

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*ΤΙΤΛΟΣ: «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ
ΜΑΘΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΤΑΞΗ: ΜΗ-
ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ»*

ΟΝΟΜΑ: ΔΟΥΡΙΔΑ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΡΥΣΗ ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ

Αθήνα, 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία. Οι εκπαιδευτικοί κατέχουν καίρια θέση στην αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μαθητών τους. Προκειμένου να βελτιωθούν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών, δημιουργήθηκε ένας εκπαιδευτικός οδηγός για την αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μαθητών και την υποστήριξή τους.

Μεθοδολογία: Η μελέτη διεξήχθη σε 48 εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ομάδα παρέμβασης n=23, ομάδα ελέγχου n=25) από την Τρίπολη, που εργάζονταν σε Δημόσια Σχολεία της πόλης. Η επίδραση της παρέμβασης στους συμμετέχοντες αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγια πριν και μετά την χορήγηση του εκπαιδευτικού οδηγού. Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησαν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη.

Αποτελέσματα: Η χορήγηση του εκπαιδευτικού οδηγού αύξησε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών του δείγματος. Το 1/3 του δείγματος των εκπαιδευτικών δεν είχε ενημερωθεί ποτέ για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι θα χρησιμοποιήσουν τις στρατηγικές που προτείνονται εντός του οδηγού.

Συμπεράσματα: Ο εκπαιδευτικός οδηγός που δόθηκε στους εκπαιδευτικούς για την αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μαθητών και την υποστήριξή τους φαίνεται να αύξησε τις γνώσεις τους.

Λέξεις κλειδιά: εκπαιδευτικοί, Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, παιδική κατάθλιψη, εφηβική κατάθλιψη, γνώσεις

Περιεχόμενα

1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1.1	Ορισμός της κατάθλιψης.....	5
1.2	Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους	6
1.3	Παράγοντες στους οποίους οφείλεται η κατάθλιψη στα παιδιά & στους εφήβους ...	8
1.4	Η πορεία της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους.....	10
1.5	Η διάγνωση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους	11
1.6	Επιπτώσεις στην μετέπειτα ζωή	12
1.7	Συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές	13
2.	Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	15
2.1	Ο ρόλος των σχολείων στην προαγωγή ψυχικής υγείας	15
2.2	Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην προαγωγή της ψυχικής υγείας	16
2.3	Η σημασία της αναγνώρισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά και στους εφήβους από τους εκπαιδευτικούς	18
2.4	Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης από τους εκπαιδευτικούς σε διεθνές επίπεδο	20
2.5	Προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης σε διεθνές επίπεδο	22
2.6	Στρατηγικές και προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης από τους εκπαιδευτικούς στην Ελλάδα	26
3.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ	28
3.1	Ο σκοπός & στόχοι του προγράμματος	28
3.2	Οι ερευνητικές υποθέσεις.....	29
3.3	Ερευνητικό σχέδιο	29
3.4	Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου	30
3.5	Μέθοδος παρέμβασης.....	30
3.6	Αναλυτική περιγραφή παρέμβασης	32
3.7	Δεοντολογικές παράμετροι.....	33
4.	ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	34
4.1	Εργαλείο της αξιολόγησης της επίδρασης της παρέμβασης	34
4.2	Εργαλείο αξιολόγησης της διαδικασίας της παρέμβασης	34
4.3	Στατιστική ανάλυση.....	35
5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	38
5.1	Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....	38
5.2	Ενημέρωση εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη	39

5.3	Εμπειρία σε περιστατικά μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα.....	40
5.4	Γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την παιδική κατάθλιψη	41
5.4.1	Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση.....	41
5.4.2	Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση	45
5.4.3	Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης.....	50
5.5	Αξιολόγηση της παρέμβασης	52
6	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	55
	Δυνατά σημεία της μελέτης	59
	Περιορισμοί	59
	Μελλοντικές μελέτες και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις	61
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63
	ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	74

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός της κατάθλιψης

Τα ολοένα και αυξανόμενα ποσοστά εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών έχουν επιστήσει την προσοχή του επιστημονικού κόσμου στην έρευνα για την ψυχική υγεία (Lima et al., 2013). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, η ψυχική υγεία ως ένα κομμάτι της ευρύτερης υγείας των παιδιών και των εφήβων, επηρεάζει άμεσα την σωματική τους υγεία, τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές τους δεξιότητες. Σε γενικές γραμμές, η σωματική και η ψυχική υγεία έχει άμεση επιρροή στον τρόπο που τα παιδιά και οι έφηβοι αισθάνονται, σκέπτονται και δρουν (APA, 2019).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι περισσότεροι από 300 εκατομμύρια άνθρωποι όλων των ηλικιών σε παγκόσμιο επίπεδο υποφέρουν από κατάθλιψη (major depressive disorder) (WHO, 2018), σημειώνοντας αύξηση της τάξεως του 18% σε σύγκριση με αυτή που είχε καταγραφεί κατά τη δεκαετία 2005-2015 (WHO, 2017). Οι περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών έχουν αυξηθεί όχι μόνο μεταξύ των ενηλίκων, αλλά και μεταξύ των παιδιών (Lima et al., 2013). Η κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους ανήκει στις ψυχικές διαταραχές και επηρεάζει την σωματική, συναισθηματική και κοινωνική τους κατάσταση (Clark, Jansen, & Cloy, 2012).

Η παιδική και εφηβική κατάθλιψη αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα ψυχικής υγείας παγκοσμίως (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012) και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο με σοβαρές και διαρκείς συνέπειες στην ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων (Lima et al., 2013· Rolim et al., 2011). Βραχυπρόθεσμα, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελέσει πηγή ψυχολογικού πόνου για τα παιδιά και τους εφήβους, ενώ μακροπρόθεσμα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο το κοινωνικό, γνωστικό και συναισθηματικό τους επίπεδο. Πρόκειται δηλαδή για μια σοβαρή κατάσταση υγείας, που την καθιστά σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης για εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στην μετέπειτα ενήλικη ζωή καθώς και τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία (ADDA, 2018· Gomes, Rosa, Justino, & Neto, 2009· Lima et al., 2013).

1.2 Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους

Είναι γεγονός ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν αυξηθεί τόσο στους ενήλικες όσο και στους νέους ηλικίας κάτω των 13 ετών με επιπολασμό από 0,3% έως 7,8% (Lima et al., 2013). Τις τελευταίες δεκαετίες, ο επιπολασμός της κατάθλιψης έχει αυξηθεί, ενώ η ηλικία κατά την οποία γίνεται η διάγνωση της κατάθλιψης έχει μειωθεί. Η εμφάνισή της κατάθλιψης μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά η πιθανότητα εμφάνισής της αυξάνεται σημαντικά κατά την περίοδο της εφηβείας. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των παιδιών και των εφήβων με συμπτώματα κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος από αυτόν που έχουν διαγνωστεί με καταθλιπτική διαταραχή (Richardson & Katzenellenbogen, 2005).

Σύμφωνα με την έρευνα των Κλεφτάρα και Διδασκάλου (2006) που διεξήχθη στην Ελλάδα φαίνεται ότι περίπου το 30% των παιδιών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην εκτεταμένη περιοχή του Βόλου στη Θεσσαλία, στην κεντρική Ελλάδα και πιθανότατα σε όλη τη χώρα εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτό υπερβαίνει κατά δύο ή τρεις φορές το ποσοστό που προέρχεται από επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν αλλού χρησιμοποιώντας τα ίδια ή παρόμοια όργανα, υποδηλώνοντας ότι περίπου το 10-15% του παιδικού πληθυσμού παρουσιάζει σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης.

Είναι γεγονός ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης φαίνεται να είναι σπάνια μεταξύ των παιδιών, αλλά είναι περισσότερο κοινή στους εφήβους με επιπολασμό μέχρι και 25%, έως την λήξη της εφηβείας (Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001). Πιο αναλυτικά, εκτιμάται ότι περίπου το 0,3% των παιδιών προσχολικής ηλικίας, το 2% των παιδιών σχολικής ηλικίας και το 5-10% των εφήβων θα παρουσιάσει κατάθλιψη (Allgaier et al., 2014· Dopheide, 2006· Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004).

Πιο αναλυτικά, έχει παρατηρηθεί ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης στα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι πολύ σπάνια, καθώς το ποσοστό του επιπολασμού είναι μικρότερο του 1% (Birmaher, Brent, & AACAP, 2007· Dopheide, 2006· Thapar et al., 2012). Κατά τα πρώιμα παιδικά χρόνια, τα ποσοστά επιπολασμού φαίνεται να παρουσιάζουν μια μικρή αύξηση, αγγίζοντας το 2%, χωρίς να παρουσιάζονται

σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο (Birmaher et al., 2007· Dopheide, 2006).

Αυτή η εικόνα αρχίζει να αλλάζει κατά την περίοδο της εφηβείας. Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν την καταγεγραμμένη αύξηση του επιπολασμού κατά την εφηβική περίοδο, καθώς αποτελεί μια αναπτυξιακή περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες βιολογικές και κοινωνικές μεταβολές (Avenevoli Swendsen, He, Burstein, & Merikangas, 2015· Cyranowski, Young, & Shear, 2000· Thapar et al., 2012). Έτσι λοιπόν, ο επιπολασμός της κατάθλιψης εκτιμάται ότι αγγίζει το 2,8% σε ηλικία κάτω των 13 ετών και το 5,6% στους εφήβους ηλικίας 13 έως 18 ετών (Costello, Erkanli, & Angold, 2006· Clark et al., 2012). Πιο αναλυτικά, εκτιμάται ότι ένας στους 13 εφήβους παρουσιάζει μείζονα κατάθλιψη, αναλογία που την καθιστά την πιο κοινή χρόνια διαταραχή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Whittaker et al., 2012). Αν και όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η εμφάνιση της κατάθλιψης σε παιδιά που βρίσκονται στην προ-εφηβική περίοδο είναι σπάνια, όσο προχωρούν τα χρόνια οι πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης προς το τέλος της εφηβείας φαίνεται να αγγίζει το 20% των εφήβων όλων των κοινωνικών στρωμάτων (DSM-5, 2013· Fleitlich-Bilyk, & Goodman, 2004· Huberty, 2010· Supporting Minds, 2013· Pillai et al., 2008· Rohde, Stice, & Gau, 2012), με περίπου το 10% από αυτούς να την εκδηλώνει σε ηλικία 16 ετών (Smith, Robinson, & Segal, 2018· Spence & Shortt, 2007).

Αναλυτικότερα, τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης σε κοινοτικά δείγματα εφήβων κυμαίνονται από 1% έως 6%· με τον ρυθμό εμφάνισής της να παρουσιάζεται διπλάσιος σε έφηβες 13-15 ετών συγκριτικά με τους έφηβους της ίδιας ηλικίας (Allgaier et al., 2014· Dopheide, 2006· Sadock, Sadock, & Kaplan, 2009· Saluja et al., 2004). Παρόλα αυτά, η αιτία της αυξημένης εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις έφηβες δεν έχει αποσαφηνιστεί. Ορισμένες υποθέσεις στηρίζονται στη διαφορά που παρουσιάζουν τα δύο φύλα κατά την περίοδο της εφηβείας ως προς την κοινωνική θέση, τη διαφορά ως προς τις τεχνικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, τα υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης που παρατηρούνται στα κορίτσια και τις νευροβιολογικές και τις ορμονικές αλλαγές που διαφέρουν στα δύο φύλα (AACAP, 2018· Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Thapar et al., 2012).

1.3 Παράγοντες στους οποίους οφείλεται η κατάθλιψη στα παιδιά & στους εφήβους

Οι παράγοντες που θέτουν ένα παιδί ή έναν έφηβο σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης ποικίλλουν. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις κατηγορίες: σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, σε αρνητικά γεγονότα ζωής και στα εγγενή χαρακτηριστικά των παιδιών και εφήβων (Richardson & Katzenellenbogen, 2005). Η πιο σύγχρονη άποψη υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης βιολογικών, περιβαλλοντικών, γνωστικών, συναισθηματικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της ίδιας της προσωπικότητάς του παιδιού και του εφήβου (Brent & Maalouf, 2009· Clark, 2012· NIMH, 2016· Spence, Sheffield, & Donovan, 2003· Youthline, 2014· Zuckerbrot Cheung, Jensen, Stein, & Laraque, 2007) (βλέπε Πίνακα 1).

Αρχικά, οι γενετικοί παράγοντες είναι περισσότερο μελετημένοι σε σχέση με τους υπόλοιπους (Richardson & Katzenellenbogen, 2005). Έτσι λοιπόν, ένας από τους πιο ισχυρούς και κλινικά σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους είναι η γονική κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, οι απόγονοι καταθλιπτικών γονέων παρουσιάζουν 2 έως και 3 φορές αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών (Birmaher et al., 1996· Garber et al., 2009). Και έχει βρεθεί ότι το 20 έως 50% των νέων που εμφανίζουν κατάθλιψη στην πρώιμη παιδική ηλικία ή την εφηβεία έχουν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης διαταραχής ψυχικής υγείας (Dopheide, 2008· Richardson & Katzenellenbogen, 2005).

Αρκετές μελέτες χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη ως μια «οικογενειακή» διαταραχή, η οποία προκαλείται από την αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (ADDA, 2018· Birmaher et al., 2007· Waddell McEwan, Shepherd, Offord, & Hua, 2005). Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει το παιδί μπορεί επίσης να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους (Richardson & Katzenellenbogen, 2005). Για παράδειγμα, η έκθεση του παιδιού και του εφήβου σε αρνητικά γεγονότα της ζωής, όπως οι έντονες

οικογενειακές συγκρούσεις, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, το διαζύγιο ή ο χωρισμός των γονέων, ο πρόωρος θάνατος ενός γονέα, η απώλεια ενός φίλου, οι λιγότερο καλές σχέσεις με τους συνομηλίκους έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Dopheide, 2008· Richardson & Katzenellenbogen, 2005).

