$), με $z= -2,098$ και $p\text{-value}= 0,036$.

- Η ομάδα παρέμβασης παραπέμπει σε μεγαλύτερο βαθμό σε ψυχίατρο μετά την παρέμβαση ($\mu.o.= 3,84$) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση ($\mu.o.= 2,79$), με $z= -3,440$ και $p\text{-value}= 0,001$.
- Τέλος, η ομάδα παρέμβασης παραπέμπει σε μεγαλύτερο βαθμό σε ειδικό για την ψυχική υγεία μετά την παρέμβαση ($\mu.o.= 4,21$) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση ($\mu.o.= 3,32$), με $z= -2,857$ και $p\text{-value}= 0,004$.

Πίνακας 34. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν. Ομάδα παρέμβασης (N=19) πριν και μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	t- τιμή	p- value
Πρακτικές αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης (συνολικός δείκτης)	3,04	4,09	-5,680	0,000

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία paired t- test.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι στην ομάδα παρέμβασης παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους πριν και μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα μετά την παρέμβαση τα άτομα δηλώνουν ότι χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις συγκεκριμένες πρακτικές αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης ($\mu.o.= 4,09$) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση ($\mu.o.= 3,04$), με $t= -5,680$ και $p\text{-value}= 0,000$.

Πίνακας 35. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν. Ομάδα σύγκρισης (N=17) πριν και μετά την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z-τιμή	Sig. (p-value)
Χρησιμοποιώ ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή.	2,29	2,12	-1,342	0,180
Παίρνω ψυχοκοινωνικό ιστορικό.	3,35	3,18	-0,812	0,417
Κάνω κλινική παρατήρηση/συνολική εκτίμηση.	3,47	3,29	-1,134	0,257
Παραπέμπω σε ψυχίατρο.	2,18	2,24	-0,577	0,564
Παραπέμπω σε ειδικό ψυχικής υγείας.	2,29	2,12	-1,342	0,180

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται φανερό ότι δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους στην ομάδα σύγκρισης πριν και μετά την παρέμβαση όσον αφορά τις πρακτικές αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης.

Πίνακας 36. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης που χρησιμοποιούν. Ομάδα σύγκρισης (N=17) πριν και μετά την παρέμβαση*.

Δήλωση	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z-τιμή	Sig. (p-value)
Παραπέμπω σε ψυχίατρο.	2,18	2,24	-0,577	0,564
Πρακτικές αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης (συνολικός δείκτης)	2,78	2,80	0,735	0,473

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία paired t- test.

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους στην ομάδα σύγκρισης πριν και μετά την παρέμβαση.

Εμπόδια κατά την διαδικασία αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης

Επίσης διερευνήθηκαν τα εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διαδικασία αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης.

Οι ερωτήσεις ήταν σε κλίμακα Likert από 1 έως 5, οπότε υπολογίζεται ο μέσος όρος των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης υπολογίζονται οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (σύγκρισης και παρέμβασης) πριν την παρέμβαση (Πίνακας 36) και οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες μετά την παρέμβαση (Πίνακας 37, 38). Για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη- παραμετρικός έλεγχος Mann- Whitney ενώ για τις μεταβλητές που ακολουθούν κανονική κατανομή ο παραμετρικός έλεγχος student t- test.

Υπολογίζεται, ακόμη, το αν υπάρχουν διαφορές πριν και αμέσως μετά την παρέμβαση στην κάθε ομάδα ξεχωριστά (σύγκρισης και παρέμβασης). Για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη- παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon ενώ για τις μεταβλητές που ακολουθούν κανονική κατανομή ο παραμετρικός έλεγχος student t- test ανά ζεύγη (Πίνακας 39- 42).

Με έντονους χαρακτήρες σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 37. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (ποτέ) – 5 (σχεδόν πάντα). Στοιχεία πριν την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z- τιμή	Sig (p-value)
Ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί..	4,11	3,29	-2,352	0,019
Έλλειψη διαθέσιμων πόρων για παροχή υποστήριξης όταν διαπιστώνεται ότι ο/η έφηβος είναι αυτοκτονικός/ή.	3,74	3,06	-1,840	0,066
Μικρό ποσοστό εγγραμματοσύνης στους ασθενείς μου.	2,58	2,65	-0,120	0,905
Πολιτισμικό και γλωσσικό χάσμα.	2,79	2,35	-1,023	0,306
Ασάφεια στα όρια της εμπιστευτικότητας	2,68	2,35	-1,464	0,143
Δυσχέρεια στο να μιλάω για θέματα ψυχικής υγείας.	2,16	2,12	-0,168	0,867
Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής.	2,89	2,35	-2,224	0,026
Απουσία εκπαίδευσης.	3,06	3,05	-0,070	0,944
Έλλειψη χρόνου για διαλογή, συζήτηση των αποτελεσμάτων.	3,00	2,65	-1,085	0,278
Περιορισμένες δυνατότητες της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών.	3,37	2,88	-1,106	0,269
Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην δομή που εργάζομαι.	2,89	2,88	-0,033	0,974
Έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών.	3,42	3,12	-0,593	0,553
Τα ιατρικά ζητήματα είναι πιεστικότερα.	3,47	2,94	-1,288	0,198
Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι σημαντικότερα.	3,05	2,88	-0,252	0,801

Δεν γνωρίζω πού να παραπέμψω τους εφήβους σε τοπικό επίπεδο.	2,84	2,35	-1,476	0,140
Έλλειψη συνεργατικής φροντίδας.	2,53	2,76	-0,963	0,336
Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού που βοηθά τους γονείς και τους ασθενείς να συμμετέχουν στο διάλογο για την κατάθλιψη.	3,37	3,41	-0,196	0,844
Μεγάλη περίοδος αναμονής για παραπομπή σε δομές ψυχικής υγείας.	3,95	3,53	-1,201	-0,230
Εμπόδια (συνολικός δείκτης)	3,11	2,81	-0,873	0,382
Ατομικά εμπόδια (συνολικός δείκτης)	2,79	2,51	-1,501	0,133

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney.

Όπως γίνεται σαφές από τον παραπάνω πίνακα, παρουσιάζονται μόνο δύο στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα σύγκρισης όσον αφορά τα εμπόδια πριν την παρέμβαση. Συγκεκριμένα:

- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί, αποτελεί εμπόδιο στη διαδικασία αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης (μ.ο.= 4,11) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 3,29), με $z = -2,352$ και $p\text{-value} = 0,019$.
- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης στην ακρίβεια της διαλογής αποτελεί εμπόδιο στην αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης (μ.ο.= 2,89) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 2,35), με $z = -2,224$ και $p\text{-value} = 0,026$.

Πίνακας 38. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (ποτέ) – 5 (σχεδόν πάντα). Στοιχεία μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος ομάδας παρέμβασης	Μέσος όρος ομάδας σύγκρισης	z- τιμή	Sig (p-value)
Ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί..	4,21	3,35	-2,464	0,014
Έλλειψη διαθέσιμων πόρων για παροχή υποστήριξης όταν διαπιστώνεται ότι ο/η έφηβος είναι αυτοκτονικός/ή.	3,74	3,06	-1,840	0,066
Μικρό ποσοστό εγγραμματοσύνης στους ασθενείς μου.	2,58	2,65	-0,120	0,905
Πολιτισμικό και γλωσσικό χάσμα.	2,79	2,35	-1,464	0,143
Ασάφεια στα όρια της εμπιστευτικότητας	2,68	2,35	-1,023	0,306
Δυσχέρεια στο να μιλάω για θέματα ψυχικής υγείας.	2,16	2,12	-0,168	0,867
Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής.	2,74	2,35	-1,388	0,165
Απουσία εκπαίδευσης.	2,16	3,00	-3,230	0,001
Έλλειψη χρόνου για διαλογή, συζήτηση των αποτελεσμάτων.	2,84	2,65	-0,623	0,533
Περιορισμένες δυνατότητες της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών.	3,37	3,06	-1,244	0,214
Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην δομή που εργάζομαι.	2,74	3,00	-0,655	0,512
Έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών.	2,95	3,35	-1,030	0,303
Τα ιατρικά ζητήματα είναι πιεστικότερα.	3,32	2,94	-0,873	0,383
Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι σημαντικότερα.	3,11	3,00	-0,256	0,798
Δεν γνωρίζω πού να παραπέμψω τους	2,74	2,53	-0,678	0,498

εφήβους σε τοπικό επίπεδο.				
Έλλειψη συνεργατικής φροντίδας.	2,58	2,82	-0,640	0,522
Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού που βοηθά τους γονείς και τους ασθενείς να συμμετέχουν στο διάλογο για την κατάθλιψη.	3,53	3,47	-0,232	0,816
Μεγάλη περίοδος αναμονής για παραπομπή σε δομές ψυχικής υγείας.	4,05	3,41	-1,680	0,093

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Mann-Whitney.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι παρουσιάζονται μόνο δύο στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα:

- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί αποτελεί εμπόδιο στη διαδικασία αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης (μ.ο.= 4,21) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 3,35), με $z = -2,464$ και $p\text{-value} = 0,014$.
- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η απουσία εκπαίδευσης αποτελεί εμπόδιο στη διαδικασία αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης (μ.ο.= 2,16) συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης (μ.ο.= 3,00), με $z = -3,853$ και $p\text{-value} = 0,000$.

Πίνακας 39. Απαντήσεις ομάδων παρέμβασης και σύγκρισης ως προς τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης εκφρασμένο σε κλίμακα 1 (ποτέ) – 5 (σχεδόν πάντα). Στοιχεία μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος παρέμβασης	Μέσος όρος σύγκρισης	t- τιμή	p- value
Εμπόδια ατομικά	2,52	2,56	-0,245	0,808
Εμπόδια (συνολικός δείκτης)	3,01	2,91	-0,485	0,631

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία t- test ανεξάρτητων δειγμάτων.

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται σαφές ότι δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους συνολικούς δείκτες ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και την ομάδα σύγκρισης μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 40. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα παρέμβασης (N=19) πριν και μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z- τιμή	Sig (p-value)
Ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί..	4,11	4,21	-0,632	0,527
Έλλειψη διαθέσιμων πόρων για παροχή υποστήριξης, όταν διαπιστώνεται ότι ο/η έφηβος είναι αυτοκτονικός/ή.	3,74	3,74	0,000	1,000
Μικρό ποσοστό εγγραμματοσύνης στους ασθενείς μου.	2,58	2,82	-1,342	0,180
Πολιτισμικό και γλωσσικό χάσμα.	2,79	2,63	-1,732	0,083
Ασάφεια στα όρια της εμπιστευτικότητας	2,68	2,63	-1,890	0,059
Δυσχέρεια στο να μιλάω για θέματα ψυχικής υγείας.	2,16	2,11	-1,732	0,083
Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής.	2,89	2,74	-1,000	0,317
Απουσία εκπαίδευσης.	3,05	2,16	-3,092	0,002
Έλλειψη χρόνου για διαλογή, συζήτηση των αποτελεσμάτων.	3,00	2,84	-1,000	0,317
Περιορισμένες δυνατότητες της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών.	3,37	3,37	-0,333	0,739
Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην δομή που εργάζομαι.	2,89	2,74	-1,134	0,257
Έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών.	3,42	2,95	-2,000	0,046

Τα ιατρικά ζητήματα είναι πειστικότερα.	3,47	3,32	-0,812	0,417
Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι σημαντικότερα.	3,05	3,11	-0,333	0,739
Δεν γνωρίζω πού να παραπέμψω τους εφήβους σε τοπικό επίπεδο.	2,84	2,74	-0,359	0,719
Έλλειψη συνεργατικής φροντίδας.	2,53	2,58	-0,378	0,705
Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού που βοηθά τους γονείς και τους ασθενείς να συμμετέχουν στο διάλογο για την κατάθλιψη.	3,37	3,53	-1,134	0,257
Μεγάλη περίοδος αναμονής για παραπομπή σε δομές ψυχικής υγείας.	3,95	3,41	-0,707	0,480
Εμπόδια ατομικά (συνολικός δείκτης)	2,79	2,52	-2,803	0,005

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.

Όπως συμπεραίνεται από τον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται μόνο τρεις στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ομάδα παρέμβασης μετά την παρέμβαση όσον αφορά τα εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας στη διαδικασία αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει σε μικρότερο βαθμό ότι η απουσία εκπαίδευσης αποτελεί εμπόδιο στη διαδικασία της διαλογής της εφηβικής κατάθλιψης μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 3,05) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση (μ.ο.= 2,16), με $z = -3,092$ και $p\text{-value} = 0,002$.
- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει σε μεγαλύτερο βαθμό την έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών ως εμπόδιο στη διαδικασία διαλογής της εφηβικής κατάθλιψης μετά την παρέμβαση (μ.ο.= 3,42) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση (μ.ο.= 2,95), με $z = -2,000$ και $p\text{-value} = 0,046$.
- Η ομάδα παρέμβασης δηλώνει σε μικρότερο βαθμό ότι τα ατομικά εμπόδια συνολικά («Δυσχέρεια στο να μιλάω για θέματα ψυχικής υγείας», «Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής», «Απουσία εκπαίδευσης», «Έλλειψη χρόνου για διαλογή, συζήτηση των αποτελεσμάτων») δυσκολεύουν τη διαδικασία της διαλογής της εφηβικής

κατάθλιψης μετά την παρέμβαση ($\mu.o.= 2,79$) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση ($\mu.o.= 2,52$), με $z= -2,803$ και $p\text{-value}= 0,005$.

Πίνακας 41. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα παρέμβασης (N=19) πριν και μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	t- τιμή	p- value
Εμπόδια (συνολικός δείκτης)	3,11	3,01	1,786	0,091

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία paired t- test.

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στα εμπόδια ως συνολικός δείκτης στην πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση συγκριτικά με πριν την παρέμβαση.