Επιπλέον, οι τραυματικές εμπειρίες και τα αγχογόνα γεγονότα της ζωής του παιδιού και του εφήβου που μπορεί να προέρχονται από το οικογενειακό ή το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι όσο πιο πρώιμοι είναι τόσο πιο πολύ αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της εν λόγω διαταραχής. Για παράδειγμα, η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της κατάθλιψης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Dopheide, 2008· Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Supporting Minds, 2014· Youthline, 2014).

Τέλος, τα ίδια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού και του εφήβου που περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα άγχους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, υψηλή αυτοκριτική, αρνητική εικόνα εαυτού και ελλείψεις κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης (AACAP, 2018· Beardslee & Gladstone, 2001· Birmaher et al., 2007· NIMH, 2016· Richardson & Katzenellenbogen, 2005).

Βιολογικοί	Ψυχολογικοί	Περιβαλλοντικοί
-Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης	-Συναισθηματική εξάρτηση	-Κακές σχέσεις με συνομηλίκους
-Φύλο	-Απόπειρες αυτοκτονίας	-Μειωμένη σωματική δραστηριότητα
-Ορμονικές αλλαγές κατά την εφηβεία	-Χαμηλή αυτοεκτίμηση	-Έντονη σύγκρουση γονέων
-Χαμηλό βάρος γέννησης	-Αρνητική εικόνα σώματος	-Απώλεια (π.χ. θάνατος μέλους της οικογένειας ή φίλου)
-Μητέρα κάτω των 18 ετών	-Αρνητική σκέψη	-Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο
-Ιατρικές ασθένειες (π.χ. άσθμα, διαβήτης)		-Χαμηλή ακαδημαϊκή απόδοση
-Παχυσαρκία		-Χρήση ουσιών
-Άλλες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. άγχος, διαταραχές		

μάθησης)

-Διαταραχές ύπνου

-Τραυματικό συμβάν (π.χ.

σωματική ή σεξουαλική

κακοποίηση)

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου για παιδική-εφηβική κατάθλιψη. Προσαρμοσμένο από (Beardslee & Gladstone, 2001· Brent & Maalouf, 2009· Clark et al., 2012· Kessler et al., 2001· Richardson & Katzenellenbogen, 2005)

1.4 Η πορεία της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα και βασικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Rohde, Stice & Gau, 2012· Saluja et al., 2004). Παρ'όλα αυτά, είναι γνωστό ότι η συγκεκριμένη διαταραχή εξακολουθεί να μην προσδιορίζεται επαρκώς, καθώς είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί η έγκαιρη αναγνώριση, η διάγνωση και η θεραπεία της (Huberty, 2010). Και αυτό γιατί πολλές φορές τα συμπτώματα κατάθλιψης στους νέους συχνά αποδίδονται στο φυσιολογικό άγχος της εφηβείας (Saluja et al., 2004). Οι έρευνες αναφέρουν ότι μόνο το 50% των εφήβων με κατάθλιψη διαγιγνώσκεται πριν φθάσει στην ενηλικίωση (Zuckerbot et al., 2007).

Γενικότερα, η πορεία και η πρόγνωση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους εξαρτάται από την ηλικία εκδήλωσης, τη σοβαρότητα του επεισοδίου και την παρουσία συνοδών διαταραχών (Sadock et al., 2009). Συνήθως η έναρξη της κατάθλιψης μπορεί κατά προσέγγιση να προσδιοριστεί γύρω στα 11-14 έτη, όμως όσο πιο νωρίς εμφανιστεί, τόσο πιο σοβαρή είναι η πορεία της (Avenevoli et al., 2015· Crundwell & Killu, 2010).

Επίσης ελλείπει θεραπείας, ο μέσος όρος διάρκειας ενός καταθλιπτικού επεισοδίου διαρκεί περίπου επτά έως εννιά μήνες. Η πιθανότητα επανάληψής του σε εφήβους αγγίζει το 20-40% στα πρώτα δύο έτη και το 70% στα πρώτα πέντε έτη (Dopheide, 2006· Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Sadock et al., 2009). Επιπλέον, η βασική διαφοροποίηση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης σε σχέση με τους ενήλικες είναι ότι τα παιδιά εκφράζουν άλλη συμπτωματολογία της διαταραχής, η οποία είναι πιο δύσκολο να αξιολογηθεί και να διαγνωστεί στην παρούσα ηλικία (Birmaher et al., 2007· Supporting Minds, 2013· Youthline, 2014).

1.5 Η διάγνωση της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή στα παιδιά διαγιγνώσκεται πιο εύκολα όταν είναι οξεία και όταν εμφανίζεται σε ένα παιδί χωρίς προηγούμενα ψυχιατρικά συμπτώματα (Sadock et al., 2009). Αν και τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη είναι τα ίδια για παιδιά, εφήβους και ενήλικες, διαφέρει ο τρόπος με τον οποίο αυτά τα συμπτώματα εκδηλώνονται σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Γενικότερα, η ευερεθιστότητα και ο θυμός είναι τα πιο κοινά σημάδια της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους (AACAP, 2018· ADDA, 2018· Clark et al., 2012). Οι πιο εμφανείς ενδείξεις είναι οι σωματικές αλλαγές και οι αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως πόνοι στη κοιλιά και το κεφάλι, προβλήματα με τον ύπνο και τη διατροφή, συχνά ξεσπάσματα θυμού, έντονος εκνευρισμός, ανησυχία και ευερεθιστότητα (Dopheide, 2008· Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2004, 2006· Wenar & Kerg, 2008). Επιπλέον, παρατηρούνται έντονα και παρατεταμένα αισθήματα ενοχής, θλίψης, ντροπής και υπερευαισθησίας στην κριτική (Dopheide, 2008· Youthline, 2014).

Από τη άλλη, οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ανηδονία, πλήξη, απελπισία και να προβούν στην χρήση οινόπνευματος ή άλλων ναρκωτικών ουσιών (Clark et al., 2012). Επίσης, είναι σύνηθες οι έφηβοι με καταθλιπτική συμπτωματολογία να εκφραστούν με λεκτική επιθετική συμπεριφορά, όπως επίσης η μνήμη και ο λόγος να επηρεαστούν με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ολοκληρώσουν σκέψεις και ιδέες (Crundwell & Killu, 2010· Dopheide, 2008· Smith, Robinson, & Segal, 2018· Youthline, 2014).

Σύμφωνα με το DSM-V τα κριτήρια για τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής που πρέπει να πληρούνται είναι: α) η εκδήλωση τουλάχιστον πέντε συμπτωμάτων για διάστημα δύο εβδομάδων και β) η αλλαγή στην λειτουργικότητα του παιδιού ή του εφήβου σε σχέση με το παρελθόν (AACAP, 2018· ADDA, 2018· APA, 2013). Πιο αναλυτικά, ανάμεσα στα απαραίτητα συμπτώματα που πρέπει να παρατηρηθούν, είναι είτε η καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση, είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Τα άλλα συμπτώματα από τα οποία αντλούνται τα άλλα τέσσερα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν την αδυναμία του παιδιού να διατηρήσει το βάρος του, καθημερινή αϋπνία ή υπνηλία, ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση, καθημερινή κόπωση ή έλλειψη ενέργειας, συναισθήματα ματαιότητας ή ενοχής, αδυναμία συγκέντρωσης και σκέψεις για θάνατο. Αυτά τα συμπτώματα

προκαλούν αδυναμία του παιδιού να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές του υποχρεώσεις (Sadock et al., 2009) (Βλέπε Πίνακα 2).

A. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να περιλαμβάνει πέντε ή περισσότερα από τα συμπτώματα που αναφέρονται παρακάτω τις περισσότερες ημέρες για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Ένα από τα συμπτώματα πρέπει να είναι είτε το στοιχείο 1 είτε το 2.

1. Καταθλιπτική / ευερέθιστη διάθεση τις περισσότερες φορές.
2. Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες.
3. Σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, αποτυχία αύξησης βάρους ή αλλαγή όρεξης.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία.
5. Παρατηρήσιμη ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση.
6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας.
7. Αισθήματα της άχρηστης ή υπερβολικής ακατάλληλης ενοχής.
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα.
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις για θάνατο, επαναλαμβανόμενο αυτοκτονικός ιδεασμός, χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία.

Πίνακας 2. Τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-5. (APA, 2013)

1.6 Επιπτώσεις στην μετέπειτα ζωή

Η παιδική και εφηβική κατάθλιψη συνδέεται και με αρνητικές επιπτώσεις στη μετέπειτα ενήλικη ζωή. Αρχικά, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρες αυτοκτονίας κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Brent, 2004· Dopheide, 2006· Clark et al., 2012 · Lewandowski et al., 2013· Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Saluja et al., 2004· Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde, 2009). Πιο αναλυτικά, πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν την

κατάθλιψη σε εφήβους, ως τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα για αυτοκτονικές σκέψεις (Nock et al., 2013· Stice et al., 2009). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι τα κορίτσια με καταθλιπτική διαταραχή έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν σε σχέση με τα αγόρια (Beardslee & Gladstone, 2001· Clark, 2012).

Επιπλέον, η κατάθλιψη επηρεάζει όλους τους τομείς της λειτουργικότητας των παιδιών και των εφήβων, καθώς είναι πιθανό να οδηγήσει σε σχολική αποτυχία, χρήση ουσιών (νικοτίνη και αλκοόλ), κοινωνική απομόνωση (Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Stice et al., 2009), εκδήλωση άλλων ψυχικών διαταραχών (Birmaher et al., 2007· Desrochers & Houck, 2014· Dopheide, 2006· Kuo & al., 2013· Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Supporting Minds, 2013), πρόωμη εγκυμοσύνη (Clark et al., 2012· Lewandowski & al., 2013), παχυσαρκία (Pine Goldstein, Wolk, & Weissman, 2001· Richardson, Davis, & Plouton, 2003· Richardson & Katzenellenbogen, 2005).

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που παρουσιάζονται στα παιδιά και τους εφήβους με καταθλιπτική διαταραχή σχετίζονται με χαμηλή επαγγελματική επίδοση οδηγώντας σε ανεργία, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, κακή σωματική υγεία και χαμηλή ποιότητα ζωής, ανάπτυξη άλλων διαταραχών ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένης της υποτροπιάζουσας κατάθλιψης (Avenevoli et al., 2015· Dopheide, 2006· Fergusson & Woodward, 2002· Lewinshon Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000· Saluja et al., 2004· Stice et al., 2009· Thapar et al., 2012· Werner-Seidler & Perry, Calear, Newby, & Christensen, 2017).

1.7 Συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές

Είναι αρκετά συνηθισμένο να παρατηρείται στα παιδιά και στους εφήβους η συνύπαρξη ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μαζί με μια άλλη ψυχική διαταραχή. Συγκεκριμένα, το 40 έως 90% των εφήβων εμφανίζει κατάθλιψη μαζί με μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή, ενώ το 20 έως 50% με δύο ή περισσότερες διαταραχές (Birmaher et al., 2007· Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Thapar et al., 2012). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι το 30-80% των εφήβων με μείζονα

καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζουν μαζί δυσθυμία και διαταραχές άγχους, το 10-60% των εφήβων εμφανίζει διαταραχές διαγωγής και ακολουθεί το 20-30% των εφήβων με διαταραχές χρήσης ουσιών (Birmaher et al., 2007· Dopheide, 2008· Richardson & Katzenellenbogen, 2005· Thapar et al., 2012).

Η συχνότητα και ο τύπος της συννοσηρότητας ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία (Dopheide, 2008· Richardson & Katzenellenbogen, 2005). Η συννοσηρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής με το άγχος αποχωρισμού είναι συχνότερη στα παιδιά, ενώ στους εφήβους είναι συχνότερη η συννοσηρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής με τη διαταραχή χρήσης ουσιών, τη διαταραχή διαγωγής, την κοινωνική φοβία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Richardson & Katzenellenbogen, 2005). Τέλος, είναι αρκετά συνηθισμένη η συννοσηρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής με τη διαταραχή έλλειψης προσοχής / υπερδραστηριότητας (ADHD) (Avenevoli et al., 2012· Birmaher et al., 2007· Thapar et al., 2012) και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Dopheide, 2008).

2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

2.1 Ο ρόλος των σχολείων στην προαγωγή ψυχικής υγείας

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το 1978, και ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας, το 1986, τόνισαν την ανάγκη για μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση της προαγωγής της υγείας. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, ο ΠΟΥ, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Συμβούλιο της Ευρώπης, ανέπτυξε μια πολυδιάστατη προσέγγιση για το χώρο του σχολείου, με στόχο την προώθηση της υγείας των μαθητών μέσα από την εφαρμογή στρατηγικών εντός της τάξης, τη βελτίωση του περιβάλλοντος του σχολείου και τη δημιουργία δεσμών με την ευρύτερη κοινότητα (Askell-Williams & Cefai, 2014).

Έτσι λοιπόν, τα σχολεία αναγνωρίστηκαν ως στρατηγικά σημεία για την προώθηση της ψυχικής υγείας των μαθητών, διότι αποτελούν ένα πλαίσιο στο οποίο οι περισσότεροι άνθρωποι δαπανούν μεγάλο μέρος της πρώιμης ζωής τους. Εκτός από το γεγονός ότι στοχεύουν στην απόκτηση και τη βελτίωση των γνώσεων, προάγουν την αναγνώριση και την ανάπτυξη των συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων των μαθητών τους. Ακόμα, αποτελούν ιδανικό σημείο για την παροχή υπηρεσιών, που στοχεύουν στην αντιμετώπιση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάσουν την σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών (Askell-Williams & Cefai, 2014· Mælan Tjomsland, Baklien, Samdal, & Thurston, 2018· Moon, Williford, & Mendenhall, 2017).

Σε πολλά σχολεία εφαρμόζονται προγράμματα για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας των μαθητών. Για παράδειγμα, τα πρόγραμμα «Friends for Life» και «My Friends Youth», τα οποία εγκρίνονται από τον ΠΟΥ, βασίζονται στις αρχές της γνωστικής ψυχολογίας και εφαρμόστηκαν σε σχολεία πολλών χωρών ως θεραπεία για το άγχος και την κατάθλιψη (Carroll & Hurry, 2018). Επιπλέον, τα προγράμματα «Circle Time» και «Nurture Groups» παρέχουν μια εξειδικευμένη φροντίδα στους μαθητές που εμφανίζουν δυσκολίες σε θέματα ψυχικής υγείας, αποτελούν προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας και έχουν εισαχθεί σε πολλά δημοτικά σχολεία της Μάλτας κατά την τελευταία δεκαετία (Askell-Williams & Cefai, 2014).

2.2 Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην προαγωγή της ψυχικής υγείας

Η προώθηση της ψυχικής υγείας των μαθητών απαιτεί την ενεργό συμμετοχή και υποστήριξη των εκπαιδευτικών των σχολείων. Τρία είναι τα βασικά συστατικά για την προώθηση της ψυχικής υγείας των μαθητών: η παροχή πόρων, οι στρατηγικές (σε επίπεδο μαθητή, τάξης, σχολείου, κοινότητας) και η αλλαγή των πεποιθήσεων των ατόμων που εμπλέκονται στο εκπαιδευτικό σύστημα. Η ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών και πεποιθήσεων βασίζονται αναμφισβήτητα στους εκπαιδευτικούς και σχετίζονται με την πρόσβαση που αυτοί έχουν σε ευκαιρίες για τη βελτίωση της γνώσης για τη διδασκαλία (Askell-Williams & Cefai, 2014).

Για παράδειγμα, προγράμματα όπως το «SEAL» στην Αγγλία, το «Kids Matter» στην Αυστραλία, το «Personal and Social Development» και το «Circle Time» στη Μάλτα βασίζονται εξ ολοκλήρου στους εκπαιδευτικούς. Για παράδειγμα, στα παραπάνω προγράμματα οι εκπαιδευτικοί διδάσκουν στους μαθητές τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες, οι οποίες αποτελούν βασικό στοιχείο προώθησης της ψυχικής υγείας (Askell-Williams & Cefai, 2014).

Ακόμη, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι εκπαιδευτικοί και το προσωπικό του σχολείου αν και αποτελούν σημαντικούς πυλώνες στα προγράμματα ψυχικής υγείας που εφαρμόζονται στο σχολικό πλαίσιο, δεν αξιοποιούνται επαρκώς. Ο χρόνος που περνούν οι εκπαιδευτικοί με τους μαθητές τους, τους καθιστά κατάλληλους για να παρατηρήσουν συμπτώματα και συμπεριφορές που σχετίζονται με το άγχος, την κατάθλιψη και άλλα κοινά προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η ευερεθιστότητα, η κοινωνική απόσυρση και αλλαγές στη συγκέντρωση. Οι εκπαιδευτικοί βρίσκονται σε ιδανική θέση, καθώς αποτελούν το πρώτο σημείο επικοινωνίας μεταξύ των εφήβων και των γονέων τους. Μάλιστα, μελέτες φαίνεται να υποστηρίζουν ότι η αυξημένη συναισθηματική υποστήριξη των μαθητών από τους δασκάλους τους συνδέεται με μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών και των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων (Shelemy, Harvey, & Waite, 2019).

Αρχικά, η προώθηση προγραμμάτων ψυχικής υγείας απαιτεί από τους εκπαιδευτικούς να κατέχουν μια πληθώρα γνώσεων, όπως παιδαγωγικές γνώσεις αλλά και γνώσεις ψυχολογίας για τους μαθητές και τα χαρακτηριστικά τους. Ωστόσο, πολλές φορές τέτοιου είδους γνώσεις που προάγουν την ψυχική υγεία των μαθητών

δεν παρέχονται στους εκπαιδευτικούς κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται ερωτήματα σχετικά με τις δυνατότητες των εκπαιδευτικών στο αν μπορούν να εφαρμόσουν προγράμματα ψυχικής υγείας (Askell-Williams & Cefai, 2014). Οι έρευνες και οι συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί στερούνται γνώσης και κατάρτισης σε θέματα που αφορούν στην ψυχική υγεία (Franklin et al., 2012· Froese-Germain & Riel, 2012· Graham, Phelps, Maddison, & Fitzgerald, 2011· Reinke, Stormont, Herman, Puri, & Goel., 2011· Shelemy et al., 2019).

Ακόμη, πολλοί εκπαιδευτικοί τείνουν να αντιλαμβάνονται την υποστήριξη των μαθητών σε θέματα ψυχικής υγείας, ως πρόσθετη επιβάρυνση και ως επιπλέον φόρτο εργασίας. Παρ'όλα αυτά, κάποιος από αυτούς φαίνεται να κατανοούν τον ρόλο τους για υποστήριξη σε μαθητές με θέματα ψυχικής υγείας, εκφράζοντας την ανάγκη να τηρηθεί ένα όριο μεταξύ του ρόλου του εκπαιδευτικού και του ρόλου του επαγγελματία ψυχικής υγείας (Ekornes, 2015· Graham et al., 2011· Mælan et al. 2018· Shelemy et al., 2019).

Επίσης, αρκετοί εκπαιδευτικοί αναφέρουν ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και βιώνουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και ανασφάλεια στην ικανότητά τους να χειριστούν προβλήματα ψυχικής υγείας των μαθητών τους. Οι έρευνες φαίνεται να δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί που είναι πιο ενημερωμένοι σχετικά με την ψυχική ασθένεια τείνουν να βοηθούν πιο αποτελεσματικά τους μαθητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Askell-Williams & Cefai, 2014· Ekornes, 2015· Graham et al., 2011· Moon et al., 2017· Shelemy et al., 2019).

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι οι διευθυντές των σχολείων διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προώθηση της ψυχικής υγείας, μέσω της ανάπτυξης κατάλληλου κλίματος για συνεργασία μεταξύ των διεπιστημονικών ομάδων. Η μείωση του στίγματος σε θέματα ψυχικής υγείας φαίνεται να αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία των προγραμμάτων από τους εκπαιδευτικούς. Έτσι λοιπόν, πρέπει να γίνεται σαφής καθορισμός του ρόλου των εκπαιδευτικών, με στόχο να αυξηθούν οι ομοιότητες και να μειωθούν οι διαφορές στις αντιλήψεις τους για την ψυχική υγεία (Askell-Williams & Cefai, 2014· Moon et al., 2017).

2.3 Η σημασία της αναγνώρισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά και στους εφήβους από τους εκπαιδευτικούς

Τα συμπτώματα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης, όπως ήδη έχει αναφερθεί, δεν είναι συχνά εμφανή. Αντιθέτως, είναι εσωτερικά και πολλές φορές μπορεί να υποτεθεί ότι οφείλονται σε φυσιολογικό στρες που βιώνουν τα παιδιά, ανάλογα με το βιολογικό και αναπτυξιακό τους στάδιο (Saluja et al., 2004· Supporting Minds, 2013· Youthline, 2014). Βάσει της συγκεκριμένης αντίληψης, μια καταθλιπτική συμπεριφορά των παιδιών αρκετές φορές μπορεί να παρερμηνευτεί ή να αγνοηθεί από άτομα του περιβάλλοντος τους (π.χ. γονείς, εκπαιδευτικούς, συμμαθητές), προκαλώντας μια πληθώρα αλλαγών που ποικίλλει από παιδί σε παιδί (Crundwell & Killu, 2010· Smith et al., 2018).

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να ζητούν βοήθεια από μόνοι τους, τα παιδιά και οι έφηβοι βασίζονται στους γονείς, τους δασκάλους ή άλλους φροντιστές για να αναγνωρίσουν την αλλαγή στη διάθεσή τους και να λάβουν τη βοήθεια που χρειάζονται. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο, διότι όπως ήδη αναφέρθηκε οι έφηβοι και τα παιδιά με κατάθλιψη δεν νιώθουν κατ'ανάγκη λύπη. Αντίθετα, η ευερεθιστότητα, ο θυμός και η διέγερση μπορεί να είναι τα πιο εμφανή συμπτώματα που υποδηλώνουν της κατάθλιψή τους (DSM-V, 2013· Smith et al., 2018).

Για το λόγο αυτό, οι εκπαιδευτικοί κατέχουν σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία, καθώς μπορούν να παρατηρήσουν πτυχές της συμπεριφοράς ενός μαθητή στο σχολικό περιβάλλον, που ίσως να μην είναι εμφανείς στον γονέα ή τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτές οι παρατηρήσεις μπορούν να βοηθήσουν στη δημιουργία ενός προφίλ για το πώς λειτουργεί ένα παιδί (Supporting Minds, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί είναι οι πρώτοι που μπορούν να παρατηρήσουν τις αλλαγές στην ακαδημαϊκή επίδοση και την συμπεριφορά των παιδιών εντός της τάξης. Τα παιδιά με καταθλιπτική συμπτωματολογία δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να συμμετέχουν ή να ολοκληρώνουν τις εργασίες τους. Ακόμα, δυσκολεύονται πολύ συχνά να πετύχουν υψηλούς βαθμούς και να νιώσουν αισθήματα ικανοποίησης με την πρόοδο και την επίδοσή τους. Οι έφηβοι

από την άλλη, μπορεί να αισθάνονται φόβο να πάνε στο σχολείο και προτιμούν να μένουν στο σπίτι. Όλα αυτά σαφώς επηρεάζουν άμεσα την κοινωνική τους ζωή, καθώς μοιραία θα αποσυρθούν, θα βιώσουν ελλείψεις κοινωνικών δεξιοτήτων και θα αρχίσουν να βιώνουν λιγότερη απόλαυση από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά τους (Desrochers & Houck, 2014· Crundwell & Killu, 2010· Huberty, 2010· Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006· NIMH, 2015· Whittaker et al., 2012).

Έτσι, λοιπόν, γίνεται σαφές ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία συνδέεται με σοβαρές άμεσες ή έμμεσες επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής των ατόμων, οι οποίες καλό είναι να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα και αποτελεσματικά. Το σχολικό πλαίσιο μπορεί να διαδραματίσει ένα βασικό ρόλο στην αναζήτηση βοήθειας, αποτελώντας ένα ασφαλές και οικείο περιβάλλον (Spence & Shortt, 2007· Supporting Minds, 2013).

Είναι γεγονός ότι το σχολικό περιβάλλον αποτελεί ένα πλαίσιο στο οποίο μπορεί να αναγνωριστεί η κατάθλιψη (Moor et al., 2007). Αν και επί πολλές δεκαετίες η πρόληψη της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης προσανατολιζόταν ατομικά στο ίδιο το παιδί ή τον έφηβο, αξίζει να αναφερθεί ότι οι παρεμβάσεις στο σχολείο για την κατάθλιψη σε εφήβους έχουν κερδίσει αποδοχή τα τελευταία 30 έτη, λόγω της αυξημένης ανάγκης για έγκαιρη αντιμετώπιση (Kuo, Vander Stoep, Herting, Grupp, & McCauley, 2013). Η πρόληψη και η θεραπεία της κατάθλιψης δεν αποτελεί θέμα συζήτησης στο σχολικό πλαίσιο, παρά το τεράστιο και μακροχρόνιο κόστος που έχει για τα παιδιά, τους εφήβους, τις οικογένειές τους και την κοινωνία, αλλά και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης. Οι λόγοι που αυτό συμβαίνει, φαίνεται να σχετίζονται με τη φύση της κατάθλιψης, την έλλειψη γνώσης των εκπαιδευτικών σχετικά με την κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους, το στίγμα που συνδέεται με την εν λόγω διαταραχή και τους περιορισμένους πόρους στο σχολικό πλαίσιο (Desrochers & Hock, 2014). Έτσι λοιπόν, ενώ υπάρχουν διαθέσιμες και αποτελεσματικές θεραπείες, πάνω από το 80% των εφήβων που πάσχουν από κατάθλιψη, δεν λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία (Lewandowski et al., 2013· Singhal et al., 2014).

Δεδομένου ότι όλοι σχεδόν οι μαθητές θα έρθουν αντιμέτωποι με ποικίλες πηγές άγχους σε ακαδημαϊκό και κοινωνικό επίπεδο, τα σχολεία μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και την

ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών τους (Supporting Minds, 2013). Έτσι, λοιπόν, οι εκπαιδευτικοί βρίσκονται σε θέσεις-κλειδιά, καθώς είναι ήδη εξοικειωμένοι με τους μαθητές τους εντός του σχολικού πλαισίου και δεν επιβαρύνουν χρηματικά το πλαίσιο (Kuo et al., 2013).