Πίνακας 42. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα σύγκρισης (N=17) πριν και μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	z- τιμή	Sig (p-value)
Ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί..	3,29	3,35	-0,447	0,655
Έλλειψη διαθέσιμων πόρων για παροχή υποστήριξης, όταν διαπιστώνεται ότι ο/η έφηβος είναι αυτοκτονικός/ή.	3,06	3,12	-0,333	0,739
Μικρό ποσοστό εγγραμματοσύνης στους ασθενείς μου.	2,65	2,82	-1,134	0,257
Πολιτισμικό και γλωσσικό χάσμα.	2,35	2,53	-1,342	0,180

Ασάφεια στα όρια της εμπιστευτικότητας	2,35	2,65	-1,890	0,059
Δυσχέρεια στο να μιλάω για θέματα ψυχικής υγείας.	2,12	2,29	-1,732	0,083
Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής.	2,35	2,35	-1,000	0,317
Απουσία εκπαίδευσης.	3,06	3,00	-0,447	0,655
Έλλειψη χρόνου για διαλογή, συζήτηση των αποτελεσμάτων.	2,65	2,65	0,000	1,000
Περιορισμένες δυνατότητες της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών.	2,88	3,06	-1,000	0,317
Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην δομή που εργάζομαι.	2,88	3,00	-0,707	0,480
Έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών.	3,12	3,35	-2,000	0,046
Τα ιατρικά ζητήματα είναι πιεστικότερα.	2,94	2,94	0,000	1,000
Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι σημαντικότερα.	2,88	3,00	-1,000	0,317
Δεν γνωρίζω πού να παραπέμψω τους εφήβους σε τοπικό επίπεδο.	2,35	2,53	-0,749	0,454
Έλλειψη συνεργατικής φροντίδας.	2,76	2,82	-0,707	0,480
Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού που βοηθά τους γονείς και τους ασθενείς να συμμετέχουν στο διάλογο για την κατάθλιψη.	3,41	3,47	-0,577	0,564
Μεγάλη περίοδος αναμονής για παραπομπή σε δομές ψυχικής υγείας.	3,53	3,41	-0,632	0,527
Εμπόδια ατομικά (συνολικός δείκτης)	2,81	2,91	-1,830	0,067

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία Wilcoxon.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι παρουσιάζεται μία μόνο στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα ελέγχου μετά την παρέμβαση συγκριτικά με πριν την παρέμβαση. Συγκεκριμένα η ομάδα ελέγχου δηλώνει σε μεγαλύτερο

βαθμό μετά την παρέμβαση ότι η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών αποτελεί εμπόδιο στη διαλογή της εφηβικής κατάθλιψης (μ.ο.= 3,12) συγκριτικά με πριν την παρέμβαση (μ.ο.= 3,35), με $z = -2,000$ και $p\text{-value} = 0,046$.

Πίνακας 43. Απαντήσεις επαγγελματιών υγείας εκφρασμένες σε κλίμακα 1 (ποτέ)- 5 (σχεδόν πάντα) όσον αφορά τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης της εφηβικής κατάθλιψης. Ομάδα σύγκρισης (N=17) πριν και μετά την παρέμβαση*.

	Μέσος όρος πριν την παρέμβαση	Μέσος όρος μετά την παρέμβαση	t- τιμή	p- value
Ατομικά εμπόδια (συνολικός δείκτης)	2,51	2,56	-0,960	0,351

* Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας με δοκιμασία paired t- test.

Όπως συμπεραίνεται από τον παραπάνω πίνακα, δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα ατομικά εμπόδια ως συνολικό δείκτη στην ομάδα σύγκρισης πριν και μετά την παρέμβαση.

Γνώσεις επαγγελματιών υγείας για την εφηβική κατάθλιψη

Για τον έλεγχο των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για την εφηβική κατάθλιψη, τέθηκαν έξι ερωτήσεις πολλαπλώς επιλογών. Για κάθε ερώτηση υπολογίζεται το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που έχουν απαντήσει σωστά και το αντίθετο. Μας ενδιαφέρει να ελέγξουμε εάν μετά την παρέμβαση οι γνώσεις αυτές μεταβλήθηκαν.

Για τον έλεγχο αυτό χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος *McNemar* ο οποίος είναι κατάλληλος για τον έλεγχο ισότητας ή μη δυϊκών αποκρίσεων (συμφωνώ, διαφωνώ) σε δείγματα όπου οι μετρήσεις είναι ανά ζεύγη (μία μέτρηση πριν και μία μέτρηση μετά από κάποια παρέμβαση για την ίδια μονάδα του δείγματος). Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο έλεγχο, η διαφορά της τιμής πριν και μετά είναι στατιστικά σημαντική, εάν είναι μικρότερη της τιμής 0,05.

Παρακάτω παρουσιάζονται συγκριτικά τα ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας στις συγκεκριμένες στάσεις και οι αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι μεταβολής πριν την παρέμβαση (1^η μέτρηση) και μετά την παρέμβαση (2^η μέτρηση). Με έντονους χαρακτήρες σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές (τιμές μικρότερες του 0,05).

Πίνακας 43. Αποτελέσματα γνώσεων επαγγελματιών υγείας της ομάδας παρέμβασης (N=19) για την εφηβική κατάθλιψη ανά ερώτηση πριν και μετά την παρέμβαση σε ποσοστά.

Γνώσεις επαγγελματιών υγείας για την εφηβική κατάθλιψη	Πριν την παρέμβαση (1 ^η μέτρηση)		Μετά την παρέμβαση (2 ^η μέτρηση)		Sig. p-value
	Σωστά	Λανθασμένα	Σωστά	Λανθασμένα	
Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία ψυχιατρικής διαταραχής κατά την εφηβεία.	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	-
Το 60-90% των εφήβων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται.	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	-
Ποιο από τα παρακάτω μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην εφηβεία.	88,9%	11,10%	100,00%	0,00%	1,000
Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.	89,5%	10,50%	100,00%	0,00%	-
Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.	55,6%	44,40%	100,00%	0,00%	0,002
Οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες ΠΦΥ συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη.	20,00%	80,00%	100,00%	0,00%	0,000

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν είχαν σημαντική έλλειψη γνώσεων όσον αφορά την εφηβική κατάθλιψη. Αυτός είναι και ο λόγος που βελτιώθηκαν μόνο δύο γνώσεις τους μετά την παρέμβαση.

Συγκεκριμένα:

- Στην ερώτηση «Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια» το ποσοστό που απάντησε σωστά αυξήθηκε από 55,6% πριν την παρέμβαση σε 100% μετά την παρέμβαση.

- Επίσης, στην ερώτηση «Οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες ΠΦΥ συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη» το ποσοστό που απάντησε σωστά πριν την παρέμβαση αυξήθηκε από 20% σε 100% μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 44 . Αποτελέσματα γνώσεων επαγγελματιών υγείας της ομάδας σύγκρισης (N=17) για την εφηβική κατάθλιψη ανά ερώτηση πριν και μετά την παρέμβαση σε ποσοστά.

Γνώσεις επαγγελματιών υγείας για την εφηβική κατάθλιψη	Πριν την παρέμβαση (1 ^η μέτρηση)		Μετά την παρέμβαση(2 ^η μέτρηση)		Sig. p-value
	Σωστά	Λανθασμένα	Σωστά	Λανθασμένα	
Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία ψυχιατρικής διαταραχής κατά την εφηβεία.	93,8%	6,20%	100,00%	0,00%	1,000
Το 60-90% των εφήβων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται.	93,3%	6,70%	100,00%	0,00%	1,000
Ποιο από τα παρακάτω μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην εφηβεία.	93,3%	6,70%	50,00%	50,00%	1,000
Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.	90,9%	9,10%	50,00%	50,00%	0,625
Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.	88,90%	25,00%	88,90%	11,10%	1,000
Οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες ΠΦΥ συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη.	40,00%	60,00%	0,00%	100,00%	0,250

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνεται ότι οι γνώσεις της ομάδας σύγκρισης δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση.

Αξιολόγηση του προγράμματος

Η αξιολόγηση του προγράμματος πραγματοποιήθηκε μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, δηλαδή στο ερωτηματολόγιο της δεύτερης μέτρησης από την ομάδα παρέμβασης. Η ομάδα σύγκρισης δεν αξιολόγησε το πρόγραμμα από την στιγμή που δεν έλαβε το πρόγραμμα. Η αξιολόγηση περιελάμβανε οκτώ ερωτήσεις σε κλίμακα *Likert 1- 5* (1: λίγο έως 5: πολύ) και αξιολογούσε την χρησιμότητα της ενότητας, το κατά πόσο ήταν ενδιαφέρουσα, αν θα μπορούσαν να την εφαρμόσουν στην πρακτική τους οι επαγγελματίες υγείας, αν τεχνικά ήταν σωστή, αν θα παρακολουθούσαν κάποια άλλη ενότητα, αν θα πρότειναν την ενότητα σε κάποιο/α συνάδελφο και μία ανοιχτή ερώτηση για ό, τι επιπλέον ήθελαν να πουν. Παρακάτω παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των ερωτήσεων.

Πίνακας 45. Μέσοι όροι για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της παρέμβασης.

Ερωτήσεις αξιολόγησης	Μέσος Όρος
Μου άρεσε αυτή η εκπαιδευτική ενότητα.	4,58
Ήταν χρήσιμη για μένα.	4,47
Αισθητικά ήταν ξεκούραστη και ενδιαφέρουσα.	4,63
Θα μπορέσω να βάλω στην πρακτική μου αυτή τη μάθηση.	4,63
Τεχνικά δε συνάντησα προβλήματα σε αυτήν την ενότητα..	4,00
Δεν βρήκα κάποιο λάθος σε αυτήν την ενότητα.	3,89
Είναι αρκετά πιθανό να παρακολουθήσω κι άλλες ενότητες εκπαίδευσης σε αυτήν την πλατφόρμα.	4,84
Είναι πολύ πιθανό να προτείνω και σε άλλους συναδέλφους να παρακολουθήσουν αυτήν την ενότητα.	4,84

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας κυμάνθηκαν στους μεγαλύτερους βαθμούς της κλίμακας, δηλαδή αξιολόγησαν ιδιαίτερα θετικά το πρόγραμμα.

Στο χώρο των ανοιχτών απαντήσεων καταγράφηκαν έξι σχόλια. Τα πέντε σχόλια ανέφεραν ότι ήθελαν περισσότερα παραδείγματα περιστατικών εφηβικής κατάθλιψης, ενώ το ένα σχόλιο αφορούσε την έλλειψη βίντεο.

Συζήτηση

Στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε ένα σύντομο πρόγραμμα παρέμβασης που βασίζεται σε τεκμηριωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα. Το πρόγραμμα αυτό ήταν σε μορφή ηλεκτρονικού μαθήματος και είχε ως βασικό σκοπό την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα στοχεύει στην ενίσχυση του ρόλου τους, του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας τους και των γνώσεών τους στο να χρησιμοποιούν ειδικά εργαλεία εκτίμησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε εφήβους/ έφηβες και να ξεπεράσουν τα ατομικά εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία του συστηματικού ελέγχου και της παραπομπής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το πρόγραμμα ήταν επιτυχημένο όσον αφορά την αντίληψη για το ρόλο του επαγγελματία υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας, των πρακτικών αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης, καθώς η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στους παραπάνω παράγοντες σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης. Δεν παρατηρήθηκε, όμως, σημαντική αλλαγή στα ατομικά εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας στη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης.

Πριν την παρέμβαση καταγράφηκε σχετικά υψηλός βαθμός συμφωνίας για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης και στις δύο ομάδες, εκτός από τη δυνατότητα αποτελεσματικής αναγνώρισης. Θεωρούσαν, δηλαδή ότι emπίπτει στο ρόλο τους να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται την εφηβική κατάθλιψη αλλά δεν ήξεραν με ποιο τρόπο. Ειδικά, μετά την παρέμβαση στην πειραματική ομάδα παρατηρήθηκε σημαντική ενίσχυση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο τους στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης και συγκεκριμένα στο κατά πόσο είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη, να εκκινούν τη διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό, να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη και να μπορούν να τους διαχειριστούν. Στην ομάδα σύγκρισης δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική αλλαγή.

Όσον αφορά το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας για την αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, οι επαγγελματίες υγείας αρχικά παρουσίαζαν σχετικά χαμηλό βαθμό ετοιμότητας και στις δύο ομάδες. Στην πειραματική ομάδα, μετά την παρέμβαση αυξήθηκε ο αντιλαμβανόμενος βαθμός ετοιμότητας σε όλους τους παράγοντες, δηλαδή φάνηκαν να νιώθουν έτοιμοι/ες να εφαρμόσουν διαδικασίες διαλογής, να παραπέμψουν, να διαγνώσουν, να αναγνωρίζουν την ύπαρξη αυτοκτονικότητας και να τη διαχωρίζουν από τον αυτοτραυματισμό. Στην ομάδα σύγκρισης δεν σημειώθηκε καμία αλλαγή μετά την παρέμβαση.

Στις πρακτικές αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης παρατηρήθηκε ότι πριν την παρέμβαση και οι δύο ομάδες λαμβάνουν συχνά ψυχοκοινωνικό ιστορικό, πραγματοποιούν κλινική παρατήρηση και παραπέμπουν σε ψυχίατρο ενώ η ομάδα παρέμβασης μπορεί να παραπέμπει και σε ειδικό ψυχικής υγείας. Μετά την παρέμβαση παρατηρήθηκαν διαφορές σε όλους τους παράγοντες που έχουν αναφερθεί παραπάνω στην πειραματική ομάδα, η οποία φαίνεται να χρησιμοποιεί, επιπλέον, συχνότερα σταθμισμένο και γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή. Στην ομάδα σύγκρισης δεν παρατηρήθηκε αλλαγή.

Όσον αφορά τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης, φαίνεται ότι εμπόδια αποτελούν, κυρίως, η ανησυχία των γονέων ή του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί, η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών και υποστηρικτικού πλαισίου στη δομή και μόνο για την ομάδα παρέμβασης αποτελεί εμπόδιο το κατά πόσο είναι σίγουροι/ες ότι η διαλογή είναι ακριβής. Μετά την παρέμβαση, στην πειραματική ομάδα παρατηρήθηκε μείωση των ατομικών εμποδίων συνολικά και αύξηση στην αντίληψη των επαγγελματιών ως προς την ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών και ότι δεν είναι εκπαιδευμένοι/ες. Στην ομάδα σύγκρισης παρατηρήθηκε αύξηση της αντίληψης για την ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών. Γενικά τα εμπόδια δεν παρουσίασαν διαφορές.

Γενικά οι επαγγελματίες υγείας είχαν γνώσεις σχετικά με την εφηβική κατάθλιψη, όπως φάνηκε από την υψηλή βαθμολογία που πέτυχαν στις ερωτήσεις που σχετίζονταν με τα συμπτώματα, τις ενδείξεις και τα ποσοστά της εφηβικής κατάθλιψης. Στις ερωτήσεις, όμως, που σχετίζονταν με την αυτοκτονικότητα και τη

χρήση των υπηρεσιών της ΠΦΥ από εφήβους με κατάθλιψη παρατηρήθηκαν χαμηλότερα σκορ. Η πειραματική ομάδα, μετά την παρέμβαση, βελτίωσε αυτές τις γνώσεις, ενώ η ομάδα σύγκρισης δεν παρουσίασε διαφορές.