Επίσης, τα σχολεία μπορούν να παρέχουν ένα ασφαλές και προστατευτικό περιβάλλον, στο οποίο οι μαθητές θα μπορούν να μιλήσουν για το πως αισθάνονται σε περιόδους έντονου άγχους. Για το λόγο αυτό, υπάρχουν στρατηγικές που μπορούν να ακολουθήσουν οι εκπαιδευτικοί, προκειμένου να βοηθήσουν τους μαθητές με συμπτώματα κατάθλιψης. Έτσι λοιπόν, οι εκπαιδευτικοί σε συνεργασία με τους γονείς μπορούν εύκολα να παρατηρήσουν πότε ένας μαθητής δυσκολεύεται να λειτουργήσει στο σχολείο, με τους φίλους, με την οικογένεια και την κοινωνία. Αν και οι εκπαιδευτικοί δε είναι σε θέση να διαγνώσουν μια διαταραχή, βρίσκονται σε κατάλληλη θέση, καθώς μπορούν να παρατηρήσουν την εμφάνιση μιας καταθλιπτικής συμπεριφοράς ενός παιδιού, την συχνότητα, τη διάρκεια και την έντασή της (Calear, 2012· Supporting Minds, 2013).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης δεν επαρκούν για την αναγνώριση και την υποστήριξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μαθητών τους, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτό συμβαίνει διότι οι εκπαιδευτικοί δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, αλλά και να αλληλεπιδράσουν με τους μαθητές τους. Τέλος, πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί καλούνται άτυπα να παρέχουν βοήθεια στους μαθητές, χωρίς να έχουν εκπαιδευτεί για θεραπευτική ή συμβουλευτική υποστήριξη (Huberty, 2010· Youthline, 2014· Ζαφειροπούλου, 2000).

2.4 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης από τους εκπαιδευτικούς σε διεθνές επίπεδο

Οι καλύτερες στρατηγικές για την υποστήριξη των μαθητών με συμπτώματα κατάθλιψης είναι αυτές που παρέχουν στον εκπαιδευτικό ενεργό ρόλο, θέτοντάς τον σύμμαχο του παιδιού ή του εφήβου και αρωγό στη διατήρηση ενός θετικού κλίματος επικοινωνίας με την οικογένειά του (Crundwell & Killu, 2010· Supporting Minds, 2013). Πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί δεν γνωρίζουν πώς να προσεγγίσουν και να

αλληλεπιδράσουν με τα παιδιά που έχουν κατάθλιψη. Το μόνο που πρέπει να θυμούνται είναι ότι δεν χρειάζεται να είναι θεραπευτές ή σύμβουλοι για να παρέχουν υποστήριξη (Huberty, 2010· Pereira & Stevermer, 2010).

Οι γενικές οδηγίες που μπορούν να ακολουθήσουν οι εκπαιδευτικοί θα αναφερθούν παρακάτω. Αρχικά, πρέπει να αναπτύξουν μια σχέση συνεργασίας, άνευ όρων συνεργασίας με τα παιδιά ή τους εφήβους. Θα πρέπει να αποφεύγουν τις τεχνικές, όπως η τιμωρία, η σαρκαστική και ειρωνική διάθεση απέναντι στο παιδί, διότι είναι πιθανόν να του προκαλέσουν αισθήματα ανικανότητας και χαμηλής αυτοπεποίθησης. Ακόμη, είναι αναγκαίο να γίνονται προσαρμογές ή διευκολύνσεις στις εργασίες, ώστε το διάβασμα να είναι ενδιαφέρουσα ασχολία για τα παιδιά με τέτοιου είδους συμπτώματα. Τέλος, ο εκπαιδευτικός πρέπει να οργανώνει ένα σχέδιο, βάσει του οποίου θα παρέχονται στο παιδί ή στον έφηβο ευκαιρίες για να ασχοληθεί με δραστηριότητες που του δίνουν χαρά και ικανοποίηση (Crundwell & Killu, 2010· Huberty, 2010· Pereira & Stevermer, 2010).

Ως προς το μαθησιακό κομμάτι, συνίσταται ο εκπαιδευτικός να έχει τον μαθητή κοντά στο μπροστινό μέρος της αίθουσας, να του δίνει την ευκαιρία να κάνει περισσότερα διαλείμματα από τα υπόλοιπα παιδιά, ώστε να τον ανακουφίζει από τα προβλήματα συγκέντρωσης που ενδέχεται να αντιμετωπίζει. Επίσης, καλό θα ήταν να προσαρμόζει τις εργασίες με βάση τις δυνατότητες του παιδιού ή του εφήβου, να βοηθάει στο σχεδιασμό χρονοδιαγράμματος που αφορά στο διάβασμά του, να παρέχει επιπλέον χρόνο για την ολοκλήρωση των εργασιών του. Ακόμη, ο εκάστοτε εκπαιδευτικός οφείλει να ενθαρρύνει την συμμετοχή του παιδιού/εφήβου στην τάξη μέσω ανοιχτών ερωτήσεων στις οποίες δεν υπάρχει λανθασμένη απάντηση, ώστε το παιδί ή ο έφηβος να μην φοβάται ότι απάντησε λάθος (Pereira & Stevermer, 2010· Supporting Minds, 2013).

Ακόμα, σε ψυχολογικό επίπεδο, είναι σημαντικό το παιδί να δέχεται καθοδήγηση, ενθάρρυνση και ενίσχυση από τον εκπαιδευτικό, με το να επικεντρώνονται στα θετικά σημεία του. Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού ή του εφήβου είναι ύψιστης σημασίας και μπορεί να γίνει αντιληπτή από το παιδί μέσα από έναν ατομικό έπαινο για μια επιτυχία του. Συνήθως τα παιδιά με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικοποίησης και για το λόγο αυτό ο εκπαιδευτικός πρέπει να μεριμνήσει. Μια καλή λύση, λοιπόν, είναι η ανάθεση ομαδικών εργασιών που

βοηθούν να αποκτήσει το παιδί ή ο έφηβος κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με συνομηλίκους του (Calear, 2012· Crundwell & Killu, 2010· Smith et al., 2018· Supporting Minds, 2013).

2.5 Προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης σε διεθνές επίπεδο

Τα τελευταία 30 χρόνια, έχουν σχεδιαστεί και αξιολογηθεί πολυάριθμα προγράμματα παρέμβασης με στόχο είτε την πρόληψη της καταθλιπτικής διαταραχής των παιδιών και εφήβων, είτε τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους (Hetrick, Cox, & Merry, 2015· Werner-Seidler, Perry, Calear, Newby, & Christensen, 2017). Ο σκοπός των εν λόγω προγραμμάτων είναι να εντοπίσουν τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης, όπως οι αρνητικές σκέψεις, η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και η έλλειψη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων (Stice et al., 2009).

Επιπλέον, υπάρχουν προγράμματα παρέμβασης για την κατάθλιψη που απευθύνονται σε όλα τα παιδιά και τους εφήβους, τα οποία ονομάζονται καθολικά προγράμματα πρόληψης. Και υπάρχουν τα προγράμματα που απευθύνονται μόνο σε εκείνα τα παιδιά που κινδυνεύουν να εμφανίσουν κατάθλιψη, όπως για παράδειγμα σε παιδιά και εφήβους με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή σε αυτά που παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία ονομάζονται προγράμματα επιλεκτικής και ενδεδειγμένης πρόληψης (Hetrick et al., 2015· Muñoz Cuijpers, Smit, Barrera, & Leykin, 2010· Werner-Seidler et al., 2017). Από αυτά τα προγράμματα, έχει αποδειχθεί ότι τα προγράμματα επιλεκτικής πρόληψης και ενδεδειγμένης πρόληψης έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τα καθολικά προγράμματα πρόληψης σε παιδιά και εφήβους που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Hetrick et al., 2015· Rohde et al., 2012· Spence & Shortt, 2007· Stice et al., 2009· Werner-Seidler et al., 2017).

Γενικότερα, τα προγράμματα πρόληψης που αφορούν στην παιδική και εφηβική κατάθλιψη παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα. Αρχικά, φαίνεται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα προγράμματα μπορούν να προλάβουν την εμφάνιση νέων περιπτώσεων κατάθλιψης κάθε χρόνο, σε ποσοστό που αγγίζει το 22% (Cuijpers, Van

Straten, Smit, Mihalopoulos, & Beekman, 2008· Werner-Seidler et al., 2017). Επίσης, τα προγράμματα πρόληψης μπορούν να καθυστερήσουν την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων γεγονός που αποφέρει σημαντικά οφέλη στη χρήση υπηρεσιών υγείας (Bienvenu & Ginsburg, 2007· Werner-Seidler et al., 2017).

Η πλειοψηφία των προγραμμάτων πρόληψης της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους διεξάγεται στα σχολεία (Spence & Shortt, 2007). Συνήθως, τα καθολικά προγράμματα πρόληψης για παιδιά και εφήβους πραγματοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον για κάθε μαθητή σε οποιαδήποτε τάξη και αν φοιτά (Neil & Christensen, 2009). Η αξιοποίηση του σχολικού συστήματος, ως πλαίσιο για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, αποτελεί έναν φυσικό τρόπο προσέγγισης των παιδιών και των εφήβων (Masia-Warner, Nangle, & Hansen, 2006· Werner-Seidler et al., 2017). Τα σχολεία αποτελούν έναν χώρο μάθησης, όπου καλλιεργούνται χωρίς κόστος δεξιότητες και στρατηγικές που είναι απαραίτητες προκειμένου να προλάβουν ή να καθυστερήσουν την εμφάνιση συναισθηματικών δυσκολιών (Barrett & Pahl, 2006· Spence & Shortt, 2007· Werner-Seidler et al., 2017). Τέλος, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση τόνισε ότι τέτοια προγράμματα πρόληψης στο σχολείο για τους εφήβους οδήγησαν σε μέτρια, αλλά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και ορισμένες παρεμβάσεις μείωσαν τη συχνότητα εμφάνισης μελλοντικής καταθλιπτικής διαταραχής, ιδιαίτερα σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Avenevoli et al., 2015).

Παλαιότερα, οι περισσότερες προσεγγίσεις για την πρόληψη της κατάθλιψης επικεντρώνονταν στις προσπάθειες αλλαγής γνωστικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών του ίδιου του παιδιού και του εφήβου μέσω της ανάπτυξης δεξιοτήτων. Οι δεξιότητες στόχευαν στη μείωση της κατάθλιψης λόγω βιολογικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων, ή στη μείωση των παραγόντων κινδύνου για την κατάθλιψη (Calear & Christensen, 2010· Garber et al., 2009· Spence & Shortt, 2007· Thapar, 2012).

Πλέον, τα πιο πολλά προγράμματα παρέμβασης για την κατάθλιψη στους εφήβους που έχουν δοκιμαστεί σε διεθνές επίπεδο και είναι αποτελεσματικά στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι τα σχολικά προγράμματα που βασίζονται στην θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (CBT) (Lewandowski, 2013· Merry et al., 2004, 2011· Singhal et al., 2014· Werner-Seidler et al., 2017). Πιο αναλυτικά, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στο γνωστικό μοντέλο

κατάθλιψης του Beck, σύμφωνα με το οποίο τα άτομα με κατάθλιψη έχουν γνωστικές στρεβλώσεις που οδηγούν σε αρνητική άποψη για τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον. Έτσι λοιπόν, στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, οι άνθρωποι μαθαίνουν να παρακολουθούν και να αξιολογούν τις σκέψεις τους, να αναγνωρίζουν τη διακύμανση στα επίπεδα διάθεσής τους, να κατανοούν τις σκέψεις τους, να αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές τους και να τις διαχειρίζονται (Merry et al., 2011).

Πιο συγκεκριμένα, οι πρώτες σχολικές παρεμβάσεις σε μαθητές με κατάθλιψη που περιλάμβαναν κάποιες ψυχο-εκπαιδευτικές συνεδρίες, δε σημείωσαν κάποια σημαντική επίδραση στην μείωση της κατάθλιψης. Έτσι λοιπόν, η ψυχο-εκπαιδευτική προσέγγιση κρίθηκε ανεπαρκής. Για το λόγο αυτό, οι επόμενες επέκτειναν την συχνότητα των συνεδριών και εμπλούτισαν το πρόγραμμά τους με στόχο την εκπαίδευση σε ομάδες (Clark, Beck, & Alford, 1999· Spence & Shortt, 2007). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν περισσότερα προγράμματα βασισμένα στην προσέγγιση CBT, κάποια επικεντρώθηκαν στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, τη μείωση του στρες, άλλα ήταν ειδικά προσαρμοσμένα στο φύλο και άλλα επικεντρώθηκαν στα μέλη της οικογένειας. Ενδεικτικά, κάποια από αυτά τα προγράμματα είναι τα: «PENN Optimism and Life Skills Programme», «Penn Resilience Program for Children and Adolescent (PRP-CA)», «Coping with Stress Course Problem Solving for Life» (Merry et al., 2011).

Πρόσφατα, ελάχιστες έρευνες έχουν αρχίσει να στοχεύουν στην ενημέρωση όχι μόνο των μαθητών, όπως παλαιότερα, αλλά και των εκπαιδευτικών σχετικά με την παιδική και εφηβική κατάθλιψη. Αναλυτικότερα, η έρευνα των Moor και συνεργατών (2007) αναφέρει ότι το σχολείο αποτελεί έναν χώρο που είναι διαθέσιμος για τέτοιου είδους παρεμβάσεις, καθώς οι εκπαιδευτικοί είναι σε θέση να παρακολουθήσουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κατάθλιψης σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες.