Τέλος, η πειραματική ομάδα αξιολόγησε θετικά το πρόγραμμα ως προς τη χρησιμότητά του, το ενδιαφέρον του και την εφαρμογή του στην πρακτική τους. Δήλωσαν ακόμη ότι ήταν τεχνικά σωστό, ότι θα παρακολουθούσαν κι άλλη ενότητα και ότι θα το πρότειναν σε συνάδελφο. Ορισμένοι/ες συμμετέχοντες/ουσες σχολίασαν ότι θα ήθελαν οπτικοακουστικό υλικό και περισσότερα παραδείγματα.

Ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Το εύρημα του ενισχυμένου βαθμού των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για το ρόλο τους στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, πριν και μετά την εφαρμογή της εκπαιδευτικής παρέμβασης συμβαδίζει με ενδείξεις που έχουν προκύψει από μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας και οι οποίες αξιολόγησαν, μεταξύ άλλων, το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ θεωρούν ότι πρέπει να είναι υπεύθυνοι για την αναγνώριση και τη διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης (Lindsay et al, 2013; Stein et al, 2008; Olson et al, 2001; Heneghan et al, 2008; Clow, 2016).

Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη, φαίνεται ότι και οι δύο ομάδες πριν την παρέμβαση θεωρούν σε σχετικά μεγάλο βαθμό ότι οι επαγγελματίες της ΠΦΥ πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη και να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό, ότι μπορούν να αναγνωρίσουν αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό τους περιβάλλον, ότι πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη, ότι πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας, ότι μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό τους περιβάλλον. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι πρόκειται για άτομα τα οποία ενδιαφέρονται για το συγκεκριμένο θέμα και επέλεξαν να παρακολουθήσουν ένα

πρόγραμμα για αυτό, οπότε θεωρούν ότι τα παραπάνω εντάσσονται και στο ρόλο τους (Stein et al, 2008).

Παρά τον ήδη σχετικά υψηλό βαθμό συμφωνίας ότι τα παραπάνω εντάσσονται στο ρόλο τους ως επαγγελματίες υγείας, μετά την παρέμβαση η πειραματική ομάδα παρουσιάζει ακόμη υψηλότερο δείκτη συμφωνίας. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανώς προέρχεται από το ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα λειτούργησε ως οδηγός που τους έδωσε συγκεκριμένες πρακτικές οδηγίες και εργαλεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιούν στην εργασία τους.

Σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες (Libby et al, 2014), τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν την ενίσχυση του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ετοιμότητας σχετικά με την αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης έπειτα από την εφαρμογή της σύντομης εκπαιδευτικής παρέμβασης στην πειραματική ομάδα. Στην ομάδα σύγκρισης δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά ως προς το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας μετά την παρέμβαση.

Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι αισθάνονται έτοιμοι/ες να εφαρμόσουν διαδικασίες διαλογής για εφηβική κατάθλιψη και να διαγνώσουν εφήβους με κατάθλιψη, ότι ξέρουν πότε να παραπέμψουν εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας, ότι αισθάνονται προετοιμασμένοι/ες να διακρίνουν εφήβους που αυτοτραυματίζονται αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί, και ότι αισθάνονται έτοιμοι/ες να αξιολογήσουν αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή. Το αποτέλεσμα αυτό δικαιολογείται από το ότι δόθηκαν συγκεκριμένα εργαλεία για την ανίχνευση της κατάθλιψης, δηλαδή τα δύο ερωτηματολόγια CDI και PHQ- 2, όπως ακριβώς προτείνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και συγκεκριμένες οδηγίες διαχείρισης, για παράδειγμα η παραπομπή σε ειδικό ψυχικής υγείας (Libby et al , 2014; Lindsay, et al, 2013).

Πριν την παρέμβαση η πειραματική ομάδα χρησιμοποιεί συχνότερα συγκεκριμένες πρακτικές διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης, συγκεκριμένα παραπέμπει συχνότερα σε ψυχίατρο ή σε ειδικό ψυχικής υγείας, συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης, το οποίο, μάλλον αποτελεί τυχαίο εύρημα λόγω μικρού δείγματος αφού οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν άλλες διαφορές. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε γνώσεις που είχαν ήδη από άλλα προγράμματα. Αυτό δεν ισχύει για τις πρακτικές αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης.

Παρά, όμως, το παραπάνω φαινόμενο, παρατηρήθηκε επιπλέον σημαντική αύξηση της χρήσης συγκεκριμένων πρακτικών διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης και σημαντική αύξηση χρήσης πρακτικών αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης στην πειραματική ομάδα ως προς την ομάδα σύγκρισης μετά την παρέμβαση. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι στο πρόγραμμα προτάθηκαν ακριβώς αυτές οι πρακτικές στα βήματα για την αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης.

Ως πρακτική διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας προτάθηκε η παραπομπή στον/ ην ψυχίατρο ή σε ειδικό ψυχικής υγείας σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Zuckerbrot et al, 2007; Steele et al, 2010; Lindsay et al, 2013; Giannakopoulos, 2016). Συγκεκριμένα το εγχειρίδιο των Zuckerbrot και συνεργατών (2007) περιέχει και συγκεκριμένες φόρμες παραπομπής από υπηρεσία σε υπηρεσία, στα αγγλικά και στα ισπανικά, γιατί υπάρχει διασύνδεση των υπηρεσιών. Στην παρούσα παρέμβαση δε δίνονταν φόρμες παραπομπής, γιατί δεν υπάρχουν στις ελληνικές υπηρεσίες. Επίσης, δε προτεινόταν συγκεκριμένες δομές, απλώς ενημερώνονταν ότι πρέπει να γνωρίζουν ποιες δομές υπάρχουν στην περιοχή τους για παραπομπή.

Στις πρακτικές αναγνώρισης προτάθηκαν τα εξής: (α) πρώτα να γίνεται λήψη ψυχοκοινωνικού ή ιατρικού ιστορικού αναλόγως της ειδικότητας του επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με τον/ ην έφηβο/ η, (β) να χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα σταθμισμένα, γραπτά εργαλεία για τη διαλογή της εφηβικής κατάθλιψης, τα οποία τους δόθηκαν (CDI, PHQ- 2) και (γ) να πραγματοποιείται κλινική παρατήρηση, γι' αυτό τον λόγο τους παρουσιάστηκαν και τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, της εφηβικής κατάθλιψης και των διαφορών της με την κατάθλιψη των ενηλίκων και παραδείγματα αυτών (Zuckerbrot et al, 2007) . Τα ευρήματα αυτά συμβαδίζουν και με τα ευρήματα άλλων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και εγχειριδίων για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ της διεθνούς βιβλιογραφίας που προτείνουν τα ίδια εργαλεία (Merry et al, 2012; Lewandowski et al, 2016).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί , σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι επαγγελματίες της ΠΦΥ αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης (Heneghan et al, 2008; Garcia et al, 2015). Σύμφωνα με την έρευνα της Olson και συνεργατών (2001) τα εμπόδια για τη

διάγνωση ή/ και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ένα παιδί ή έναν έφηβο εντοπίζονται σε τρία επίπεδα: (α) το κοινοτικό, (β) το ενδοατομικό και (γ) το διαπροσωπικό. Στο κοινοτικό επίπεδο είναι πολλοί οι παράγοντες που προκαλούν το πρόβλημα που μελετάται αλλά η συγκεκριμένη παρέμβαση δεν στόχευε να αλλάξει αυτά, γι' αυτό δεν παρουσιάζεται καμία σημαντική αλλαγή πριν και μετά την παρέμβαση σε καμία ομάδα. Ενώ η παρέμβαση δεν στόχευε στους κοινοτικούς παράγοντες γενικά, επιλέχθηκε μόνο ένας, η *έλλειψη χρόνου για διαλογή και συζήτηση των αποτελεσμάτων* μέσω της χορήγησης σύντομων ερωτηματολογίων στην αίθουσα αναμονής, όπως προτείνεται από ορισμένες μελέτες (Zuckerbrot et al, 2007).

Η παρέμβαση, επίσης, στόχευε στη μείωση των ατομικών εμποδίων (*«δυσχέρεια στο να μιλάω για θέμα ψυχικής υγείας», «έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής», «απουσία εκπαίδευσης»*), που όπως φαίνεται στο συνολικό δείκτη των *ατομικών εμποδίων*, στον οποίο περιλαμβάνονται ο ένας κοινοτικός παράγοντας και όλοι οι ενδοατομικοί, παρουσίασε διαφορές όχι όμως η κάθε μεταβλητή ξεχωριστά αλλά συνολικά. Αυτό κυρίως μπορεί να αποδοθεί στο ότι η παρέμβαση δεν πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο πλαίσιο- δομή, όπως εκπαιδευτικά προγράμματα από τη διεθνή βιβλιογραφία (Libby et al, 2014).

Τα εμπόδια που παρουσίασαν ξεχωριστά σημαντική μείωση στην πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση είναι η *απουσία εκπαίδευσης* και η *έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών*. Τα εμπόδια αυτά παρουσίασαν μείωση, γιατί πλέον στα άτομα, όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω, δόθηκαν εκπαίδευση και συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι μπορεί η παρέμβαση να μην κατάφερε να μειώσει το κάθε ένα εμπόδια ξεχωριστά αλλά βελτίωσε τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης της εφηβικής κατάθλιψης από τους επαγγελματίες υγείας. Το ότι η ομάδα σύγκρισης παρουσίασε αύξηση του εμποδίου *«έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών»* ίσως να είναι τυχαίο λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος ή ίσως να οφείλεται στην αναμονή των ατόμων για λήψη του προγράμματος.

Τέλος, σημαντική βελτίωση παρουσιάστηκε και στις γνώσεις των ατόμων της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση αλλά όχι συνολικά, μόνο σε δύο συγκεκριμένες δηλώσεις που αφορούσαν την αυτοκτονικότητα και τη χρήση των υπηρεσιών της ΠΦΥ από εφήβους με κατάθλιψη. Τα άτομα παρουσίαζαν πολύ υψηλό

μέσο όρο σε ερωτήσεις που αφορούσαν τα συμπτώματα, τις ενδείξεις και τα ποσοστά της εφηβικής κατάθλιψης και πριν την παρέμβαση, πιθανώς γιατί είχαν διαβάσει σχετικά άρθρα ή/ και βιβλία ή είχαν παρακολουθήσει αντίστοιχα σεμινάρια. Πρόκειται για μία εκπαιδευτική παρέμβαση, οπότε είναι αναμενόμενο να βελτιωθούν οι γνώσεις των συμμετεχόντων, όπως συνέβη και σε άλλες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (Libby et al, 2014; Lewandowski et al, 2016).

Γενικά οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά το ηλεκτρονικό μάθημα ως χρήσιμο, ενδιαφέρον, εφαρμόσιμο στην πρακτική τους, τεχνικά σωστό. Είπαν ακόμη ότι θα παρακολουθούσαν κι άλλη ενότητα και ότι θα το πρότειναν σε συνάδελφο. Ορισμένοι/ες συμμετέχοντες/ουσες σχολίασαν ότι θα ήθελαν οπτικοακουστικό υλικό και περισσότερα παραδείγματα.

Περιορισμοί και πλεονεκτήματα του προγράμματος παρέμβασης

Το μικρό μέγεθος δείγματος (N=36) αποτελεί ένα σημαντικό περιορισμό για τον επαρκή έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας και τη γενίκευση των ευρημάτων. Σημειώνεται, όμως, πως στη σχετική βιβλιογραφία τα δείγματα αντίστοιχων μελετών παρέμβασης κυμαίνονται μεταξύ 7 (Clow, 2016) και 38 συμμετεχόντων (Bauer et al, 2011).

Επίσης η συμμετοχή στην μελέτη ήταν εθελοντική («σφάλμα αυτό-επιλογής»/ “self- selection bias”) που σημαίνει ότι τα άτομα ενδιαφέρονταν για το συγκεκριμένο θέμα και ίσως να γνώριζαν ήδη κάποια πράγματα. Επίσης το δείγμα δεν ήταν τυχαίοποιημένο. Κατά τη διανομή των συμμετεχόντων/ουσών στις δύο ομάδες, η ερευνήτρια φρόντισε να υπάρχουν εξίσου οι ειδικότητες και στις δύο ομάδες.

Επιπλέον, το πρόγραμμα δεν περιελάμβανε καμία διαδραστική ή βιωματική δραστηριότητα, οι οποίες θεωρούνται αποτελεσματικότερες σε σχέση με μία ηλεκτρονική εκπαίδευση ή έστω οπτικοακουστικό υλικό. Ακόμη, η παρέμβαση δεν περιελάμβανε καμία εκπαίδευση σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, όπως προτείνεται από τη βιβλιογραφία, κυρίως γιατί για την επιτυχή εφαρμογή του μέτρου χρειάζονται συχνές συναντήσεις.

Ακόμη, η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε στο πλαίσιο των αναγκών του προγράμματος, γεγονός που ενδεχομένως εγείρει ζητήματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Τέλος, δεν ήταν δυνατή η αξιολόγηση του προγράμματος για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, για να διαπιστωθεί αν παρέμειναν τα αποτελέσματα.

Η πρωτοτυπία του θέματος της παρέμβασης, για τα ελληνικά δεδομένα, αποτέλεσε ένα από τα πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δε βρέθηκε παρόμοιο πρόγραμμα που να μετρά τον αντιλαμβανόμενο ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, το προσλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας τους, τις πρακτικές που χρησιμοποιούν και τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διαδικασία και να επιχειρεί παρέμβαση για τη βελτίωση αυτών.

Εξίσου σημαντικό είναι ότι ανταποκρίνεται στις δραστηριότητες που προτείνονται από το ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό και επιστημονικό πλαίσιο (π.χ. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη). Επίσης, η στόχευση σε επαγγελματίες υγείας και όχι σε ασθενείς μπορεί να ωφελήσει μελλοντικά ακόμη μεγαλύτερο αριθμό ατόμων, αφού τα αποτελέσματα του προγράμματος μπορούν να επηρεάσουν πολλούς/ ες εφήβους/ έφηβες μέσω των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, το ότι το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά το καθιστά οικονομικό και για τους/ ις ερευνητές/ ριες και για τους συμμετέχοντες/ ουσες αλλά και ευέλικτο, αφού μπορούσαν να το πραγματοποιήσουν από οποιοδήποτε μέρος ήθελαν οποιαδήποτε στιγμή.

Συμπεράσματα

Από την παρούσα μελέτη συμπεραίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούσαν ότι εμπίπτει στο ρόλο τους η αναγνώριση και διαχείριση της εφηβικής κατάθλιψης, αλλά δεν χρησιμοποιούσαν σε μεγάλο βαθμό τις πρακτικές αναγνώρισης και δεν είχαν υψηλό αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας, ενώ αντιμετώπιζαν και πολλά εμπόδια κατά τη διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισης. Μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρουσιάστηκε βελτίωση των παραπάνω, εκτός από τα εμπόδια συνολικά. Αυτό δείχνει ότι η συγκεκριμένη εκπαίδευση θα μπορούσε να αποτελέσει συστατικό στοιχείο ενός ευρύτερου πολύπλευρου και πολυεπίπεδου προγράμματος εκπαίδευσης και προηγμένης κατάρτισης στην ανίχνευση της εφηβικής κατάθλιψης. Η εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων και η παράλληλη στόχευση στην άρση των οργανωτικών εμποδίων που θέτει το συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο, είναι πιθανό να επιφέρουν αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2013). *Depression in*

Children and Teens. Ανακτήθηκε 1 Ιουλίου, 2017, από

https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Depressed-Child-004.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2016). *Depression*

Resource Center. Ανακτήθηκε 1 Ιουλίου, 2017, από

http://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Resource_Centers/Depression_Resource_Center/Home.aspx

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

Breton, J.J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St- Georges, M., Ricard, D.,

Abadie, P., Gérardin, P., Cohen, D., &Guilé, J.M. (2015). Protective Factors Against Depression and Suicidal Behaviour in Adolescence. *Can J Psychiatry*, 60(2), S5–S15. Ανακτήθηκε από

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345848/>

Bauer, N.S., Sullivan, P.D., Hus, A.M., & Downs, S.M. (2011). Promoting mental Health competency in residency training. *Patient Education and Counseling*, 85, e260- e264. doi:10.1016/j.pec.2011.04.005.

Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Ανακτήθηκε από <http://www.samhsa.gov/data/>

Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K., & Stein, M.T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171. doi:10.1016/S0165-0327(03)00103-4

Clow, K. (2016). Management of Adolescent Depression in the Primary Care Setting: An Educational Program for Providers. *Doctor of Nursing Practice (DNP) Capstone Projects*. Paper 62. Ανακτήθηκε από http://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/62

Cook, D.A., Levinson, A.J., Garside, S., Dupras, D.M., Erwin, P.J., & Montori, V.M. (2008). Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA*, 300(10), 1181-96. doi: 10.1001/jama.300.10.1181

- Cunningham, P.J. (2009). Beyond Parity: Primary Care Physicians' Perspectives On Access To Mental Health Care. *Health Affairs*, 28(3), 490-501. doi: 10.1377/hlthaff.28.3.w490.
- Dundon, E.E. (2006). Adolescent Depression: A Metasynthesis. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(6), 384- 392. doi:10.1016/j.pedhc.2006.02.010.
- Garcia, A.R., Circo, E., DeNard D., & Hernandez N. (2015). Barriers and facilitators to delivering effective mental health practice strategies for youth and families served by the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 52, 110- 122. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.03.008.
- Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas Y. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(8), 485-492. doi: 10.1007/s00787-009-0005-z.
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *Biomed Central Psychiatry*, 10(113). doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
- Hacker, K., Arsenault, L., Franco, I., Shaligram, D., Sidor, M., Olfson, M., &

Goldstein, E. (2014). Referral and Follow-Up After Mental Health Screening in Commercially Insured Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 55*, 17-23. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.012.

Harvey, A.G., & Gumport, N.B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: Modifiable barriers to access and possible solutions. *Behavior Research and Therapy, 68*, 1-12. doi:10.1016/j.brat.2015.02.004.

Heneghan, A., Garner A.S., Storfer-Isser, A., Kortepeter, K., Stein, R.E.K., & McCue Horwitz, S. (2008). Pediatricians' Role in Providing Mental Health Care for Children and Adolescents: Do Pediatricians and Child and Adolescent Psychiatrists Agree?. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 29*(4), 262- 269. doi: 10.1097/DBP.0b013e31817dbd97.

John, R., Buschman, P., Chaszar, M., Honig, J., Mendonca, E., & Bakken, S. (2007). Development and Evaluation of a PDA-based Decision Support System for Pediatric Depression Screening. In K. Kuhn et al. (Eds). *12th World Congress on Health (Medical) Informatics: Volume. 129. MEDINFO 2007* (pp. 1382 – 1386). New York: a Columbia University School of Nursing.

Kann L, Olsen EO, McManus T, et al. Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Related Behaviors Among Students in Grades 9–12 — United States and Selected Sites, 2015. *MMWR Surveill Summ 2016*;65(No. SS-9):1–202. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6509a1>.

Kelleher, K.J., & Stevens, J. (2009). Evolution of Child Mental Health Services in Primary Care. *Academic Pediatrics*, 9(1), 7–14. doi:

[10.1016/j.acap.2008.11.008](https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.008).

Kessler, R.C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014. Ανακτήθηκε από

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430842>.

Κολαΐτης, Γ. (2012). Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή. *Ψυχιατρική*, 23, 94-100. Ανακτήθηκε από <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=19757>

Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985, 21:995-998. Ανακτήθηκε από <http://cps.nova.edu/~cpphelp/CDI.html>

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *MedCare* 2003, 41:1284-1294. Ανακτήθηκε από http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq2.pdf

Laraque, D., Adams, R., Steinbaum, D., Zuckerbrot, R., Schonfeld, D., Jensen, P.S., Demaria, T., Barrett, M., Dela-Cruz, M., & Boscarino, J.A. (2009) Reported Physician Skills in the Management of Children's Mental Health Problems Following an Educational Intervention. *Academic Pediatrics*, 9(3), 164-171. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2009.01.009> .

- Leahy, D., Schaffalitzky, E., Armstrong, C., Bury, G., Cussen-Murphy, P., Davis, R., Cullen, W.(2013). Primary care and youth mental health in Ireland: qualitative study in deprived urban areas. *Biomed Central Family Practice*, 14(194), 1-11. doi:10.1186/1471-2296-14-194.
- Legare F., Borduas F., Freitas A., Jacques A., Godin G., Luconi F. & Grimshaw J. (2014).Development of a Simple 12-Item Theory-Based Instrument to Assess the Impact of Continuing Professional Development on Clinical Behavioral Intentions.*Plos One*, 9(3), e91013. doi: 10.1371/journal.pone.0091013.
- Lewandowski R.E., Acri M.C., Hoagwood K.E., Olfson M., Clarke G.,, Horwitz SM. (2013).Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics*,132(4), 996-1009. doi: 10.1542/peds.2013-0600.
- Libby, J.M., Stuart-Shor, E., & Patankar, A. (2014). The implementation of a clinical toolkit and adolescent depression screening program in primary care. *Clinical pediatrics*, 53(14), 1336-1344. doi: 10.1177/0009922814543945.
- Maheux, B., Gilbert, A., Haley, N., &Frappier, J.Y. (2006). Adolescent care, Part 2: Communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems. *Canadian Family Physician*, 52(11), 1442- 1443. Ανακτήθηκε από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17279203>.

Marcell, A.V., & Halpern-Felsher, B.L. (2005). Adolescents' health beliefs are critical in their intentions to seek physician care. *Preventive Medicine, 41*, 118- 125. doi:10.1016/j.ypmed.2004.10.016.

Merry, S.N., Hetrick, S.E., Cox, G.R., Brudevold- Iversen, T., Bir, J.J., & McDowell, H. (2012). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health, 7*(5), 1409-1685. doi: 10.1002/ebch.1867.

Miller, A.R., Johnston, C., Klassen, A.F., Fine, S., & Papsdorf, M. (2005). Family physicians' involvement and self-reported comfort and skill in care of children with behavioral and emotional problems: a population-based survey. *Biomed Central Family Practice, 6*(12). doi: 10.1186/1471-2296-6-12.

Olson, A.L., Kelleher, K.J., Kemper, K.J., Zuckerman, B.S., Hammond, C.S., & Dietrich A.J.(2001). Primary Care Pediatricians' Roles and Perceived Responsibilities in the Identification and Management of Depression in Children and Adolescents. *Ambulatory Pediatrics, 1*(2), 91-98. Ανακτήθηκε από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11888379>

Radovic, A., Reynolds, K., McCauley, H.L., Sucato, G.S., Stein, B.D., & Miller, E.

(2015). Parents' Role in Adolescent Depression Care: Primary Care Provider Perspectives. *The Journal of Pediatrics*, 167(4), 811- 918. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.05.049.

Rappaport, N., Bostic, J.Q., Prince, B.J., & Jellinek, M. (2006). Treating pediatric depression in primary care: coping with the patients' blue mood and the FDA's black box. *Pediatrics*, 148(5), 567-568. Ανακτήθηκε από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16737859>.

Richardson, L.P., Lewis, C.W., Casey-Goldstein, M., McCauley, E., & Katon, W. (2007). Pediatric Primary Care Providers and Adolescent Depression: A Qualitative Study of Barriers to Treatment and the Effect of the Black Box Warning. *Journal of Adolescent Health*, 40, 433-439. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.12.006.

Rushton, J.L., Clark, S.J., & Freed, G.L.(2000). Primary care role in the management of childhood depression: a comparison of pediatricians and family physicians. *Pediatrics*, 105(4), 957- 962. Ανακτήθηκε από http://pediatrics.aappublications.org/content/105/Supplement_3/957.long

Song, L., Singleton, E.S., Hill J.R., & Koh, M.H. (2004). Improving online learning: Student perceptions of useful and challenging characteristics. *Elsevier*, 7, 59-70, doi:10.1016/j.iheduc.2003.11.003.

Stancin, T., & Perrin, E.C. (2014). Psychologists and Pediatricians: Opportunities for

Collaboration in Primary Care. *American Psychologist*, 69(4), 332–343. doi: 10.1037/a0036046.

Steele, M.M., Lochrie, A.S., & Roberts, M.C. (2010). Physician Identification and Management of Psychosocial Problems in Primary Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 103-115. doi: 10.1007/s10880-010-9188-1.

Stein, R., McCue Horwitz, S., Storfer-Isser, A., Heneghan, A., Olson, L., & Eaton Hoagwood, K. (2008). Do Pediatricians Think They Are Responsible for Identification and Management of Child Mental Health Problems? Results of the AAP Periodic Survey. *Ambulatory Pediatrics*, 8(1), 11-17. doi:10.1016/j.ambp.2007.10.006.

Taliaferro, L.A., Hetler, J., Edwall, G., Wright, R., Edwards, A.R., & Borowsky, I.R. (2013). Depression screening and management among adolescents in primary care: factors associated with best practice. *Clinical pediatrics*, 52(6), 557-567. doi: 10.1177/0009922813483874.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet* 379(9820): 1056–1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.

Thombs, B.D., Roseman, M., & Kloda, L.A. (2012). Depression screening and mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 1(58). doi: 10.1186/2046-4053-1-58.

- Torstenson, O.L. (2001). The Treatment of Mood Disorders in Children and Adolescents by General Pediatricians. *Biological Psychiatry*, 49, 970-972.
Ανακτήθηκε από [file:///C:/Users/Public.Public-HP/Downloads/1-s2.0-S0006322301011258-main.pdf](file:///C:/Users/Public/Public-HP/Downloads/1-s2.0-S0006322301011258-main.pdf).
- University of Connecticut Health Center. (2015). *Identification of Adolescent Depression in Primary Care: A National Survey of Pediatricians and Family Practitioners*. Ανακτήθηκε από http://cbe.uhc.edu/education/selectives/index.html#proposal_examples.
- Vardanyan A., & Pharm M. (2013). Risk factors and prevalence of adolescent depression in Yerevan, Armenia. Ανακτήθηκε από http://aua.am/chsr/UserFiles/File/new/Thesis%202013/Armine%20Vardanyan_2013.pdf
- Varghese, P., & Gray, B.P. (2011). Suicide Assessment of Adolescents in the Primary Care Setting. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(3), 186- 192.
doi:10.1016/j.nurpra.2010.07.004.
- Weber, S., Puskar, K.R., & Ren, D. (2011). Improving Treatment of Adolescent Depression in Primary Care: Clinician Training Enhancements for Non mental Health Providers and Lessons Learned From Anticipatory Guidance and Treatment Adherence Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(197). doi: 10.1111/j.1744-6171.2011.00286.x.

World Health Organization. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Results from health behavior in school- aged children study*. Ανακτήθηκε από <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>

World Health Organization. (2017). *Adolescent health epidemiology*. Ανακτήθηκε 25 Ιουνίου 2017, από http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

Zuckerbrot, R.A., Cheung, A.H., Jensen, P.S., Stein, R.E.K., Laraque, D., & GLAD PC Steering Group. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, *120*(5), 1299-1312. doi:10.1542/peds.2007-1144.

Zuckerbrot, R.A., Cheung, A.H., Jensen, P.S., Stein, R.E.K., Laraque, D., & GLAD PC Steering Group. (2010). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC) Toolkit. Ανακτήθηκε από <http://c2199892.cdn.cloudfiles.rackspacecloud.com/glad-pctoolkit-v1-r4.pdf>.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1. Κείμενο πρόσκλησης για συμμετοχή στο πρόγραμμα.

ONLINE ΣΥΝΤΟΜΗ ΔΩΡΕΑΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή. Στους εφήβους συχνά οδηγεί σε προβλήματα στις στενές τους σχέσεις και τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες, κάτι που μπορεί να έχει μακροχρόνια επίδραση στην αυτό-πεποίθηση τους, την αυτό-αξία τους και την ικανότητα τους να δημιουργούν καλές σχέσεις. Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, η κατάθλιψη μπορεί να επιμείνει και στην ενήλική ζωή και να λειτουργήσει ως παράγοντας κινδύνου για επακόλουθες καταθλίψεις και την έναρξη άλλων ψυχικών διαταραχών. Υπάρχει πάντα και ο κίνδυνος των αυτοτραυματισμών ή/και της αυτοκτονίας. Δυστυχώς, παρατηρείται στη χώρα μας μεγάλη υπο-αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης από τις υπηρεσίες υγείας.

Σας προσκαλούμε:

να συμμετέχετε στη σύντομη διαδικτυακή εκπαίδευση αναγνώρισης της εφηβικής κατάθλιψης που θα τρέξει από 10/5/17 έως 30/5/17. Απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με εφήβους στην καθημερινή τους πρακτική. Για την παρακολούθηση της θα χρειαστείτε 1 με 2 ώρες και πρόσβαση σε διαδίκτυο. Επίσης θα πρέπει να συμπληρώσετε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο πριν και μετά την παρακολούθηση της εκπαίδευσης για να παρακολουθήσετε τις γνώσεις που σας έδωσε η συγκεκριμένη εκπαίδευση. Θα δοθεί Βεβαίωση Παρακολούθησης από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Για να συμμετάσχετε παρακαλώ επικοινωνήστε με την κα Φωτεινή Διακουμάκου στο e-mail: foteinidiakoumakou@gmail.com

Σας ευχαριστούμε

Φωτεινή Διακουμάκου, Ψυχολόγος (Πάντειο Πανεπιστήμιο),
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αγωγής και Προαγωγής Υγείας (Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)

Παράρτημα 2. Απαντητικό e- mail μετά τη δήλωση συμμετοχής.