Για παράδειγμα, το πρόγραμμα παρέμβασης που διεξήχθη σε τέσσερα Λύκεια του Εδιμβούργου περιλάμβανε μια δίωρη εκπαίδευση στους εκπαιδευτικούς, η οποία αποτελούταν από τρία μέρη. Πρώτα, προβλήθηκε ένα βίντεο, το οποίο απεικόνιζε τρόπους με τους οποίους τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν στο σχολικό περιβάλλον. Δεύτερον, προβλήθηκε μια σειρά από βινιέτες, οι οποίες απεικόνιζαν μια πληθώρα από προβλήματα σχετικά με την συμπεριφορά των μαθητών που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα σχολεία. Οι βινιέτες αυτές

προβλήθηκαν σε μικρές ομάδες συζήτησης, οι οποίες εστίασαν στη συννοσηρότητα της κατάθλιψης με άλλες διαταραχές των εφήβων, όπως η άρνηση για το σχολείο και η κατάχρηση ουσιών. Και τέλος, συζητήθηκαν θέματα διαχείρισης του προσωπικού των σχολείων σχετικά με την παραπομπή σε περίπτωση που κάποιος μαθητής βρεθεί σε κίνδυνο.

Επίσης, οι εκπαιδευτικοί της ομάδας ελέγχου ολοκλήρωσαν δύο δοκιμασίες μία εβδομάδα πριν την παρέμβαση. Η πρώτη δοκιμασία αποτελούταν από ένα ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε από την ερευνητική ομάδα προκειμένου να αντληθούν πληροφορίες σχετικά με την στάση των εκπαιδευτικών για την κατάθλιψη των μαθητών τους. Και στη δεύτερη δοκιμασία, οι εκπαιδευτικοί έλαβαν έναν κατάλογο με μαθητές όπου στη συνέχεια υπέδειξαν ποιους από αυτούς θεωρούσαν ότι εμφάνιζαν κατάθλιψη. Την ημέρα της παρέμβασης, οι εκπαιδευτικοί χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η ομάδα ελέγχου συμπλήρωσε τα παραπάνω ερωτηματολόγια, αλλά δεν έλαβε εκπαίδευση. Η ομάδα παρέμβασης συμπλήρωσε ένα εναλλακτικό ερωτηματολόγιο με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις ανάγκες των μαθητών τους. Στη συνέχεια, ακολούθησε η παρέμβαση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι γνώσεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών για την κατάθλιψη στους μαθητές τους άλλαξαν, καθώς οι ίδιοι ένιωθαν πιο ενημερωμένοι και με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην αντιμετώπιση κάποιου παρόμοιου περιστατικού.

Επιπλέον, μια άλλη έρευνα σε Λύκεια στην Τουρκία, που μελέτησε την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μαθητών τους, χρησιμοποίησε ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο σε βινιέτα, με στόχο οι εκπαιδευτικοί να δημιουργήσουν τις δικές τους σκέψεις και πεποιθήσεις. Η έρευνα περιλάμβανε δύο δοκιμασίες. Η πρώτη περιλάμβανε την συμπλήρωση ενός σύντομου ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε από τον ερευνητή σχετικά με την στάση των εκπαιδευτικών απέναντι στην εφηβική κατάθλιψη. Στη δεύτερη, οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο «Student in Need» που έδινε έμφαση στην κατάρτιση που είχαν λάβει οι εκπαιδευτικοί. Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από πέντε βινιέτες νέων που αντιμετωπίζουν μια σειρά από δυσκολίες ζωής. Οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να απαντήσουν τις ερωτήσεις που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο. Τέλος, τα

αποτελέσματα φαίνεται να δείχνουν ένα μέτριο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με την ικανότητα των εκπαιδευτικών να αναγνωρίζουν την κατάθλιψη και να εντοπίζουν τα βασικά συμπτώματά της (Özabacı, 2010).

Τέλος, οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για μαθητές με κατάθλιψη φαίνεται να είναι περιεκτικές και πλήρως ενσωματωμένες με άλλα προγράμματα του σχολείου και της κοινότητας. Το τρίπτυχο σχολείο-οικογένεια-κοινωνία φαίνεται να αποτελεί τον πυρήνα των εν λόγω παρεμβάσεων (Desrochers & Houck, 2014· Youthline, 2014). Ακόμα, πολλά προγράμματα παρέμβασης στις Η.Π.Α δίνουν μεγάλη έμφαση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του σχολείου (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, νοσηλεύτες) στην εξέταση της συμπτωματολογίας για κατάθλιψη και για αυτοκτονικό ιδεασμό, στην παροχή συμβουλών βάσει συμπεριφορικό-γνωστικών προσεγγίσεων και στην παραπομπή των περιπτώσεων εκτός σχολικού περιβάλλοντος (Desrochers & Houck, 2014· Whittaker et al., 2012).

2.6 Στρατηγικές και προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης από τους εκπαιδευτικούς στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, δεν έχουν πραγματοποιηθεί προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης από τους εκπαιδευτικούς στο σχολικό περιβάλλον. Τα μοναδικά πρόγραμμα που σχετίζονται ευρύτερα με την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων εντός του σχολικού πλαισίου έχουν ολοκληρωθεί από το Κέντρο Έρευνας και Εφαρμογών Σχολικής Ψυχολογίας (ΚΕΕΣΧΟΨΥ). Πιο αναλυτικά, το πρόγραμμα για την Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο Σχολείο αποτελεί πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης και απευθύνεται σε όλους τους μαθητές μιας τάξης, με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας στη σχολική κοινότητα,. Εφαρμόζεται είτε από σχολικούς ψυχολόγους, είτε από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς, μετά από εξειδικευμένη κατάρτιση και εποπτεία. Ο σκοπός του προγράμματος είναι η ενδυνάμωση της συμβουλευτικής διάστασης του ρόλου του εκπαιδευτικού και η διαμόρφωση ενός θετικού κλίματος στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος.

Επιπλέον, υπάρχει και το πρόγραμμα για την ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών σε καταστάσεις κρίσεων, το οποίο στοχεύει στην ανάπτυξη ενός πολυεπίπεδου μοντέλου πρόληψης και παρέμβασης για τη διαχείριση κρίσεων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. Ο στόχος είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας και ανθεκτικότητας στη σχολική κοινότητα, καθώς και η προετοιμασία της σχολικής κοινότητας στην εφαρμογή σχεδίων δράσης, όταν προκύπτει μία κρίση.

Ωστόσο, η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης με στόχο τη συνεργασία γονέων-εκπαιδευτικών-επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αναγνώριση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους είναι ένα αντικείμενο που χρήζει μελέτης. Για το λόγο αυτό, ο σχεδιασμός τέτοιων προγραμμάτων κρίνεται απαραίτητη και η εφαρμογή τους αναγκαία. Όμως, η απουσία των επαγγελματιών υγείας από το ελληνικό σχολικό περιβάλλον καθιστά αδύνατη την παραπάνω διαδικασία. Για το λόγο αυτό, η ελληνική βιβλιογραφία προς το παρόν, επικεντρώνεται στον ρόλο του δασκάλου, ο οποίος οφείλει να εξασφαλίσει ένα υποστηρικτικό σχολικό περιβάλλον, ακόμα και αν δεν μπορεί να αλλάξει τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Ζαφειροπούλου, 2000· Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

3.1 Ο σκοπός & στόχοι του προγράμματος

Ο σκοπός του παρόντος προγράμματος είναι διπλός. Αρχικά, περιλαμβάνει την ενημέρωση των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη και έπειτα βελτιώνει τις γνώσεις τους για την αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την υποστήριξη των μαθητών τους.

Παρά το γεγονός ότι οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι αυτές που στοχεύουν σε παραπάνω από ένα επίπεδα επιρροής (ενδο-προσωπικό/ατομικό, διαπροσωπικό, θεσμικό, κοινοτικό και δημόσιας πολιτικής), το παρόν πρόγραμμα θα εστιάσει σε ένα επίπεδο, λόγω έλλειψης περαιτέρω πόρων και μέσων (McLeroy, 1988). Πιο αναλυτικά, το επίπεδο επιρροής του προγράμματος θα επικεντρωθεί στο ενδοπροσωπικό/ατομικό επίπεδο, με τη βελτίωση των ατομικών γνώσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με θέματα αναγνώρισης της παιδικής και εφηβικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Έτσι λοιπόν, οι στόχοι μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος είναι οι συμμετέχοντες να έχουν κατανοήσει τη σημαντικότητα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης αναγνωρίζοντας τους μαθητές με καταθλιπτική συμπτωματολογία και υποστηρίζοντας τους.

Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες θα είναι σε θέση:

- να κατανοήσουν τον καίριο ρόλο που κατέχουν, ως εκπαιδευτικοί, στη διαγνωστική διαδικασία της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης,
- να υποστηρίξουν μαθητές που λαμβάνουν θεραπεία,
- να δημιουργήσουν θετικό περιβάλλον μέσα στην τάξη, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες στρατηγικές για τη μείωση του στίγματος της ψυχικής υγείας,
- να γνωρίσουν τους παράγοντες, τη συχνότητα και τα συμπτώματα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης,
- να προωθήσουν τη ψυχική υγεία των μαθητών τους,

- να εφαρμόσουν στρατηγικές για την υποστήριξη των μαθητών με καταθλιπτική συμπτωματολογία.

3.2 Οι ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί μετά την εφαρμογή της παρέμβασης είναι οι εξής:

A) Οι εκπαιδευτικοί της πειραματικής ομάδας θα έχουν στατιστικά σημαντικά περισσότερες γνώσεις για την αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των έφηβων μαθητών τους μετά την παρέμβαση, σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς της ομάδας ελέγχου.

B) Οι εκπαιδευτικοί της πειραματικής ομάδας θα έχουν βελτιώσει στατιστικά σημαντικά τις γνώσεις τους για την αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των έφηβων μαθητών τους μετά την παρέμβαση, σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς της ομάδας ελέγχου.

3.3 Ερευνητικό σχέδιο

Το παρόν πρόγραμμα αποτελεί μια ημι-πειραματική μελέτη μη ισοδύναμων ομάδων σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Το δείγμα αποτελούταν από 48 εκπαιδευτικούς (ομάδα παρέμβασης $n=23$ και ομάδα ελέγχου $n=25$). Οι εκπαιδευτικοί της ομάδας παρέμβασης εργάζονταν στο 4^ο δημόσιο Δημοτικό Σχολείο Τρίπολης, ενώ οι εκπαιδευτικοί της ομάδας ελέγχου εργάζονταν στο 1^ο και το 7^ο δημόσιο Δημοτικό Σχολείο Τρίπολης. Η επιλογή των σχολείων έγινε βάσει της προθυμίας και της ικανότητας των Διευθυντών των Σχολείων να διεξάγουν το πρόγραμμα εντός του χρονικού πλαισίου και της διαθεσιμότητας ενός επαρκούς αριθμού εκπαιδευτικών που θα μπορούσαν να συμμετέχουν στην παρέμβαση (δείγμα ευκολίας). Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών ήταν εθελοντική και η κατανομή τους σε ομάδα παρέμβασης και σε ομάδα ελέγχου έγινε με βάση τα σχολεία που έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα.

Αρχικά, έγινε η πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γνώσεων σχετικά με την παιδική και εφηβική κατάθλιψη από τους 48 εκπαιδευτικούς. Στην συνέχεια, δόθηκε ένας εκπαιδευτικός οδηγός για την αναγνώριση και την υποστήριξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μαθητές που θα έπρεπε να μελετηθεί από την ομάδα παρέμβασης. Έπειτα, από επτά μέρες έγινε η δεύτερη συμπλήρωση του ίδιου ερωτηματολογίου γνώσεων από την ομάδα παρέμβασης, καθώς και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από την ομάδα ελέγχου.

3.4 Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου

Ο πληθυσμός-στόχος αποτελείται από 48 (ομάδα παρέμβασης n=23, ομάδα ελέγχου n=25) εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης που εργάζονται σε δημόσια σχολεία της Τρίπολης και συγκεκριμένα στο 1^ο (n=12), το 4^ο (n=25) και το 7^ο (n=13) Δημοτικό Σχολείο Τρίπολης. Πιο αναλυτικά, οι εκπαιδευτικοί στην πλειοψηφία τους ήταν δάσκαλοι γενικής παιδείας, αλλά και δάσκαλοι Αγγλικών, Γαλλικών, Γερμανικών, Καλλιτεχνικών, Πληροφορικής, Ειδικής Αγωγής, θεατρολόγοι και γυμναστές.

3.5 Μέθοδος παρέμβασης

Την παρέμβαση αποτέλεσε ο εκπαιδευτικός οδηγός για την αναγνώριση και την υποστήριξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μαθητών (βλ.Παράρτημα). Το περιεχόμενό του βασίστηκε στον οδηγό *Supporting Minds (2013)*, έναν εκπαιδευτικό οδηγό που δημιουργήθηκε το 2013, για τις ανάγκες της κυβέρνησης του Οντάριο με σκοπό να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας και εθισμού σε παιδιά και εφήβους. Στόχος του ήταν η παροχή πληροφοριών στους εκπαιδευτικούς προκειμένου να υποστηρίξουν τους μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης των συμπτωμάτων και της αποτελεσματικής εφαρμογής στρατηγικών εντός της τάξης.