Ευχαριστώ για το ενδιαφέρον!

Θα πρέπει πρώτα να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που σας αποστέλλω ως συνημμένο. Έπειτα θα σας στείλω εγώ τις ημερομηνίες που θα μπορείτε να μπειτε στην πλατφόρμα για την εκπαίδευση. Αφού παρακολουθήσετε την εκπαίδευση, θα πρέπει να ξανασυμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Με εκτίμηση,

Φωτεινή Διακουμάκου,

Ψυχολόγος (Πάντειο Πανεπιστήμιο),

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αγωγής και Προαγωγής Υγείας (Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)

Παράρτημα 3. E- mail για έναρξη του προγράμματος.

Καλησπέρα!

Από σήμερα έως 10/06 μπορείτε να μπειτε στο παρακάτω link: <http://e-learninghealthcare.gr/>, να κάνετε εγγραφή και να επιλέξετε να παρακολουθήσετε την εκπαιδευτική ενότητα:

Εφηβική κατάθλιψη: αναγνώριση & παραπομπή.

Αφού ολοκληρώσετε την ενότητα, θα πρέπει να μου στείλετε e-mail ότι την ολοκληρώσατε, για να συμπληρώσετε το δεύτερο ερωτηματολόγιο μετά από μία εβδομάδα και, αφού μου το στείλετε συμπληρωμένο, θα σας στείλω τη βεβαίωση.


Με εκτίμηση,

Φωτεινή Διακουμάκου,

Ψυχολόγος (Πάντειο Πανεπιστήμιο),

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αγωγής και Προαγωγής Υγείας (Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)

Παράρτημα 4. Βεβαίωση παρακολούθησης του προγράμματος.



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Το παρόν πιστοποιητικό απονέμεται στην/ον


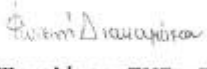
.....

για την επιτυχή παρακολούθηση της εκπαιδευτικής ενότητας
 διάρκειας τριών (3) ωρών

“ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ & ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ”

του Προγράμματος Εξ' αποστάσεως Εκπαίδευσης για την Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Προαγωγή & Αγωγή Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

...../.../2017

<p>Γιάννης Τούντας</p>  <p>Καθηγητής Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής Ιατρική Σχολής ΕΚΠΑ</p>	<p>Φωτεινή Διακουμάκου</p>  <p>Ψυχολόγος, ΠΜΣ «Προαγωγή & Αγωγή Υγείας» Ιατρική Σχολής ΕΚΠΑ</p>
---	--

Παράρτημα 5. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης πριν την παρέμβαση

Η παρακάτω έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας». Σκοπός της είναι να μελετήσει τις αντιλήψεις, το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ετοιμότητας, τις πρακτικές, τα εμπόδια και τις γνώσεις σας σχετικά με την αναγνώριση, διαλογή και παραπομπή εφήβων που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας!!!

1. Φύλο
Α. Άντρας, Β. Γυναίκα
2. Ηλικία.....
3. Ειδικότητα
4. Δομή που εργάζεστε.....
5. Δήμος δομής.....
6. Χρόνια που ασκείτε το επάγγελμα
7. Πόσους ασθενείς παρακολουθείτε την ημέρα
8. Πόσους εφήβους παρακολουθείτε την ημέρα

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν το τι πιστεύετε εσείς. Παρακαλώ κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό.

1Α.Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

2Α.Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

3Α.Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

4Α. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

5Α. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχικής υγείας.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

6Α. Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν το κατά πόσο αισθάνεστε προετοιμασμένος/η για κάθε μία από αυτές. Παρακαλώ κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό.

1Β. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να κάνω διαλογή για εφηβική κατάθλιψη.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμένος-η	Λίγο προετοιμασμένος-η	Μέτρια προετοιμασμένος-η	Πολύ προετοιμασμένος-η	Απόλυτα προετοιμασμένος-η

2Β. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διαγνώσω εφήβους με κατάθλιψη.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμένος-η	Λίγο προετοιμασμένος-η	Μέτρια προετοιμασμένος-η	Πολύ προετοιμασμένος-η	Απόλυτα προετοιμασμένος-η

3B. Ξέρω πότε να παραπέμψω εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμέν ος-η	Λίγο προετοιμασμέν ος-η	Μέτρια προετοιμασμέν ος-η	Πολύ προετοιμασμέν ος-η	Απόλυτα προετοιμασμέν ος-η

4B. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διακρίνω εφήβους που αυτοτραυματίζονται αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμέν ος-η	Λίγο προετοιμασμέν ος-η	Μέτρια προετοιμασμέν ος-η	Πολύ προετοιμασμέν ος-η	Απόλυτα προετοιμασμέν ος-η

5B. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να αξιολογήσω αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμέν ος-η	Λίγο προετοιμασμέν ος-η	Μέτρια προετοιμασμέν ος-η	Πολύ προετοιμασμέν ος-η	Απόλυτα προετοιμασμέν ος-η

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν πρακτικές που εσείς οι ίδιοι/ες χρησιμοποιείτε. Παρακαλώ κυκλώστε πόσο συχνά χρησιμοποιείται την κάθε μία.

1=ΠΟΤΕ, 2=ΣΠΑΝΙΑ, 3=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ, 4=ΣΥΝΗΘΩΣ,

5=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ

1Γ. Χρησιμοποιώ ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή.

1	2	3	4	5

2Γ. Παίρνω ψυχοκοινωνικό ιστορικό.

1	2	3	4	5

3Γ. Κάνω κλινική παρατήρηση/συνολική εκτίμηση.

1	2	3	4	5

4Γ. Παραπέμπω σε ψυχίατρο.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

5Γ. Παραπέμπω σε ειδικό ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν εμπόδια που εσείς οι ίδιοι μπορεί να έχετε αντιμετωπίσει ή να αντιμετωπίζετε στην προσπάθειά σας να κάνετε διαλογή για εφηβική κατάθλιψη. Παρακαλώ κυκλώστε για το κάθε ένα τη συχνότητα που το συναντάτε.

1Δ. Ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

2Δ. Έλλειψη διαθέσιμων πόρων για παροχή υποστήριξης όταν διαπιστώνεται ότι ο/η έφηβος είναι αυτοκτονικός/ή.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

3Δ. Μικρό ποσοστό εγγραμματοσύνης στους ασθενείς μου.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

4Δ. Πολιτισμικό και γλωσσικό χάσμα.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

5Δ. Ασάφεια στα όρια της εμπιστευτικότητας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

6Δ. Δυσχέρεια στο να μιλάω για θέματα ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

7Δ. Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

8Δ. Απουσία εκπαίδευσης.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

9Δ. Έλλειψη χρόνου για διαλογή, συζήτηση των αποτελεσμάτων.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

10Δ. Περιορισμένες δυνατότητες της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

11Δ. Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην δομή που εργάζομαι.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

12Δ. Έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

13Δ. Τα ιατρικά ζητήματα είναι πιεστικότερα.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

- 14Δ. Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι σημαντικότερα (πιστικότερα).

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

- 15Δ. Δεν γνωρίζω πού να παραπέμψω τους εφήβους σε τοπικό επίπεδο.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

- 16Δ. Έλλειψη συνεργατικής φροντίδας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

- 17Δ. Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού που βοηθά τους γονείς και τους ασθενείς να συμμετέχουν στο διάλογο για την κατάθλιψη.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

- 18Δ. Μεγάλη περίοδος αναμονής για παραπομπή σε δομές ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν τις γνώσεις σας για την εφηβική κατάθλιψη και την αναγνώρισή της. Κυκλώστε την απάντηση που θεωρείτε σωστή.

1Ε. Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία ψυχιατρικής διαταραχής κατά την εφηβεία.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

2Ε. Το 60-90% των εφήβων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

3Ε. Ποιο από τα παρακάτω μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην εφηβεία;

A. Σημαντική απώλεια βάρους

B. Αϋπνία

Γ. Κόπωση

Δ. Όλα τα παραπάνω

4Ε. Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

5Ε. Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

6Ε. Οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες ΠΦΥ συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

Παράρτημα 6. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης μετά την παρέμβαση

Η παρακάτω έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας». Σκοπός της είναι να μελετήσει τις στάσεις, την αυτό-αποτελεσματικότητα, τα εμπόδια και τις γνώσεις σας σχετικά με την αναγνώριση, διαλογή και παραπομπή εφήβων που εμφανίζουν

καταθλιπτικά συμπτώματα. Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!!!

9. Φύλο

A. Άντρας, B. Γυναίκα

10. Ηλικία.....

11. Ειδικότητα

12. Δομή που εργάζεστε.....

13. Δήμος δομής.....

14. Χρόνια που ασκείτε το επάγγελμα

15. Πόσους ασθενείς παρακολουθείτε την ημέρα

16. Πόσους εφήβους παρακολουθείτε την ημέρα

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν το τι πιστεύετε εσείς. Παρακαλώ κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό.

7Α.Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίζουν εφήβους με κατάθλιψη.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

8Α.Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι υπεύθυνοι να αρχίζουν την διαδικασία της παραπομπής ενός/μίας εφήβου με κατάθλιψη σε έναν/μία ειδικό.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

9Α.Μπορώ να αναγνωρίσω αποτελεσματικά εφήβους με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

10Α. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

11Α. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να μπορούν να διαχειρίζονται περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη μαζί με έναν/μία επαγγελματία ψυχική υγείας.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

12Α. Μπορώ να διαχειριστώ αποτελεσματικά περιπτώσεις εφήβων με κατάθλιψη στο επαγγελματικό μου περιβάλλον.

1	Διαφωνώ απόλυτα
2	Διαφωνώ
3	Ούτε συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ
4	Συμφωνώ
5	Συμφωνώ απόλυτα

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν το κατά πόσο αισθάνεστε προετοιμασμένος/η για κάθε μία από αυτές. Παρακαλώ κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό.

6B. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να κάνω διαλογή για εφηβική κατάθλιψη.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμένος-η	Λίγο προετοιμασμένος-η	Μέτρια προετοιμασμένος-η	Πολύ προετοιμασμένος-η	Απόλυτα προετοιμασμένος-η

7B. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διαγνώσω εφήβους με κατάθλιψη.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμένος-η	Λίγο προετοιμασμένος-η	Μέτρια προετοιμασμένος-η	Πολύ προετοιμασμένος-η	Απόλυτα προετοιμασμένος-η

8B. Ξέρω πότε να παραπέμψω εφήβους με κατάθλιψη σε δομές ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμένος-η	Λίγο προετοιμασμένος-η	Μέτρια προετοιμασμένος-η	Πολύ προετοιμασμένος-η	Απόλυτα προετοιμασμένος-η

9B. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να διακρίνω εφήβους που αυτοτραυματίζονται αλλά δεν είναι αυτοκτονικοί.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμένος-η	Λίγο προετοιμασμένος-η	Μέτρια προετοιμασμένος-η	Πολύ προετοιμασμένος-η	Απόλυτα προετοιμασμένος-η

10B. Αισθάνομαι προετοιμασμένος/η να αξιολογήσω αν ένας/μία έφηβος/η είναι αυτοκτονικός/ή.

1	2	3	4	5
Καθόλου προετοιμασμένος-η	Λίγο προετοιμασμένος-η	Μέτρια προετοιμασμένος-η	Πολύ προετοιμασμένος-η	Απόλυτα προετοιμασμένος-η

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν πρακτικές που εσείς οι ίδιοι χρησιμοποιείτε.

Παρακαλώ κυκλώστε πόσο συχνά χρησιμοποιείται την κάθε μία.

1=ΠΟΤΕ, 2=ΣΠΑΝΙΑ, 3=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ, 4=ΣΥΝΗΘΩΣ,

5=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ

1Γ. Χρησιμοποιώ ένα σταθμισμένο, γραπτό εργαλείο ειδικό για διαλογή.

1	2	3	4	5

2Γ. Παίρνω ψυχοκοινωνικό ιστορικό.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

3Γ. Κάνω κλινική παρατήρηση/συνολική εκτίμηση.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

4Γ. Παραπέμπω σε ψυχίατρο.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

5Γ. Παραπέμπω σε ειδικό ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν εμπόδια που εσείς οι ίδιοι μπορείτε να έχετε αντιμετωπίσει ή να αντιμετωπίζετε στην προσπάθειά σας να κάνετε διαλογή για εφηβική κατάθλιψη. Παρακαλώ κυκλώστε για το κάθε ένα την συχνότητα που το συναντάτε.

19Δ. Ανησυχία των γονέων ή/και του ίδιου του ασθενή ότι θα στιγματιστεί.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

20Δ. Έλλειψη διαθέσιμων πόρων για παροχή υποστήριξης όταν διαπιστώνεται ότι ο/η έφηβος είναι αυτοκτονικός/ή.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

21Δ. Μικρό ποσοστό εγγραμματοσύνης στους ασθενείς μου.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

22Δ. Πολιτισμικό και γλωσσικό χάσμα.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

23Δ. Ασάφεια στα όρια της εμπιστευτικότητας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

24Δ. Δυσχέρεια στο να μιλάω για θέματα ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

25Δ. Έλλειψη εμπιστοσύνης στο κατά πόσο η διαλογή είναι ακριβής.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

26Δ. Απουσία εκπαίδευσης.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

27Δ. Έλλειψη χρόνου για διαλογή, συζήτηση των αποτελεσμάτων.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

28Δ. Περιορισμένες δυνατότητες της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

29Δ. Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην δομή που εργάζομαι.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

30Δ. Έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών κλινικών πρακτικών.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

31Δ. Τα ιατρικά ζητήματα είναι πειστικότερα.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

32Δ. Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι σημαντικότερα (πειστικότερα).

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

33Δ. Δεν γνωρίζω πού να παραπέμψω τους εφήβους σε τοπικό επίπεδο.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

34Δ. Έλλειψη συνεργατικής φροντίδας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

35Δ. Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού που βοηθά τους γονείς και τους ασθενείς να συμμετέχουν στο διάλογο για την κατάθλιψη.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

36Δ. Μεγάλη περίοδος αναμονής για παραπομπή σε δομές ψυχικής υγείας.

1	2	3	4	5
Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν τις γνώσεις σας για την εφηβική κατάθλιψη και την αναγνώρισή της. Κυκλώστε την απάντηση που θεωρείτε σωστή.

1Ε. Η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η κοινωνική απομόνωση που επιμένουν, καθώς και σημαντικές αλλαγές στην όρεξη ή τον ύπνο, είναι τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία ψυχιατρικής διαταραχής κατά την εφηβεία.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

2Ε. Το 60-90% των εφήβων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

3Ε. Ποιο από τα παρακάτω μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην εφηβεία;

A. Σημαντική απώλεια βάρους

B. Αϋπνία

Γ. Κόπωση

Δ. Όλα τα παραπάνω

4Ε. Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

5Ε. Τα αγόρια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία στην εφηβεία συγκριτικά με τα κορίτσια.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

6Ε. Οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες ΠΦΥ συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη.

ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την ενότητα που παρακολουθήσατε και το κατά πόσο είστε ευχαριστημένος-η από αυτή. **1=λίγο έως 5=πολύ**

1.ΣΤ Μου άρεσε αυτή η εκπαιδευτική ενότητα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.ΣΤ Ήταν χρήσιμη για μένα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.ΣΤ Αισθητικά ήταν ξεκούραστη και ενδιαφέρουσα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.ΣΤ Θα μπορέσω να βάλω στην πρακτική μου αυτή τη μάθηση.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.ΣΤ Τεχνικά δε συνάντησα προβλήματα σε αυτήν την ενότητα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.ΣΤ Δεν βρήκα κάποιο λάθος σε αυτήν την ενότητα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.ΣΤ Είναι αρκετά πιθανό να παρακολουθήσω κι άλλες ενότητες εκπαίδευσης σε αυτήν την πλατφόρμα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.ΣΤ Είναι πολύ πιθανό να προτείνω και σε άλλους συναδέλφους να παρακολουθήσουν αυτήν την ενότητα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 9.ΣΤ Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε τον παρακάτω χώρο για να μας μιλήσετε περισσότερο για οτιδήποτε θέλετε σε σχέση με την εμπειρία σας παρακολουθώντας τη συγκεκριμένη ενότητα.

Παράρτημα 7. Η ηλεκτρονική εκπαίδευση.

ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή. Στους εφήβους συχνά οδηγεί σε προβλήματα στις στενές τους σχέσεις και τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες, κάτι που μπορεί να έχει μακροχρόνια επίδραση στην αυτό-πεποίθησή τους, την αυτό-αξία τους, και την ικανότητά τους να δημιουργούν καλές σχέσεις. Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, η κατάθλιψη μπορεί να επιμείνει και στην ενήλικη ζωή και να λειτουργήσει ως παράγοντας κινδύνου για επακόλουθες καταθλίψεις και την έναρξη άλλων ψυχικών διαταραχών. Υπάρχει πάντα και ο κίνδυνος των αυτοτραυματισμών ή/και της αυτοκτονίας. Δυστυχώς, υπάρχει στην χώρα μας μεγάλη υπο-αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης από τις υπηρεσίες υγείας.

Η Ενότητα απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με εφήβους στην καθημερινή τους πρακτική. Για την παρακολούθησή της θα χρειαστείτε 1 με 2 ώρες.

Στο τέλος του μαθήματος θα μπορείτε να:

- ✓ Περιγράψετε την κλινική διάγνωση της κατάθλιψης βάσει του DSM-5 και τη σημαντικότητά της.
- ✓ Αναγνωρίζετε τις ενδείξεις και τα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των ραντεβού τους με τους εφήβους.
- ✓ Κάνετε προληπτικό έλεγχο στους εφήβους για κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα.
- ✓ Χρησιμοποιείτε συγκεκριμένα εργαλεία για τη διαλογή της εφηβικής κατάθλιψης.
- ✓ Παραπέμπετε τους εφήβους με κατάθλιψη και να ελέγχετε τη διαδικασία της παραπομπής.
- ✓ Μεταδίδετε τα βασικά μηνύματα ψυχοεκπαίδευσης στους εφήβους και τους γονείς τους.

ΕΝΑΡΞΗ ►

Βασικές Οδηγίες

Καλωσήρθατε στη διαδικτυακή εκπαιδευτική ενότητα “ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ & ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ”.

Πριν ξεκινήσετε αυτήν την ενότητα **σκεφτείτε πως θα μπορούσατε να την παρακολουθήσετε πιο παραγωγικά:**

- Καθίστε κάπου άνετα. Ιδανικά το περιβάλλον να είναι ήσυχο.
- Για τη συγκεκριμένη ενότητα θα χρειαστείτε **περίπου 1 ώρα**.
- Σκεφτείτε πως είναι η διάθεσή σας. Είστε αρκετά ξεκούραστος /η για να μπορείτε να συγκεντρωθείτε και να παρακολουθήσετε την ενότητα τώρα ή καλύτερα να το προγραμματίσετε αργότερα σε μια πιο βολική ώρα;

Για να προχωράτε στην επόμενη σελίδα, πατάτε το κουμπί **ΕΠΟΜΕΝΟ**.

Για να γυρνάτε στην προηγούμενη σελίδα, πατάτε το κουμπί **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ**.

Μπορείτε επίσης να δείτε τα περιεχόμενα των υπο-ενότητων στη δεξιά λίστα και πατώντας πάνω σε αυτά να γυρνάτε στις προηγούμενες υπο-ενότητες. Θα πρέπει όμως να ολοκληρώνετε την κάθε υπο-ενότητα για να περνάτε στην επόμενη.

Κρατήστε σημειώσεις για το που σταματάτε κάθε φορά ώστε να γυρίσετε εύκολα στο σημείο που σταματήσατε **αν διακόψετε την παρακολούθησή στη μέση**. Ο τίτλος της υπο-ενότητας είναι αρκετός για να βρείτε που σταματήσατε.

Και μην ξεχνάτε να κάνετε συχνά μικρά διαλείμματα από την οθόνη του υπολογιστή.

Καλή παρακολούθηση.



ΝΕΟ! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

> Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 1ο βήμα

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Στόχοι του μαθήματος

Στο τέλος του μαθήματος θα μπορείτε να:

- Περιγράψετε την κλινική διάγνωση της κατάθλιψης βάσει του DSM-5 και τη σημαντικότητά της.
- Αναγνωρίζετε τις ενδείξεις και τα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των ραντεβού τους με τους εφήβους.
- Κάνετε προληπτικό έλεγχο στους εφήβους για κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα.
- Χρησιμοποιείτε συγκεκριμένα εργαλεία για τη διαλογή της εφηβικής κατάθλιψης.
- Παραπέμπετε τους εφήβους με κατάθλιψη και να ελέγχετε τη διαδικασία της παραπομπής.
- Μεταδίδετε τα βασικά μηνύματα ψυχοεκπαίδευσης στους εφήβους και τους γονείς τους.



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

> Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Πολλοί έφηβοι με κατάθλιψη ή/και αυτοκτονικό ιδεασμό επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας, **αλλά συχνά δεν αξιολογούνται για αυτά.**

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι μία σοβαρή διαταραχή με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας, υποτροπής και χρονιότητας. Έχει συνέπειες στη ζωή των εφήβων που τους ακολουθούν σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Κάποιες από αυτές είναι η σχολική και ακαδημαϊκή αποτυχία, η υιοθέτηση ριψοκίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών, η έναρξη χρήσης ουσιών, η εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή που ξεκινάει στην εφηβεία συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία, απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονικό ιδεασμό. Όσο προχωράει η εφηβεία τόσο αυξάνεται και το ποσοστό της κατάθλιψης.



Στην επόμενη ενότητα μπορείτε να δείτε τα νούμερα του επιπολασμού και της επίπτωσης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και της αυτοκτονικότητας στους εφήβους που καταδεικνύουν την ανάγκη για αναγνώριση της κατάθλιψης στις υπηρεσίες υγείας.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

> **Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;**

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς αναγνωρίζεται η κατάθλιψη; Ποια είναι τα συμπτώματα;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

- Ο διά βίου επιπολασμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής στους εφήβους στον γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 20%.
- Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το ποσοστό του επιπολασμού ανέρχεται στο 28%.
- Το 8% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών στον γενικό πληθυσμό βιώνουν στη διάρκεια ενός έτους τουλάχιστον ένα επεισόδιο Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.
- Τα κορίτσια (12%) εμφανίζουν συχνότερα Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα συγκριτικά με τα αγόρια (4%).
- Το 60% των εφήβων που υποφέρουν από κατάθλιψη αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό και το 30% έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.
- Οι δύο πιο ισχυροί παράγοντες που προβλέπουν την επανάληψη αυτοκτονικής απόπειρας στους εφήβους με προηγούμενες απόπειρες είναι η πιο σοβαρή κλινική κατάθλιψη και ο υπερβολικός γονικός έλεγχος.
- Το 59% των εφήβων θυμάτων αυτοκτονίας παρουσιάζουν ψυχιατρικά συμπτώματα για διάστημα άνω των τριών ετών πριν από τον θάνατό τους.
- Μόνο το 50% των εφήβων με κατάθλιψη θα διαγνωστούν πριν από την ενηλικίωσή τους.
- Η συντριπτική πλειονότητα δεν λαμβάνει κανενός είδους θεραπεία.
- Το 40-90% των εφήβων με καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζουν και άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταρακτικές διαταραχές, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας, διαταραχές χρήσης ουσιών.



αυτοκτονικής απόπειρας στους εφήβους με προηγούμενες απόπειρες είναι η πιο σοβαρή κλινική κατάθλιψη και ο υπερβολικός γονικός έλεγχος.

- Το 59% των εφήβων θυμάτων αυτοκτονίας παρουσιάζουν ψυχιατρικά συμπτώματα για διάστημα άνω των τριών ετών πριν από τον θάνατό τους.
- Μόνο το 50% των εφήβων με κατάθλιψη θα διαγνωστούν πριν από την ενηλικίωσή τους.
- Η συντριπτική πλειονότητα δεν λαμβάνει κανενός είδους θεραπεία.
- Το 40-90% των εφήβων με καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζουν και άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταρακτικές διαταραχές, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας, διαταραχές χρήσης ουσιών.

Γίνεται αντιληπτό, λοιπόν, ότι ο **ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι εξαιρετικά σημαντικός για την έγκαιρη αναγνώριση της κατάθλιψης στην εφηβεία, της διαχείρισης και της παραπομπής των περιπτώσεων με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας** ειδικά αν αναλογιστούμε ότι οι έφηβοι με κατάθλιψη επισκέπτονται πιο συχνά τις υπηρεσίες υγείας και ότι περίπου το 25% των επισκέψεων των εφήβων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά ζητήματα συναισθηματικής υγείας.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

ΝΕΟ! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

> Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; 1ο βήμα

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; 2ο βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; 2ο βήμα

Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται;

Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας;

Παράδειγμα

Τι σημαίνει "παραπέμπω" στην ελληνική πραγματικότητα;

Βασικά μηνύματα εκπαίδευσης στους εφήβους και στους γονείς

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

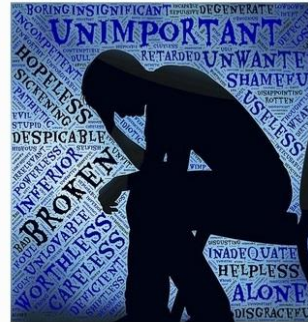
Ολοκλήρωση της ενότητας

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους ;

Δεν έχουν όλοι οι έφηβοι τις ίδιες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη. Συνήθως ο κίνδυνος για κατάθλιψη είναι μεγαλύτερος σε εφήβους που το οικογενειακό και ατομικό τους χαρακτηριστικό περιλαμβάνει κάποιον από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου:

- Ακράειες ψυχοκοινωνικές περιστάσεις (οικογενειακές κρίσεις, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση, ιστορικό τραυματικών εμπειριών).
- Κατάθλιψη.
- Διπολική διαταραχή.
- Αυτοκτονικές συμπεριφορές.
- Αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές διαγωγής, μαθησιακές διαταραχές, διαταραχές ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας.
- Χρήση ουσιών.
- Γυναικείο φύλο.
- Φυλετικές ή εθνικές μειονότητες.

Τέλος, οποιαδήποτε ευαισθησία, που μειώνει την ικανότητα του εφήβου να διαχειριστεί κάποιο στρεσογόνο παράγοντα, αποτελεί παράγοντα κινδύνου.



NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

> Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους ;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το θέμα

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Σκεφτείτε

Μπορείτε να σκεφτείτε κάποια ερώτηση που θα κάνατε στον/στην έφηβο/η, ξεκινώντας το ραντεβού μαζί του/ης, που να αφορά κάποιο περιστατικό που θα μπορούσε να επιταχύνει την έναρξη της κατάθλιψης; Με αυτό τον τρόπο χτίζεται μια πιο στενή σχέση ανάμεσα σε εσάς και τον/ην έφηβο/η.

Π.χ. «Τι έχει συμβεί από την τελευταία φορά που σε είδα;»



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΛΙ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους ;

> Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Δυστυχώς οι επαγγελματίες υγείας συνήθως δεν εκπαιδεύονται κατά τη διάρκεια των σπουδών τους για να πραγματοποιούν προληπτικό έλεγχο και να αναγνωρίζουν την εφηβική κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στο να μην αισθάνονται άνετα να κάνουν ερωτήσεις για την αξιολόγηση του κινδύνου.

Είναι σημαντικό, λοιπόν, για τους επαγγελματίες υγείας να εξοικειωθούν με τα κριτήρια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής βάσει του DSM-5*.

Η εξοικείωση αυτή δεν έχει σκοπό το να μάθετε να κάνετε διάγνωση αλλά να νιώσετε πιο άνετα στη διαδικασία του προληπτικού ελέγχου, για παράδειγμα όταν κάνετε ερωτήσεις για τις ενδείξεις της κατάθλιψης στον/στην έφηβο/η. Γνωρίζοντας αυτά τα κριτήρια θα αποκτήσετε μεγαλύτερη αυτο-αποτελεσματικότητα στην αναγνώριση και παραπομπή των εφήβων με κατάθλιψη.