Πιο συγκεκριμένα, τα κεφάλαια που επιλέχθηκαν να αναφερθούν από τον οδηγό *Supporting Minds (2013)* και αναλύθηκαν στον εκπαιδευτικό οδηγό του προγράμματος ήταν τα παρακάτω:

1. Στο πρώτο κεφάλαιο δόθηκε έμφαση στον καθοριστικό ρόλο που κατέχουν οι εκπαιδευτικοί, ώστε να δρουν υποστηρικτικά σε μαθητές που γενικά αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσω της δημιουργίας ενός θετικού και ασφαλούς περιβάλλοντος εντός της τάξης. Οι ενότητες που αναλύθηκαν ήταν οι εξής:
 - «Υποστήριξη μαθητών που λαμβάνουν θεραπεία»,
 - «Δημιουργία θετικού περιβάλλοντος στην τάξη»,
 - «Μείωση του στίγματος της ψυχικής υγείας».
2. Στο δεύτερο κεφάλαιο τονίστηκε η σημασία της κατάθλιψης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Οι υποενότητες που αναλύθηκαν αφορούσαν στον ορισμό της κατάθλιψης, στα συμπτώματα της, στους παράγοντες που μπορεί να την προκαλέσουν και στη συχνότητα εμφάνισής της. Πιο αναλυτικά, οι ενότητες ήταν οι εξής:
 - “Τι είναι η κατάθλιψη;”,
 - “Ποια είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης;”,
 - “Ποιες είναι οι αιτίες των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την κατάθλιψη;”
 - “Πόσο συχνή είναι η κατάθλιψη;”.
3. Στο τρίτο κεφάλαιο παρέχονται σημαντικές πληροφορίες για το πώς μπορούν οι εκπαιδευτικοί να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη μέσα από στρατηγικές για την προώθηση της θετικής ψυχικής υγείας στην αίθουσα διδασκαλίας, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να υποστηρίξουν τους μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι ενότητες που περιλαμβάνονται είναι οι εξής:
 - “Προώθηση της ψυχικής υγείας στην αίθουσα διδασκαλίας”
 - “Υποστήριξη των μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα και καταθλιπτική συμπεριφορά”.

Ο εκπαιδευτικός οδηγός δόθηκε στην ομάδα παρέμβασης πριν συμπληρωθεί για δεύτερη φορά το ερωτηματολόγιο γνώσεων σχετικά με την παιδική και εφηβική

κατάθλιψη από τους εκπαιδευτικούς, όπου σε διάστημα επτά ημερών θα έπρεπε να τον έχουν μελετήσει. Τέλος, στην ομάδα ελέγχου δόθηκε μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γνώσεων.

3.6 Αναλυτική περιγραφή παρέμβασης

Το πρώτο βήμα για την προσέγγιση των εκπαιδευτικών πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια μετά από συζήτηση με τους Διευθυντές των τριών Δημοτικών Σχολείων. Μετά από προφορική έγκριση των Διευθυντών των Δημοτικών Σχολείων, έγινε ενημέρωση προς όλους τους εκπαιδευτικούς για τη δυνατότητα της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα. Όλη η διαδικασία στρατολόγησης των εκπαιδευτικών, οι μέρες και οι ώρες των παρεμβάσεων διαμορφώθηκαν σε στενή συνεργασία με τους Διευθυντές, ώστε να μην διαταραχτεί η λειτουργία των σχολικών μονάδων.

Την επόμενη ημέρα, οι εκπαιδευτικοί που ενδιαφέρθηκαν να λάβουν μέρος στο πρόγραμμα συμπλήρωσαν ένα έγγραφο συγκατάθεσης. Μετά την λήψη των έντυπων συγκατάθεσης συγκεντρώθηκε σε λίστες ο αριθμός των συμμετεχόντων-εκπαιδευτικών ανά σχολείο. Ύστερα, δόθηκαν τα ερωτηματολόγια από τους Διευθυντές των σχολείων για την προμέτρηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Ο χώρος που συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν μια άδεια αίθουσα σε κάθε σχολείο, όπου οι συμμετέχοντες των δύο ομάδων θα μπορούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο τις πέντε πρώτες διδακτικές ώρες. Τα ερωτηματολόγια προμέτρησης συγκεντρώθηκαν από την ερευνήτρια σε όλα τα σχολεία, την ίδια ημέρα.

Όταν οι εκπαιδευτικοί της ομάδας παρέμβασης συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο της προμέτρησης, λάμβαναν τον εκπαιδευτικό οδηγό. Οι εκπαιδευτικοί της ομάδας παρέμβασης θα έπρεπε να έχουν μελετήσει τον οδηγό μέσα στις επόμενες επτά μέρες.

Μετά από επτά ημέρες έγινε η μεταμέτρηση και στις δύο ομάδες την ίδια ημέρα. Δόθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο γνώσεων σε όλους τους εκπαιδευτικούς της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου για δεύτερη φορά. Ο χώρος που συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν μια άδεια αίθουσα σε κάθε σχολείο, όπου οι συμμετέχοντες των δύο ομάδων θα μπορούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο τις πέντε πρώτες διδακτικές ώρες. Στην ομάδα παρέμβασης δόθηκε επιπλέον και ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της παρέμβασης, το οποίο

συμπληρώθηκε μαζί με το ερωτηματολόγιο των γνώσεων. Τέλος, αφού έγινε η συλλογή των ερωτηματολογίων στην ομάδα ελέγχου δόθηκε ο εκπαιδευτικός οδηγός.

3.7 Δεοντολογικές παράμετροι

Πριν από την διεξαγωγή του προγράμματος έγινε συγγραφή του πρωτοκόλλου, το οποίο εγκρίθηκε από την Επιτροπή του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Προαγωγή και Αγωγή της Υγείας» της Ιατρικής Σχολής.

Στη συνέχεια, για την προσέγγιση του δείγματος πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τους Διευθυντές των Δημοτικών Σχολείων που έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα, ώστε να επιτρέψουν στην ερευνήτρια να ενημερώσει τους εκπαιδευτικούς. Οι διευθυντές έδωσαν προφορική έγκριση στην ερευνήτρια να ενημερώσει τους εκπαιδευτικούς σχετικά με το πρόγραμμα.

Τέλος, όλα τα ερωτηματολόγια των γνώσεων και τα έντυπα αξιολόγησης του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν ανώνυμα και εμπιστευτικά. Ακόμα, όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα έντυπο συγκατάθεσης, στο οποίο παρέχονταν πληροφορίες για τον σκοπό του προγράμματος, την ταυτότητα της ερευνήτριας, την τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των προσωπικών τους στοιχείων, καθώς και για το δικαίωμα αποχώρησής τους από το πρόγραμμα οποιαδήποτε χρονική στιγμή το επιθυμήσουν, χωρίς κανένα κόστος (βλ. Παράρτημα). Τέλος, προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις των γνώσεων κατά ζεύγη πριν και μετά την παρέμβαση, ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς να συμπληρώσουν στα ερωτηματολόγια τα τελευταία 4 ψηφία του αριθμού του κινητού τους τηλεφώνου.

4. ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

4.1 Εργαλείο της αξιολόγησης της επίδρασης της παρέμβασης

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στο πρόγραμμα ήταν τα εξής:

A) Ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά στοιχεία των εκπαιδευτικών (πχ. φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο των εκπαιδευτικών, χρόνια εμπειρίας κλπ.).

B) Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των γνώσεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη. Στο παρόν ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται ερωτήσεις που βασίζονται στον εκπαιδευτικό οδηγό Supporting Minds (2013). Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από την ίδια την ερευνήτρια και οι ερωτήσεις βασίστηκαν στα τρία κεφάλαια του οδηγού. Πιο αναλυτικά, οι δέκα πρώτες ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής έχουν στόχο να καλύψουν το θεωρητικό κομμάτι που πρέπει να γνωρίζει κάποιος εκπαιδευτικός για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής που βασίζονται στο πρώτο κεφάλαιο του οδηγού, τέσσερις ερωτήσεις που βασίζονται στο δεύτερο κεφάλαιο και δύο ερωτήσεις επιλογής που βασίζονται στο τρίτο κεφάλαιο του οδηγού. Οι επόμενες δέκα ερωτήσεις είναι τύπου σωστού/λάθους και αφορούν σε ένα πιο πρακτικό κομμάτι του οδηγού που σχετίζεται με τις στρατηγικές για την υποστήριξη των μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα (βλ. Παράρτημα).

4.2 Εργαλείο αξιολόγησης της διαδικασίας της παρέμβασης

Το ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της παρέμβασης δόθηκε από την ερευνήτρια στους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης. Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 14 ερωτήσεις, καθεμία από τις οποίες έπρεπε να επιλέξουν έναν αριθμό από το 1 (συμφωνώ πολύ λίγο) έως το 5 (συμφωνώ πάρα πολύ). Πιο αναλυτικά, το περιεχόμενο του περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν στο κατά πόσο το υλικό του εκπαιδευτικού οδηγού και του ερωτηματολογίου γνώσεων ήταν ενδιαφέρον, εύχρηστο, χρήσιμο και κατανοητό, ερωτήσεις που σχετίζονταν με τις στάσεις των συμμετεχόντων για την παιδική και την εφηβική

κατάθλιψη και ερωτήσεις που σχετίζονταν με την συνέπεια και την οργάνωση της ερευνήτριας (βλ. Παράρτημα).

4.3 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό εργαλείο SPSS (IBM SPSS Statistics Version 21), ενώ ορίστηκε επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας το $p \leq 0,05$.

Για τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αφορούσαν το φύλο, την ειδικότητα, την εκπαίδευση και τον φορέα εργασίας υπολογίστηκαν οι πίνακες συχνοτήτων (frequency tables) και τα αντίστοιχα διαγράμματα πίτας (pie charts) των αντίστοιχων ποιοτικών (nominal) μεταβλητών, τόσο για το σύνολο των εκπαιδευτικών (48) που συμμετείχαν στην έρευνα, όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά (παρέμβασης και ελέγχου). Επίσης, ελέγχθηκε η διαφορά των παραπάνω μεταβλητών μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου με εφαρμογή της μεθόδου X^2 (Chi-Square Test) και του Fisher's Exact Test όταν δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για το X^2 .

Επιπλέον, για τις ποσοτικές μεταβλητές (scale) που περιγράφουν το έτος γέννησης και τα χρόνια προϋπηρεσίας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας με Kolmogorov-Smirnov Test, ενώ έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση με έμφαση στη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση, τόσο ξεχωριστά στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου, όσο και στο σύνολο των 48 εκπαιδευτικών. Για τον έλεγχο της διαφοράς της ηλικίας των ερωτώμενων μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney Test, διότι η αντίστοιχη ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή, ενώ για τον έλεγχο της διαφοράς των ετών προϋπηρεσίας μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική δοκιμασία Independent-Samples T Test, εφόσον η αντίστοιχη μεταβλητή προσέγγιζε ικανοποιητικά την κανονική κατανομή.

Αναφορικά με το αν οι εκπαιδευτικοί έχουν ενημερωθεί στο παρελθόν για την παιδική κατάθλιψη, καθώς και για τους τρόπους ενημέρωσής τους, υπολογίστηκαν οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά των αντίστοιχων ποιοτικών μεταβλητών, τόσο

για το σύνολο των 48 εκπαιδευτικών όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά (παρέμβασης και ελέγχου). Επίσης, ελέγχθηκε η διαφορά των παραπάνω μεταβλητών μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου με εφαρμογή της μεθόδου X^2 (Chi-Square Test) και του Fisher's Exact Test όταν δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για το X^2 . Αναφορικά με το αν οι εκπαιδευτικοί έχουν συναντήσει μέχρι τώρα κάποιο περιστατικό μαθητή με καταθλιπτικά συμπτώματα, υπολογίστηκε επίσης ο πίνακας συχνοτήτων (συχνότητες και ποσοστά) της αντίστοιχης ποιοτικής μεταβλητής τόσο για το σύνολο των 48 εκπαιδευτικών όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά (παρέμβασης και ελέγχου), ενώ ελέγχθηκε η διαφορά των απαντήσεων μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου με εφαρμογή της μεθόδου X^2 (Chi-Square Test).

Έγινε έλεγχος της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών συνολικό score γνώσεων για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου ξεχωριστά, τόσο στην προμέτρηση όσο και στη μεταμέτρηση με εφαρμογή της μεθόδου Kolmogorov-Smirnov Test. Προέκυψε ότι το συνολικό score γνώσεων στην προμέτρηση προσεγγίζει την κανονική κατανομή τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου, ενώ το συνολικό score γνώσεων στη μεταμέτρηση δεν ακολουθεί κανονική κατανομή σε καμία ομάδα.

Έγινε περιγραφική ανάλυση για τις απαντήσεις ανά ερώτημα (συχνότητα) και για το score των γνώσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση) συνολικά, αλλά και για κάθε ομάδα ξεχωριστά στην προμέτρηση και στη μεταμέτρηση. Διερευνήθηκε η διαφορά στις απαντήσεις ανά ερώτηση μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου τόσο στην προμέτρηση όσο και στη μεταμέτρηση, με την εφαρμογή του X^2 (chi-square) Test. Η διαφορά στο συνολικό score των γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση ελέγχθηκε με Independent – Samples T Test (παραμετρική δοκιμασία, λόγω κανονικότητας της κατανομής), ενώ η διαφορά στο συνολικό score των γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση ελέγχθηκε με Mann-Whitney Test (μη παραμετρική δοκιμασία, λόγω μη κανονικότητας της κατανομής).

Έγινε έλεγχος κανονικότητας της ποσοτικής μεταβλητής της διαφοράς του συνολικού score των γνώσεων εντός των ομάδων μεταξύ της προμέτρησης και της μεταμέτρησης με Kolmogorov-Smirnov Test, από όπου προέκυψε ότι η κατανομή προσεγγίζει την κανονική στην ομάδα παρέμβασης, όχι όμως και στην ομάδα

ελέγχου. Η διαφορά στο συνολικό score των γνώσεων εντός των ομάδων μεταξύ της προμέτρησης και της μεταμέτρησης ελέγχθηκε με την εφαρμογή της παραμετρικής δοκιμασίας T-Test κατά ζεύγη (Paired Samples Test) για την ομάδα παρέμβασης και της μη παραμετρικής διαδικασίας Wilcoxon Ranked Test για την ομάδα ελέγχου.