* Τι είναι το DSM-5; Είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, σύντμηση DSM-5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA). Στην Ελλάδα το DSM χρησιμοποιείται ως το κύριο εργαλείο για την ψυχιατρική διάγνωση.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

Κριτήρια βάσει του DM-5

Παρακάτω αναφέρονται τα κριτήρια βάσει του DM-5. Δώστε ιδιαίτερη προσοχή στο είδος, τη διάρκεια και τη χρονική στιγμή εμφάνισης των συμπτωμάτων. Με αυτό τον τρόπο θα καταλάβετε πότε πρόκειται για μια απλή «στεναχώρια» και πότε για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Πολλά συμπτώματα συνυπάρχουν με σωματικές ασθένειες και μπορεί να είναι δύσκολο μερικές φορές να ξεχωρίσετε τι συμβαίνει. Ενώ διαβάζετε τα συμπτώματα, σκεφτείτε:

- αν κάποιος σας έκανε εντύπωση,
- πώς θα ξεχωρίζατε αν το σύμπτωμα είναι σωματικό ή ψυχιατρικό;

Η МКΔ χαρακτηρίζεται από την **παρουσία πέντε ή περισσότερων** από ένα σύνολο εννέα συμπτωμάτων που **επιμένουν για περίοδο δύο εβδομάδων** και συνιστούν μία αλλαγή της προηγούμενης λειτουργικότητας. **Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι 1) καταθλιπτική διάθεση ή 2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγουμένως ήταν ενδιαφέρουσες ή ευχάριστες.**

Οι εννέα κατηγορίες συμπτωμάτων περιλαμβάνουν:

1. **Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά,** όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου (π.χ. αίσθημα δυστυχίας ή κενού) ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων (π.χ. κλαίει εύκολα).
2. **Εκσεσημασμένα μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά** (όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων).
3. **Σημαντική απώλεια βάρους ενώ το άτομο δεν βρίσκεται σε δίαιτα ή αύξηση βάρους** (π.χ. άνω του 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), μείωση ή αύξηση της όρεξης για φαγητό σχεδόν καθημερινά.
4. **Αϋπνία ή υπερυπνία καθημερινά.**

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

> Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

> Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για

Οι εννέα κατηγορίες συμπτωμάτων περιλαμβάνουν:

1. **Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά**, όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου (π.χ. αίσθημα δυστυχίας ή κενού) ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων (π.χ. κλαίει εύκολα).
2. **Εκσεσημασμένα μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας**, σχεδόν καθημερινά (όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων).
3. **Σημαντική απώλεια βάρους ενώ το άτομο δεν βρίσκεται σε δίαιτα ή αύξηση βάρους** (π.χ. άνω του 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), μείωση ή αύξηση της όρεξης για φαγητό σχεδόν καθημερινά.
4. **Αϋπνία ή υπερυπνία καθημερινά**.
5. **Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά** (όπως υποδεικνύεται από τις παρατηρήσεις άλλων ατόμων και όχι μόνο από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου).
6. **Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά**.
7. **Αίσθημα αναξιοτιμίας ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής σχεδόν καθημερινά**.
8. **Μειωμένη ικανότητα για σκέψη ή συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά** (όπως υποδεικνύεται από τις αναφορές του ίδιου του ατόμου ή παρατηρήσεις άλλων ατόμων).
9. **Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου** (όχι φόβου θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο διάπραξης αυτοκτονίας.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; 2ο βήμα

Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται;

Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας;

Παράδειγμα

Τι σημαίνει "παραπέμπω" στην ελληνική πραγματικότητα;

Βασικά μηνύματα εκπαίδευσης στους εφήβους και στους γονείς

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

Ολοκλήρωση της ενότητας

Προσγωγή Γενικής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Τα συμπτώματα:

- Δεν πρέπει να πληρούν τα κριτήρια για μικτή διπολική διαταραχή*.
- **Δεν πρέπει να προκαλούνται από τις άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις μίας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φάρμακο) ή μίας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός)**.
- Δεν πρέπει να οφείλονται σε πένθος.
- Τα συμπτώματα **επιμένουν για διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών**.
- Χαρακτηρίζονται από εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενσκόληση με ιδέες αναξιοτιμίας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.
- Προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική (σχολική) ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

* Τι είναι η διπολική διαταραχή; Η διπολική διαταραχή (ή μανιοκατάθλιψη) είναι ένα είδος διαταραχής της διάθεσης. Η ασθένεια χαρακτηρίζεται από επεισόδια (φάσεις) μανίας και κατάθλιψης, καθώς επίσης και πολλές φορές ψυχωτικά συμπτώματα. Η συχνότητα της ασθένειας στο γενικό πληθυσμό είναι σχετικά μικρή (1% – 1 στους 100).

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DSM-5

> Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Υπάρχουν 3 είδη κατάθλιψης:

- **Ήπια:** είναι παρόντα πέντε ή έξι από τα προαναφερόμενα συμπτώματα, τα οποία είναι ήπιας βαρύτητας με ήπια μόνο έκπτωση της λειτουργικότητας.
- **Σοβαρή:** είναι παρόντα και τα εννέα προαναφερόμενα συμπτώματα. Η κατάθλιψη θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί σοβαρή όταν ο/η ασθενής βιώνει σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας (π.χ. δεν μπορεί να βγει από το σπίτι).
- **Μέτρια:** κατατάσσεται μεταξύ της ήπιας και της σοβαρής κατάθλιψης.



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

> Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Ένας/μία έφηβος/η που πληροί πέντε κριτήρια συμπτωμάτων θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί ότι πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη στην περίπτωση που παρουσιάζει συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας, σαφή πρόθεση ή πρόσφατη απόπειρα ή ψυχωτικά συμπτώματα.



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

> Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Οι έφηβοι παρουσιάζουν παρόμοια κλινική εικόνα με τους ενήλικες στην κατάθλιψη, αλλά δεν πρέπει να παραβλέπεται το ότι ανήκουν σε διαφορετικό στάδιο σωματικής, συναισθηματικής, νοητικής και κοινωνικής ανάπτυξης, οπότε παρουσιάζουν κάποιες διαφορές.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν κάποια από τα συμπτώματα που παρουσιάζουν συχνά οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη.

Πριν από αυτό όμως πρέπει **να τονιστεί ότι συχνά οι έφηβοι που προκαλούν προβλήματα στο σπίτι ή/και στο σχολείο έχουν κατάθλιψη αλλά δε το γνωρίζουν** ενώ έχουν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές συμπεριφοράς ή προβλήματα χρήσης ουσιών.



Το να ρωτήσουμε τον/ην έφηβο/η αν αισθάνεται δυστυχημένος/η ή αν σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του/ης μπορεί να τον/ην βοηθήσει. **Δείχνει ότι κάποιο άτομο νοιάζεται και θέλει τον/την ακούσει.** Σίγουρα «δε του βάζει ιδέες».

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

> Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης. Το βήμα

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Οι έφηβοι παρουσιάζουν παρόμοια κλινική εικόνα με τους ενήλικες στην κατάθλιψη, αλλά δεν πρέπει να παραβλέπεται το ότι ανήκουν σε διαφορετικό στάδιο σωματικής, συναισθηματικής, νοητικής και κοινωνικής ανάπτυξης, οπότε παρουσιάζουν κάποιες διαφορές.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν κάποια από τα συμπτώματα που παρουσιάζουν συχνά οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη.

Πριν από αυτό όμως πρέπει **να τονιστεί ότι συχνά οι έφηβοι που προκαλούν προβλήματα στο σπίτι ή/και στο σχολείο έχουν κατάθλιψη αλλά δε το γνωρίζουν** ενώ έχουν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές συμπεριφοράς ή προβλήματα χρήσης ουσιών.



Το να ρωτήσουμε τον/ην έφηβο/η αν αισθάνεται δυστυχημένος/η ή αν σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του/ης μπορεί να τον/ην βοηθήσει. **Δείχνει ότι κάποιο άτομο νοιάζεται και θέλει τον/την ακούσει.** Σίγουρα «δε του βάζει ιδέες».

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

> Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης. Το βήμα

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

- Συχνή θλίψη, κλαίει εύκολα ή πολύ.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που προηγουμένως απολάμβαναν.
- Έλλειψη κινήτρου, εμμένουσα ανία, χαμηλό επίπεδο ενεργητικότητας.
- Απουσίες ή χαμηλή επίδοση στο σχολείο.
- Κοινωνική απομόνωση, έλλειψη στενών σχέσεων με φίλους και οικογένεια.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχή, αισθήματα αποτυχίας.
- Υπερβολική ευαισθησία στην απόρριψη ή την αποτυχία.
- Αυξημένη ευερεθιστότητα, θυμός ή εχθρικότητα.
- Δυσκολία στις σχέσεις, μικρό ενδιαφέρον για διατήρηση φιλικών σχέσεων.
- Συχνά ανεξήγητα συμπτώματα σωματικών ασθενειών.
- Δυσκολία συγκέντρωσης.
- Σημαντική αλλαγή στο φαγητό και/ή τις συνήθειες ύπνου.
- Σκέφτονται ή κάνουν φυγές από το σπίτι – συνήθως ως μία κραυγή για βοήθεια.
- Εκθέσεις ή εκφράσεις αυτοκτονίας ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.
- Χρήση ουσιών.
- Αυτοτραυματικές συμπεριφορές, ιδιαίτερα όταν δυσκολεύονται να μιλήσουν για συναισθήματα.



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

> Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πόσο προαναγγέλλεται αυτοτραυματική βλάβη για

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

Η πιθανότητα υποτροπής

Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι η πιθανότητα υποτροπής:

- αγγίζει το 20-60% ένα έως δύο χρόνια μετά την ύφεση των συμπτωμάτων,
- αυξάνει σε 70% πέντε χρόνια μετά την ύφεση των συμπτωμάτων του πρώτου επεισοδίου,
- οφείλεται σε ψυχοεστιακές/τραυματικές εμπειρίες (π.χ. απώλειες, κακοποίηση, παραμέληση και συνεχιζόμενες συγκρούσεις και ματαιώσεις), συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία, σωματική ασθένεια, οικογενειακή δυσλειτουργία, ψυχοπαθολογία των γονέων, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έκθεση σε αρνητικά γεγονότα ζωής και χρήση φαρμάκων.



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; 1ο βήμα

Τα πιο συχνά συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις εφηβικής κατάθλιψης είναι η **αϋπνία, η απώλεια βάρους, η πτώση στη σχολική επίδοση και οι οικογενειακές συγκρούσεις.**

Πρώτο βήμα: Κατά τη λήψη ιατρικού ή κοινωνικού ιστορικού ή κατά την κλινική συνέντευξη (αναλόγως την ειδικότητά σας) με έφηβο/η και με τους γονείς/πρόσωπα φροντίδας. Αξιολογούνται τα εξής:

1. Η λειτουργική έκπτωση του εφήβου σε διάφορους τομείς (π.χ. σπίτι, σχολείο, σχέσεις με συνομηλίκους).
2. Η αναγνώριση άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων στο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό.
3. Η αναγνώριση συνυπαρχουσών διαταραχών στον έφηβο που μπορεί να επηρεάζουν τη διάγνωση ή τη θεραπεία (π.χ. χρήση ουσιών, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, σεξουαλική κακοποίηση).



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μεζίνος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

> Πώς πραγματοποιείται συστηματικός

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; 2ο βήμα

Δεύτερο βήμα: Αυτό το βήμα είναι το σημαντικότερο στη διαδικασία του προληπτικού ελέγχου. Συνήθως δεν υπάρχει χρόνος για να πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη λήψη ιατρικού ή κοινωνικού ιστορικού ή κλινική συνέντευξη (αναλόγως την ειδικότητά σας) με τον/ην έφηβο/η και με τους γονείς/πρόσωπα φροντίδας. **Είναι απαραίτητο, λοιπόν, να γίνεται χρήση σταθμισμένων εργαλείων για την ανίχνευση της κατάθλιψης.** Τι σημαίνει αυτό;

- Χορηγείται ένα συνοπτικό ερωτηματολόγιο εύκολο και γρήγορο.
- Μπορεί να συμπληρωθεί από τον/ην έφηβο/η στην αίθουσα αναμονής ή στο γραφείο της εξέτασης (για να εξοικονομήσετε χρόνο).
- Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου είναι εύκολη διαδικασία για τον επαγγελματία υγείας.



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ

ΕΠΟΜΕΝΟ

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μεζίνος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται;

Στην Ελλάδα δύο ερωτηματολόγια προτείνονται για τη διαλογή της εφηβικής κατάθλιψης:

1. Children's Depression Inventory (CDI):

- Περιλαμβάνει 27 ερωτήματα που ποσοτικοποιούν συμπτώματα όπως:
 - την καταθλιπτική διάθεση
 - την ικανότητα για ευχαρίστηση
 - τις νευροφυτικές λειτουργίες
 - την αυτο-αξιολόγηση
 - διαπροσωπικές συμπεριφορές
- Καλύπτει τις συνέπειες της κατάθλιψης όπως εκφράζονται στους εφήβους και στη λειτουργικότητά τους στο σχολείο και στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους.
- Για κάθε ερώτημα ο έφηβος μπορεί να δώσει τρεις πιθανές απαντήσεις που αντιστοιχούν σε τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: 0 απουσία συμπτωμάτων, 1 ήπια συμπτώματα και 2 σίγουρα συμπτώματα.
- Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 54. Στην Ελλάδα προτείνεται ότι συνολική βαθμολογία ≥ 15 είναι ενδεικτική για περαιτέρω διαγνωστική εκτίμηση από παιδοψυχίατρο.
- **Μπορεί να το συμπληρώσει ο/η έφηβος/η κατά την παραμονή του στην αίθουσα αναμονής, αφού είναι ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς για να εξοικονομήσετε χρόνο.**

περαιτέρω διαγνωστική εκτίμηση από παιδοψυχίατρο.

- **Μπορεί να το συμπληρώσει ο/η έφηβος/η κατά την παραμονή του στην αίθουσα αναμονής, αφού είναι ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς για να εξοικονομήσετε χρόνο.**

2. Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2):

- Περιλαμβάνει μόνο δύο ερωτήματα:
 - Τις τελευταίες εβδομάδες, ένιωθες συχνά πεσμένος/η, θλιμμένος/η, ή απελπισμένος/η;
 - Έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου ή δεν ευχαριστείσαι πια να κάνεις πράγματα που απολάμβανες;
- «Ναι» σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω δύο ερωτήματα σημαίνει θετικός ανιχνευτικός έλεγχος.
- Μπορείτε να το χορηγήσετε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με τους εφήβους.

ΝΕΟ! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 1ο βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 2ο βήμα

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 1ο βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 2ο βήμα

> Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται;

Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας;

Παράδειγμα

Τι σημαίνει "παράδειγμα" στην ελληνική πραγματικότητα;

Βασικά μηνύματα εκπαίδευσης στους εφήβους και στους γονείς

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

Ολοκλήρωση της ενότητας

Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας;

Διαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στους παράγοντες ψηλού κινδύνου:

- Οργανωμένο σχέδιο – εξαιρετικά βίαιη ή ασυνήθης μέθοδος τέλεξης της αυτοκτονικής πράξης.
- Απώλεια λογικής σκέψης.
- Φύλο – ενώ τα κορίτσια αποπειρώνται συχνότερα να αυτοκτονήσουν, εν τέλει τα αγόρια αυτοκτονούν σε μεγαλύτερα ποσοστά.
- Ηλικία άνω των 16 ετών.
- Συνοσπρές με κατάθλιψη ψυχικές διαταραχές (π.χ. διαταραχές διαγωγής, εκρήξεις οργής/επιθετικότητας).
- Προηγούμενες απόπειρες.
- Χρήση αλκοόλ.
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.
- Σωματικές ασθένειες.
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.



ΝΕΟ! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μεγίστων Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Συμπτώματα

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για

- Ηλικία άνω των 16 ετών.
- Συνοσπρές με κατάθλιψη ψυχικές διαταραχές (π.χ. διαταραχές διαγωγής, εκρήξεις οργής/επιθετικότητας).
- Προηγούμενες απόπειρες.
- Χρήση αλκοόλ.
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.
- Σωματικές ασθένειες.
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Οι έφηβοι με αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να παρουσιάζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές που να αποτελούν ενδείξεις αυτοκτονικού ιδεασμού όπως:

- Λεκτική έκφραση αυτοκαταστροφικών σκέψεων.
- Έντονη ενασχόληση με μουσική βιντεοπαιχνίδια, βιβλία ή τηλεοπτικά προγράμματα που επικεντρώνονται στο θέμα του θανάτου.
- Επίσκεψη διαδικτυακών τόπων που περιέχουν πληροφορίες σχετιζόμενες με τον θάνατο και την αυτοκτονία.

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται;

> Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας;

Παράδειγμα

Παράδειγμα

Ο Γιώργος είναι ένα 15χρονο αγόρι το οποίο έχει κλείσει ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου γιατί τον τελευταίο καιρό αισθάνεται εξαντλημένος. Όση ώρα βρίσκεται στην αίθουσα αναμονής συμπληρώνει το CDI, που περιγράφεται παραπάνω, γιατί είναι ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Σημειώνεται ότι ο Γιώργος έχει ήδη κάνει εξετάσεις και δεν έχει κάποια σωματική νόσο. Παρακάτω θα δείτε ένα παράδειγμα προληπτικού ελέγχου της εφηβικής κατάθλιψης από έναν επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια του ραντεβού.

- Ε.Υ. (επαγγελματία υγείας): Νομίζω ότι μπορώ να είμαι χρήσιμος με ό,τι πρόβλημα αντιμετωπίζεις, οτιδήποτε σε ενοχλεί.
- Γ. (Γιώργος): Ναι.
- Ε.Υ.: Σκέφτεσαι τον τελευταίο καιρό να κάνεις κακό στον εαυτό σου ή σε κάποιον άλλον. Είναι ερωτήσεις που κάνω σε όλους αλλά θέλω να ξέρω πώς αισθάνεσαι.
- Γ. Οκέι. Ναι μάλλον.
- Ε.Υ.: Αισθάνεσαι ποτέ χαρούμενος ή θυμωμένος ή απογοητευμένος ή κάτι παρόμοιο;
- Γ. Μερικές φορές αισθάνομαι θυμωμένος, μερικές φορές απογοητευμένος, μερικές φορές χαρούμενος, εξαρτάται.
- Ε.Υ.: Σε βάζουν ποτέ αυτά τα συναισθήματα θυμού ή απογοήτευσης σε μπλεδάδες;
- Γ. Τι είδους μπλεδά;
- Ε.Υ.: Αυτή είναι μια καλή ερώτηση. Προβλήματα με το νόμο, στο σπίτι ή στο σχολείο.
- Γ. Ε καμιά φορά στο σπίτι τσακωνόμωι με την μάνα μου και με την αδελφή μου όταν γίνεται ενοχλητική.
- Ε.Υ.: Άρα έχεις μια μικρότερη αδελφή.
- Γ. Ναι...
- Ε.Υ.: Αισθάνεσαι λυπημένος ή καταθλιπτικός;
- Γ. Όχι.
- Ε.Υ.: Έχει αλλάξει η όρεξή σου;

- Γ.: Ε καμιά φορά στο σπίτι τσακωνόμωι με την μάνα μου και με την αδελφή μου όταν γίνεται ενοχλητική.
- Ε.Υ.: Άρα έχεις μια μικρότερη αδελφή.
- Γ. Ναι...
- Ε.Υ.: Αισθάνεσαι λυπημένος ή καταθλιπτικός;
- Γ. Όχι.
- Ε.Υ.: Έχει αλλάξει η όρεξή σου;
- Γ. Όχι.
- Ε.Υ.: Έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου για τις δραστηριότητές σου;
- Γ. Όχι, παίζω μπάσκετ.
- Ε.Υ.: Έχει χάσει γενικά την ενέργειά σου;
- Γ.: Είμαι πολύ κουρασμένος τελευταία, μερικές φορές είμαι τόσο κουρασμένος που δεν έχω όρεξη να πάω για μπάσκετ. Σκέφτομαι ότι μπορεί να έχω καμιά γρίπη γιατί με πιάνουν πόνοι και στο στήθος μου κάποιες φορές και η καρδιά μου χτυπάει πολύ γρήγορα.
- Ε.Υ.: Θα μπορούσαμε να τσεκάρουμε για να δούμε αν έχεις κάτι σωματικό. Θέλω να σε ρωτήσω, όμως, και αν αισθάνεσαι ποτέ αγχωμένος όταν σου συμβαίνει αυτό;
- Γ. Μερικές φορές αλλά δεν ξέρω τι να κάνω για να σταματήσει.
- Ε.Υ.: Πρέπει να το δουλέψουμε λίγο αυτό. Θεσ ποτέ να κάνεις κακό στον εαυτό σου λόγω αυτού του άγχους;
- Γ.: Το έχω σκεφτεί, δε νομίζω ότι θα το κάνω ποτέ, γιατί δε θα μπορούσα να το κάνω αυτό ποτέ στην οικογένειά μου.
- Ε.Υ.: Είχες ποτέ κάποιο σχέδιο για να το πραγματοποιήσεις;
- Γ.: Όχι όχι, ποτέ.
- Ε.Υ.: Χαίρομαι που δεν είχες και που έχεις αναγνωρίσει τι σε αποτρέπει από αυτό. Ανησυχώ όμως που το έχεις σκεφτεί, και θεωρώ ότι πρέπει κάτι να κάνουμε για το άγχος σου για να νιώσεις καλύτερα.

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παράδειγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παράδειγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται;

Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας;

> Παράδειγμα

Τι σημαίνει "παραπέμπω" στην ελληνική πραγματικότητα;

Βασικά μηνύματα εκπαίδευσης στους εφήβους και στους γονείς

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

Ολοκλήρωση της ενότητας

Τι σημαίνει “παραπέμπω” στην ελληνική πραγματικότητα;

Αφού ολοκληρώσετε τη διαδικασία της διαλογής της εφηβικής κατάθλιψης, οι έφηβοι που υπάρχει πιθανότητα να έχουν κατάθλιψη πρέπει να παραπεμφθούν σε ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας για περαιτέρω αξιολόγηση. Δυστυχώς στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν υπάρχει συγκεκριμένη διαδικασία παραπομπής σε δομές ψυχικής υγείας, **αλλά υπάρχουν επιλογές**. Αν στη δομή που εργάζεστε υπάρχει τμήμα παιδοψυχιατρικής τότε μπορείτε να παραπέμψετε εκεί τον/ην έφηβο/η. **Σε περίπτωση που δεν υπάρχει τότε καλό είναι να γνωρίζετε τις δομές που υπάρχουν στην περιοχή σας ώστε να δώσετε επιλογές στον/ην έφηβο/η και την οικογένειά του/ης.**



Σε κάθε περίπτωση το σημαντικότερο είναι να ενημερώσετε και να εξηγήσετε στους γονείς και τους εφήβους γιατί είναι σημαντικό να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, ποια είναι τα αίτιά της, τα συμπτώματά της, την πορεία της και τους κινδύνους που προκύπτουν αν ο/η έφηβος/η δεν λάβει την κατάλληλη θεραπεία. Με αυτό τον τρόπο ο/η έφηβος/η και η οικογένειά του/ης θα μπορούν να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων κατά τη θεραπεία.

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Βασικά μηνύματα εκπαίδευσης στους εφήβους και στους γονείς

Βασικά μηνύματα της εκπαίδευσης είναι τα εξής:

- **Η κατάθλιψη είναι ασθένεια, δεν είναι αδυναμία. Δεν φταίει κάποιος για αυτή, συνήθως ευθύνονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.**
- **Οι δυσκολίες που βιώνει ο έφηβος στη λειτουργικότητά του είναι εκδηλώσεις της ασθένειας.**
- **Η ασθένεια συχνά υποτροπιάζει και η περίοδος ανάρρωσης μπορεί να είναι μακρά. Αυτό δεν πρέπει να μας απογοητεύει.**
- **Καταπολεμάμε το στίγμα που υπάρχει για την κατάθλιψη.**



Π.χ. – «Τι φταίει»; – «Η κατάθλιψη δεν προκαλείται από ένα μόνο παράγοντα. Παίζουν ρόλο και τα γονίδια και το περιβάλλον. Συνήθως πυροδοτείται από την εμφάνιση κάποιας σωματικής ασθένειας, από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα, ή την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Οι έφηβοι με αγχώδη διαταραχή ή και προβληματά συμπεριφοράς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη.»

Γίνεται φανερό, λοιπόν, ότι πρέπει να ακούμε τις ανησυχίες και τις απορίες του/ης εφήβου και της οικογένειάς του/ης, να τους ενημερώνουμε και να τους βοηθάμε να αντιμετωπίσουν με τον καλύτερο τρόπο τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μια διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται ουστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης; Το βήμα

ασθενείας.

- Η ασθένεια συχνά υποτροπιάζει και η περίοδος ανάρρωσης μπορεί να είναι μακρά. Αυτό δεν πρέπει να μας απογοητεύει.
- Καταπολεμάμε το στίγμα που υπάρχει για την κατάθλιψη.



Π.χ. – «Τι φταίει;», – «Η κατάθλιψη δεν προκαλείται από ένα μόνο παράγοντα. Παίζουν ρόλο και τα γονίδια και το περιβάλλον. Συνήθως πυροδοτείται από την εμφάνιση κάποιας σωματικής ασθένειας, από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα, ή την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Οι έφηβοι με αγχώδη διαταραχή ή και προβλήματα συμπεριφοράς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη.»

Γίνεται φανερό, λοιπόν, ότι πρέπει να ακούμε τις ανησυχίες και τις απορίες του/ης εφήβου και της οικογένειάς του/ης, να τους ενθαρρύνουμε να συνεχίσουν την θεραπεία, **να τους δίνουμε ελπίδα.**

Είναι σημαντικό να διατηρείτε επαφή με τον/ην έφηβο/η και την οικογένειά του! Δώστε τους μία εβδομάδα περιθώριο να επικοινωνήσουν με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, καλέστε τους για να βεβαιωθείτε ότι έγινε η επικοινωνία και **κλείστε ένα ραντεβού για επαναξιολόγηση μετά το πρώτο ραντεβού τους με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.**

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 1ο βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 2ο βήμα

Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται;

Πώς πραγματοποιείται αναγνώριση/αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας;

Παράδειγμα

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

Συμπτώματα κατάθλιψης και αυτοκτονικότητα στην εφηβεία.
<http://youth-health.gr/thematikes-enotites/psuxiki-ugeia/symptomata-katathlipsis-kai-autoktonikotita-stin-efibeia#.WObBzG-LTV>

Giannakopoulos, G. (2016). Κατάθλιψη στην εφηβεία. In D.K. Anagnostopoulos, E. Lazarou & G. Giannakopoulos, *Η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας εφήβων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (pp. 84-97). Αθήνα.

Libby, J.M., Stuart-Shor, E., & Patankar, A. (2014). The implementation of a clinical toolkit and adolescent depression screening program in primary care. *Clinical pediatrics*, 53(14), 1336-1344. doi: 10.1177/0009922814543945.

Maheux, B., Gilbert, A., Haley, N., & Frappier, J.Y. (2006). Adolescent care, Part 2: Communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems. *Canadian Family Physician*, 52(11), 1442- 1443. Ανακτήθηκε από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17279203>.

Zuckerbrot, R.A., Cheung, A.H., Jensen, P.S., Stein, R.E.K., Laraqe, D., & GLAD PC Steering Group. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 120(5), 1299-1312. doi:10.1542/peds.2007-1144.

Zuckerbrot, R.A., Cheung, A.H., Jensen, P.S., Stein, R.E.K., Laraqe, D., & GLAD PC Steering Group. (2010). Guidelines for Adolescent

**NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή**

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διαλογή και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παραδείγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 1ο βήμα

Truby, J.W., Stuart-Smith, E., & Patankar, A. (2014). The implementation of a clinical toolkit and adolescent depression screening program in primary care. *Clinical pediatrics*, 53(14), 1336-1344. doi: 10.1177/0009922814543945.

Maheux, B., Gilbert, A., Haley, N., & Frappier, J.Y. (2006). Adolescent care, Part 2: Communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems. *Canadian Family Physician*, 52(11), 1442-1443. Ανακτήθηκε από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17279203>.

Zuckerbrot, R.A., Cheung, A.H., Jensen, P.S., Stein, R.E.K., Laraque, D., & GLAD PC Steering Group. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 120(5), 1299-1312. doi:10.1542/peds.2007-1144.

Zuckerbrot, R.A., Cheung, A.H., Jensen, P.S., Stein, R.E.K., Laraque, D., & GLAD PC Steering Group. (2010). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC) Toolkit. Ανακτήθηκε από <http://c2199892.cdn.cloudfiles.rackspacecloud.com/glad-pc-toolkit-v1-r4.pdf>

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων

Παράδειγματα συχνών συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους εφήβους

Η πιθανότητα υποτροπής

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 1ο βήμα

Πώς πραγματοποιείται συστηματικός έλεγχος για αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης: 2ο βήμα

Ποια συγκεκριμένα σταθμισμένα εργαλεία πρέπει

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning

ΑΡΧΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ | ΕΕΣ

Ολοκλήρωση της ενότητας

Η παρούσα εκπαιδευτική ενότητα βρίσκεται σε πιλοτικό στάδιο.

Παρακαλούμε ενημερώστε την συντονίστρια της ενότητας κα Φωτεινή Διακουμάκου foteinidiakoumakou@gmail.com για την αξιολόγηση ενότητας και τη βέβαιωση παρακολούθησής της.



NEO! Εφηβική κατάθλιψη: Αναγνώριση & Παραπομπή

Βασικές Οδηγίες

Στόχοι του μαθήματος

Γιατί είναι σημαντικό να γίνεται διάλογος και αναγνώριση της εφηβικής κατάθλιψης;

Επιπολασμός και επίπτωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την έναρξη της κατάθλιψης στους εφήβους;

Σκεφτείτε

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κριτήρια βάσει του DM-5

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Κριτήρια βάσει του DSM-5 συνέχεια

Η κατάθλιψη στους εφήβους όμως παρουσιάζει μία διαφορά

Διαφορές της κατάθλιψης μεταξύ εφήβων και ενηλίκων