Τέλος, αναφορικά με την αξιολόγηση της παρέμβασης, υπολογίστηκαν οι πίνακες συχνοτήτων (frequency tables) ανά ερώτημα του ερωτηματολογίου αξιολόγησης, καθώς και η μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων ανά ερώτημα.

5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 48 εκπαιδευτικοί, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γνώσεων για την κατάθλιψη σε μαθητές σε δύο φάσεις, στην προμέτρηση και τη μεταμέτρηση, εκ των οποίων οι 23 συμμετείχαν στο πρόγραμμα παρέμβασης. Στον Πίνακα 1 συνοψίζονται τα αποτελέσματα (πλήθος και ποσοστό ή μέση τιμή και τυπική απόκλιση) των δημογραφικών στοιχείων, καθώς και η στατιστική πιθανότητα p της διαφοράς μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου ως προς καθένα από αυτά.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος							
	Ομάδα Παρέμβασης (N=23)		Ομάδα Ελέγχου (N=25)		Σύνολο (N=48)		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Φύλο							
Άνδρες	3	20%	2	8%	5	10.4%	0.660 ^β
Γυναίκες	20	87%	23	92%	43	89.6%	
Εκπαίδευση							
ΑΕΙ	23	100%	23	92%	46	95.8%	0.490 ^β
ΤΕΙ	0	0%	2	8%	2	4.2%	
Ειδικότητα							
ΠΕ 02.50 (Ε. Τεχνών)	0	0%	1	4%	1	2.1%	0.045 ^α
ΠΕ 05 (Γαλλικών)	1	4.3%	0	0%	1	2.1%	
ΠΕ 06 (Αγγλικών)	0	0%	5	20%	5	10.4%	
ΠΕ 07 (Γερμανικών)	0	0%	2	8%	2	4.2%	
ΠΕ 08 (Καλλιτεχνικών)	0	0%	1	4%	1	2.1%	
ΠΕ 70 (Δασκάλων)	21	91.3%	13	52%	34	70.8%	
ΠΕ 71 (Ειδικής Αγωγής)	0	0%	2	8%	2	4.2%	
ΠΕ 86 (Πληροφορικής)	0	0%	1	4%	1	2.1%	
ΠΕ 91 (Θ. Αγωγής)	1	4.3%	0	0%	1	2.1%	
Έτος γέννησης	Μέσος	T.A	Μέσος	T.A	Μέσος	T.A	
	1977.70	12.275	1976.24	9.329	1976.94	10.747	0.695 ^γ
Έτη ασκήσεως επαγγέλματος	Μέσος	T.A	Μέσος	T.A	Μέσος	T.A	
	15.30	11.142	16.5	10.897	15.93	10.913	0.709 ^δ

α. χ^2 (chi-square) Test, β. Fisher's Exact Test, γ. Mann-Whitney U Test, δ. Independent Samples T Test

Στο σύνολο των 48 εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (43, 89.6%), απόφοιτοι/ες ΑΕΙ (46, 95.8%), ειδικότητας ΠΕ 70-δασκαλοι (34, 70.8%). Το μέσο έτος γέννησης ήταν περίπου το 1977 με τυπική απόκλιση 10.747, ενώ η μέση τιμή των ετών ασκήσεως του επαγγέλματος ήταν περίπου 16 έτη με τυπική απόκλιση 10.913.

Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, με εξαίρεση την ειδικότητα, όπου οι εκπαιδευτικοί ειδικότητας ΠΕ 70 της ομάδας παρέμβασης ήταν στατιστικά σημαντικά περισσότεροι (21, 91.3%) συγκριτικά με τους εκπαιδευτικούς ειδικότητας ΠΕ 70 της ομάδας ελέγχου (13, 52%).

5.2 Ενημέρωση εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη

Οι εκπαιδευτικοί ερωτήθηκαν για το αν έχουν ενημερωθεί στο παρελθόν για την παιδική κατάθλιψη, και αν ναι για τους τρόπους ενημέρωσής τους. Τα αποτελέσματα (συχνότητες και ποσοστά) συνοψίζονται στον Πίνακα 2 τόσο για το σύνολο των εκπαιδευτικών όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Πίνακας 2: Ενημέρωση εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη							
	Ομάδα Παρέμβασης (N=23)		Ομάδα Ελέγχου (N=25)		Σύνολο (N=48)		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Έχετε ενημερωθεί στο παρελθόν για την παιδική κατάθλιψη;							
Ναι	16	69.6%	15	60%	31	64.6%	0.489 ^α
Όχι	7	30.4%	10	40%	17	35.4%	
Τρόποι ενημέρωσης	N	%	N	%	N	%	
-από κάποιο μάθημα της σχολής μου	6	37.5%	5	33.3%	11	35.5%	0.809 ^α
-από άλλους συναδέλφους	3	18.8%	2	13.3%	5	16.1%	0.682 ^α
-από συνέδρια/ ημερίδες κ.λπ.	11	68.8%	7	46.7%	18	58.1%	0.213 ^α
-από το ευρύτερο οικογενειακό & φιλικό περιβάλλον	5	31.3%	7	46.7%	12	38.7%	0.379 ^α
-από το διαδίκτυο	9	56.3%	9	60%	18	58.1%	0.833 ^α
-από επιστημονικά περιοδικά	3	18.8%	5	33.3%	8	25.8%	0.433 ^β
-από τα μέσα ενημέρωσης (περιοδικά, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.ά.)	9	56.3%	9	60%	18	58.1%	0.833 ^α
-άλλο	0	0	2	13.3%	2	6.5%	0.226 ^β

α. χ^2 (chi-square) Test, β. Fisher's Exact Test

Στο σύνολο των 23 εκπαιδευτικών της ομάδας παρέμβασης, οι 16 (69.6%) απάντησαν ότι έχουν ενημερωθεί στο παρελθόν για την παιδική κατάθλιψη, ενώ στο σύνολο των 25 εκπαιδευτικών της ομάδας ελέγχου, καταφατικά απάντησαν οι 15 (60%).

Σχετικά με τους τρόπους ενημέρωσης, το υψηλότερο ποσοστό εκπαιδευτικών (68.8%) στην ομάδα παρέμβασης είχε ενημερωθεί από συνέδρια / ημερίδες, ενώ στην ομάδα ελέγχου από το διαδίκτυο (σε ποσοστό 60%) και από τα μέσα ενημέρωσης (σε ποσοστό 60%). Από τις ίδιες πηγές (διαδίκτυο και μέσα ενημέρωσης) είχαν ενημερωθεί επίσης σε υψηλό ποσοστό (56.3 % και 56.3% αντίστοιχα) οι εκπαιδευτικοί της ομάδας παρέμβασης. Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τους τρόπους ενημέρωσης μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου.

5.3 Εμπειρία σε περιστατικά μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα

Οι εκπαιδευτικοί ερωτήθηκαν για το αν έχουν συναντήσει μέχρι τώρα κάποιο περιστατικό μαθητή με καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα (συχνότητες και ποσοστά) συνοψίζονται στον Πίνακα 3 τόσο για το σύνολο των εκπαιδευτικών όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Πίνακας 3: Έχετε συναντήσει μέχρι τώρα κάποιο περιστατικό μαθητή με καταθλιπτικά συμπτώματα;							
	Ομάδα Παρέμβασης (N=23)		Ομάδα Ελέγχου (N=25)		Σύνολο (N=48)		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Έχετε συναντήσει μέχρι τώρα κάποιο περιστατικό μαθητή με καταθλιπτικά συμπτώματα;							
Ναι	5	21.7%	8	32%	13	27.1%	0.424 ^a
Όχι	18	78.3%	17	68%	35	72.9%	

a. χ^2 (chi-square) Test

Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών και στις δύο ομάδες δεν έχουν συναντήσει κάποιο περιστατικό μαθητή με καταθλιπτικά συμπτώματα. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εμπειρία των εκπαιδευτικών σε περιστατικά μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου.

5.4 Γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την παιδική κατάθλιψη

5.4.1 Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση

Στον Πίνακα 4 περιλαμβάνονται το πλήθος καθώς και το ποσοστό των σωστών απαντήσεων ανά ερώτημα για το σύνολο των εκπαιδευτών και για κάθε ομάδα ξεχωριστά (παρέμβασης και ελέγχου) στην προμέτρηση. Επιπλέον, αναγράφονται οι τιμές της στατιστικής πιθανότητας p της διαφοράς των τιμών μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Σημειώνονται με έντονη γραφή οι τιμές από τις οποίες προέκυψε στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.05$).

Πίνακας 4: Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση ανά ερώτημα

	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	
Ερώτηση	N (% σωστών απαντήσεων)	N (% σωστών απαντήσεων)	N (% σωστών απαντήσεων)	p-value
A1. Οι εκπαιδευτικοί έχουν σημαντικά υποστηρικτικό ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία, καθώς μπορούν να παρατηρούν πτυχές της συμπεριφοράς ενός μαθητή στο σχολικό περιβάλλον, που ίσως να μην είναι εμφανείς στον γονέα ή τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.	16 (69.6%)	23 (92%)	39 (81.3%)	0,068 ^β
A2. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να βοηθούν τους μαθητές να αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες.	14 (60.9%)	20 (80%)	34 (70.8%)	0.145 ^α
A3. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να προωθούν την ενίσχυση σεβασμού σε θέματα διαφορετικότητας καθώς και τη δημιουργία ουσιαστικών οικογενειακών & φιλικών σχέσεων.	22 (95.7%)	18 (72%)	40 (83.3%)	0.049^β
A4. Οι εκπαιδευτικοί κατέχουν καθοριστικό ρόλο στις ζωές των μαθητών, καθώς πολλές φορές είναι τα πρόσωπα στα οποία οι μαθητές μιλάνε όταν έχουν κάποιο πρόβλημα. Έτσι, λοιπόν, μπορούν να τονίζουν ότι είναι παρόντες για να τους ακούσουν και να προτείνουν λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν.	18 (78.3%)	22 (88%)	40 (83.3%)	0.454 ^β
A5. Οι πιθανότητες στο τέλος της εφηβείας για την εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να αγγίζουν έως και το 20%.	7 (30.4%)	9 (36%)	16 (33.3%)	0.683 ^α
A6. Ο μέσος όρος ηλικίας για την έναρξη μιας καταθλιπτικής διαταραχής φαίνεται να ξεκινά μεταξύ 11-14 ετών.	6 (26.1%)	9 (36%)	15 (31.3%)	0.459 ^α
A7. Η κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους συνδέεται με σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.	4 (17.4%)	8 (32%)	12 (25%)	0.243 ^α
A8. Στην εφηβεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν ως έλλειψη συγκέντρωσης, με τη μορφή κόπωσης, συχνών απουσιών, ευερεθιστότητας ή αισθήματος απογοήτευσης.	19 (82.6%)	18 (72%)	37 (77.1%)	0.382 ^α

A9. Στο σχολείο οι έφηβοι δεν αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους.	17 (73.9%)	24 (96%)	41 (85.4%)	0.044^β
A10. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να παρατηρούν την χρονική στιγμή, συχνότητα, διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων των μαθητών.	22 (95.7%)	25 (100)	47 (97.9%)	0.479 ^β
B1. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να απομονώνουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα στο πίσω μέρος της τάξης. (ΛΑΘΟΣ)	23 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	-
B2. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εφαρμόζουν συχνές διακοπές στο μάθημα για να βοηθούν τους μαθητές με προβλήματα συγκέντρωσης. (ΣΩΣΤΟ)	21 (91.3%)	19 (76%)	40 (83.3%)	0.249 ^β
B3. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να χρησιμοποιούν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, αντί ερωτήσεων ανοιχτού τύπου ή προφορικών ερωτήσεων σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα. (ΣΩΣΤΟ)	18 (78.3%)	24 (96%)	42 (87.5%)	0.091 ^β
B4. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να συμβουλεύουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους. (ΣΩΣΤΟ)	21 (91.3%)	23 (92%)	44 (91.7%)	1.000 ^β
B5. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να κάνουν κλειστές ερωτήσεις για τις οποίες υπάρχει συγκεκριμένη, σωστή απάντηση, ώστε ο μαθητής να μπορεί να συζητά χωρίς φόβο για το αν κάνει λάθος μπροστά σε άλλους. (ΛΑΘΟΣ)	10 (43.5%)	9 (36%)	19 (39.6%)	0.597 ^α
B6. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθούν τους μαθητές να εντοπίσουν τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα τους που τους επιτρέπουν να εκτελούν καθημερινά πολλές δραστηριότητες. (ΣΩΣΤΟ)	23 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	-
B7. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αποφεύγουν να δίνουν ευκαιρίες σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να συμμετέχουν σε εργασίες με τους συνομηλίκους τους για να μην νιώθουν μειονεκτικά. (ΛΑΘΟΣ)	23 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	-
B8. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να συζητούν με τους μαθητές τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε οποιοδήποτε μέρος, ακόμα και στο προαύλιο του σχολείου. (ΛΑΘΟΣ)	9 (39.1%)	7 (28%)	16 (33.3%)	0.414 ^α
B9. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εκφράζονται επικριτικά, όταν μιλούν στους γονείς για τις ανησυχίες σχετικά με την συμπεριφορά ενός μαθητή. (ΛΑΘΟΣ)	20 (87%)	25 (100%)	45 (93.8%)	0.102 ^β

B10. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να οργανώνουν τις δραστηριότητες των μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα, η χρήση μιας ημερήσιας λίστας είναι εξαιρετικά βοηθητική. (ΣΩΣΤΟ)	20 (87%)	22 (88%)	42 (87.5%)	1.000
--	----------	----------	------------	-------

α. χ^2 (chi-square) Test, β. Fisher's Exact Test,

Στην πλειοψηφία των ερωτημάτων δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων πριν από την πραγματοποίηση της παρέμβασης. Ωστόσο, προέκυψε στατιστική σημαντικότητα σε δύο ερωτήματα (A3 και A9). Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί της ομάδας παρέμβασης σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σκορ στο ερώτημα A3 (οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να προωθούν την ενίσχυση σεβασμού σε θέματα διαφορετικότητας καθώς και τη δημιουργία ουσιαστικών οικογενειακών & φιλικών σχέσεων) σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς της ομάδας ελέγχου, ενώ στο ερώτημα A9 (στο σχολείο οι έφηβοι δεν αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους), στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σκορ σημείωσαν οι εκπαιδευτικοί της ομάδας ελέγχου συγκριτικά με τους εκπαιδευτικούς της ομάδας παρέμβασης.

Για τη σύγκριση της συνολικής επίδοσης των εκπαιδευτικών μεταξύ των δύο ομάδων πριν από την πραγματοποίηση της παρέμβασης, υπολογίστηκαν η μέση τιμή και τυπική απόκλιση του συνολικού σκορ και πραγματοποιήθηκε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς που προέκυψε. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Διαφορά του συνολικού σκορ γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση

	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	
	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	p-value
Συνολικό Σκορ Γνώσεων στην προμέτρηση	14.48 ± 1.648	15.20 ± 1.581	14.85 ± 1.637	0.128 ^α

α. Independent-Samples T Test

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό σκορ γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στην προμέτρηση ($t_{(46)}=-1.548$), $p=0.128$).

Το συνολικό σκορ γνώσεων στην προμέτρηση για κάθε ομάδα απεικονίζεται στο Γράφημα 3.



Γράφημα 3: Συνολικό σκορ γνώσεων στην προμέτρηση για κάθε ομάδα

5.4.2 Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση

Στον Πίνακα 6 περιλαμβάνονται το πλήθος καθώς και το ποσοστό των σωστών απαντήσεων ανά ερώτημα για το σύνολο των εκπαιδευτών και για κάθε ομάδα ξεχωριστά (παρέμβασης και ελέγχου) στη μεταμέτρηση. Επιπλέον, αναγράφονται οι τιμές της στατιστικής πιθανότητας p της διαφοράς των τιμών μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Σημειώνονται με έντονη γραφή οι τιμές από τις οποίες προέκυψε στατιστική σημαντικότητα ($p<0.05$).

Πίνακας 6: Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση ανά ερώτημα

	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	
Ερώτηση	N (% σωστών απαντήσεων)	N (% σωστών απαντήσεων)	N (% σωστών απαντήσεων)	p-value
A1. Οι εκπαιδευτικοί έχουν σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία, καθώς μπορούν να παρατηρούν πτυχές της συμπεριφοράς ενός μαθητή στο σχολικό περιβάλλον, που ίσως να μην είναι εμφανείς στον γονέα ή τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.	22 (95.7%)	21 (84%)	43 (89.6%)	0.350 ^a
A2. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να βοηθούν τους μαθητές να αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες.	18 (78.3%)	20 (80%)	38 (79.2%)	1.000 ^b
A3. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να προωθούν την ενίσχυση σεβασμού σε θέματα διαφορετικότητας καθώς και τη δημιουργία ουσιαστικών οικογενειακών & φιλικών σχέσεων.	22 (95.7%)	25 (100%)	47 (97.9%)	0.479 ^b
A4. Οι εκπαιδευτικοί κατέχουν καθοριστικό ρόλο στις ζωές των μαθητών, καθώς πολλές φορές είναι τα πρόσωπα στα οποία οι μαθητές μιλάνε όταν έχουν κάποιο πρόβλημα. Έτσι, λοιπόν, μπορούν να τονίζουν ότι είναι παρόντες για να τους ακούσουν και να προτείνουν λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν.	22 (95.7%)	21 (84%)	43 (89.6%)	0.350 ^b
A5. Οι πιθανότητες στο τέλος της εφηβείας για την εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να αγγίζουν έως και το 20%.	16 (69.6%)	9 (36%)	25 (52.1%)	0.02^a
A6. Ο μέσος όρος ηλικίας για την έναρξη μιας καταθλιπτικής διαταραχής φαίνεται να ξεκινά μεταξύ 11-14 ετών.	18 (78.3%)	11 (44%)	29 (60.4%)	0.015^a
A7. Η κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους συνδέεται με σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.	10 (43.5%)	7 (28%)	17 (35.4%)	0.263 ^a

A8. Στην εφηβεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν ως έλλειψη συγκέντρωσης, με τη μορφή κόπωσης, συχνών απουσιών, ευερεθιστότητας ή αισθήματος απογοήτευσης.	22 (95.7%)	19 (76%)	41 (85.4%)	0.099 ^β
A9. Στο σχολείο οι έφηβοι δεν αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους.	18 (78.3%)	23 (92%)	41 (85.4%)	0.237 ^β
A10. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να παρατηρούν την χρονική στιγμή, συχνότητα, διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων των μαθητών.	23 (100%)	24 (96%)	47 (97.9%)	1.000 ^β
B1. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να απομονώνουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα στο πίσω μέρος της τάξης (ΛΑΘΟΣ) .	23 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	-
B2. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εφαρμόζουν συχνές διακοπές στο μάθημα για να βοηθούν τους μαθητές με προβλήματα συγκέντρωσης (ΣΩΣΤΟ) .	21 (91.3%)	21 (84%)	42 (87.5%)	0.668 ^β
B3. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να χρησιμοποιούν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, αντί ερωτήσεων ανοιχτού τύπου ή προφορικών ερωτήσεων σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα (ΣΩΣΤΟ) .	19 (82.6%)	24 (96%)	43 (89.6%)	0.180 ^β
B4. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να συμβουλεύουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους (ΣΩΣΤΟ) .	22 (95.7%)	23 (92%)	45 (93.8%)	1.000 ^β
B5. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να κάνουν κλειστές ερωτήσεις για τις οποίες υπάρχει συγκεκριμένη, σωστή απάντηση, ώστε ο μαθητής να μπορεί να συζητά χωρίς φόβο για το αν κάνει λάθος μπροστά σε άλλους (ΛΑΘΟΣ) .	20 (87%)	12 (48%)	32 (66.7%)	0.004^α
B6. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθούν τους μαθητές να εντοπίσουν τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα τους που τους επιτρέπουν να εκτελούν καθημερινά πολλές δραστηριότητες (ΣΩΣΤΟ) .	23 (100%)	24 (96%)	47 (97.9%)	1.000 ^β
B7. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αποφεύγουν να δίνουν ευκαιρίες σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να συμμετέχουν σε εργασίες με τους συνομηλίκους τους για να μην νιώθουν μειονεκτικά (ΛΑΘΟΣ) .	23 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	-

B8. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να συζητούν με τους μαθητές τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε οποιοδήποτε μέρος, ακόμα και στο προαύλιο του σχολείου (ΛΑΘΟΣ) .	12 (52.2%)	9 (36%)	21 (43.8%)	0.259 ^α
B9. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εκφράζονται επικριτικά, όταν μιλούν στους γονείς για τις ανησυχίες σχετικά με την συμπεριφορά ενός μαθητή (ΛΑΘΟΣ) .	23 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	-
B10. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να οργανώνουν τις δραστηριότητες των μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα, η χρήση μιας ημερήσιας λίστας είναι εξαιρετικά βοηθητική (ΣΩΣΤΟ) .	21 (91.3%)	23 (92%)	44 (91.7%)	1.000 ^β

α. X^2 (chi-square) Test, β. Fisher's Exact Test

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, στη μεταμέτρηση, οι εκπαιδευτικοί της ομάδας παρέμβασης σημείωσαν υψηλότερο σκορ σε 12 ερωτήματα (A1, A4, A5, A6, A7, A8, A10, B2, B4, B5, B6, B8) συγκριτικά με τους εκπαιδευτικούς της ομάδας ελέγχου, σε 3 ερωτήματα (B1, B7, B9) όλοι οι εκπαιδευτικοί και από τις δύο ομάδες απάντησαν σωστά, ενώ υπήρχαν 4 ερωτήματα (A2, A3, A9, B3), στα οποία οι εκπαιδευτικοί της ομάδας ελέγχου σημείωσαν ελαφρώς υψηλότερο σκορ. Στατιστική σημαντικότητα στη διαφορά του σκορ μεταξύ των δύο ομάδων προέκυψε σε τρία ερωτήματα (A5, A6, B5), με τους εκπαιδευτικούς της ομάδας παρέμβασης να έχουν σημειώσει στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σκορ σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς της ομάδας ελέγχου.

Για τη σύγκριση της συνολικής επίδοσης των εκπαιδευτικών μεταξύ των δύο ομάδων μετά από την πραγματοποίηση της παρέμβασης, υπολογίστηκαν η μέση τιμή και τυπική απόκλιση του συνολικού σκορ και πραγματοποιήθηκε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς που προέκυψε. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Διαφορά του συνολικού σκορ γνώσεων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στη μεταμέτρηση

	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	p-value
	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	
Σκορ Γνώσεων στη μεταμέτρηση	17.3 ± 1.820	15.64 ± 1.799	16.44 ± 1.945	0.002^a

a. Mann-Whitney U Test

Τα αποτελέσματα στη μεταμέτρηση έδειξαν ότι το συνολικό σκορ γνώσεων της ομάδας παρέμβασης (Mean= 17.3) ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με το συνολικό σκορ γνώσεων της ομάδας ελέγχου (Mean = 15.64).

Το συνολικό σκορ γνώσεων στη μεταμέτρηση για κάθε ομάδα απεικονίζεται στο Γράφημα 4.



Γράφημα 4: Συνολικό σκορ γνώσεων στη μεταμέτρηση για κάθε ομάδα

5.4.3 Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

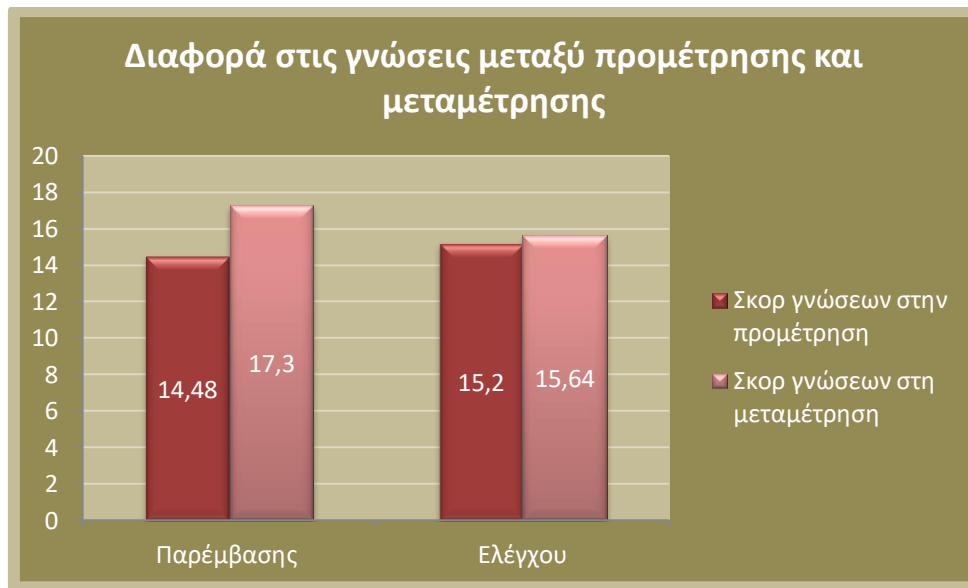
Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της συσχέτισης του συνολικού σκορ γνώσεων μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης και για τις δύο ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου). Στην ομάδα παρέμβασης, το συνολικό σκορ γνώσεων στη μεταμέτρηση (Mean= 17.30) ήταν υψηλότερο σε σχέση με το συνολικό σκορ στην προμέτρηση (Mean= 14.48), ενώ στην ομάδα ελέγχου το συνολικό σκορ γνώσεων στη μεταμέτρηση (Mean= 15.64) ήταν περίπου το ίδιο με το συνολικό σκορ στην προμέτρηση (Mean= 15.20). Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 8. Στη στήλη p-value σημειώνονται με έντονη γραφή οι τιμές από τις οποίες προέκυψε στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.05$).

Πίνακας 8: Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης			
	Προμέτρηση	Μεταμέτρηση	p-value
	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	
Σκορ Γνώσεων ομάδας παρέμβασης	14.48±1.648	17.30±1.820	<0.001^a
Σκορ Γνώσεων ομάδας ελέγχου	15.20±1.581	15.64±1.729	0.174 ^β

a. Paired-Samples T Test β. Wilcoxon Signed Ranks Test

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα στον Πίνακα 7, υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων των εκπαιδευτικών για την κατάθλιψη σε μαθητές μετά την εφαρμογή της μεθόδου παρέμβασης από 14.48±1.648 σε 17.30±1.820 ($p < 0.001$). Στην ομάδα ελέγχου, το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών ήταν περίπου σταθερό μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης και δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα.

Η διαφορά στις γνώσεις μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης για κάθε ομάδα απεικονίζεται στο Γράφημα 5.



Γράφημα 5: Διαφορά στις γνώσεις μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης

5.5 Αξιολόγηση της παρέμβασης

Στον Πίνακα 9 αναγράφονται οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών της ομάδας παρέμβασης ανά ερώτημα του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της παρέμβασης.

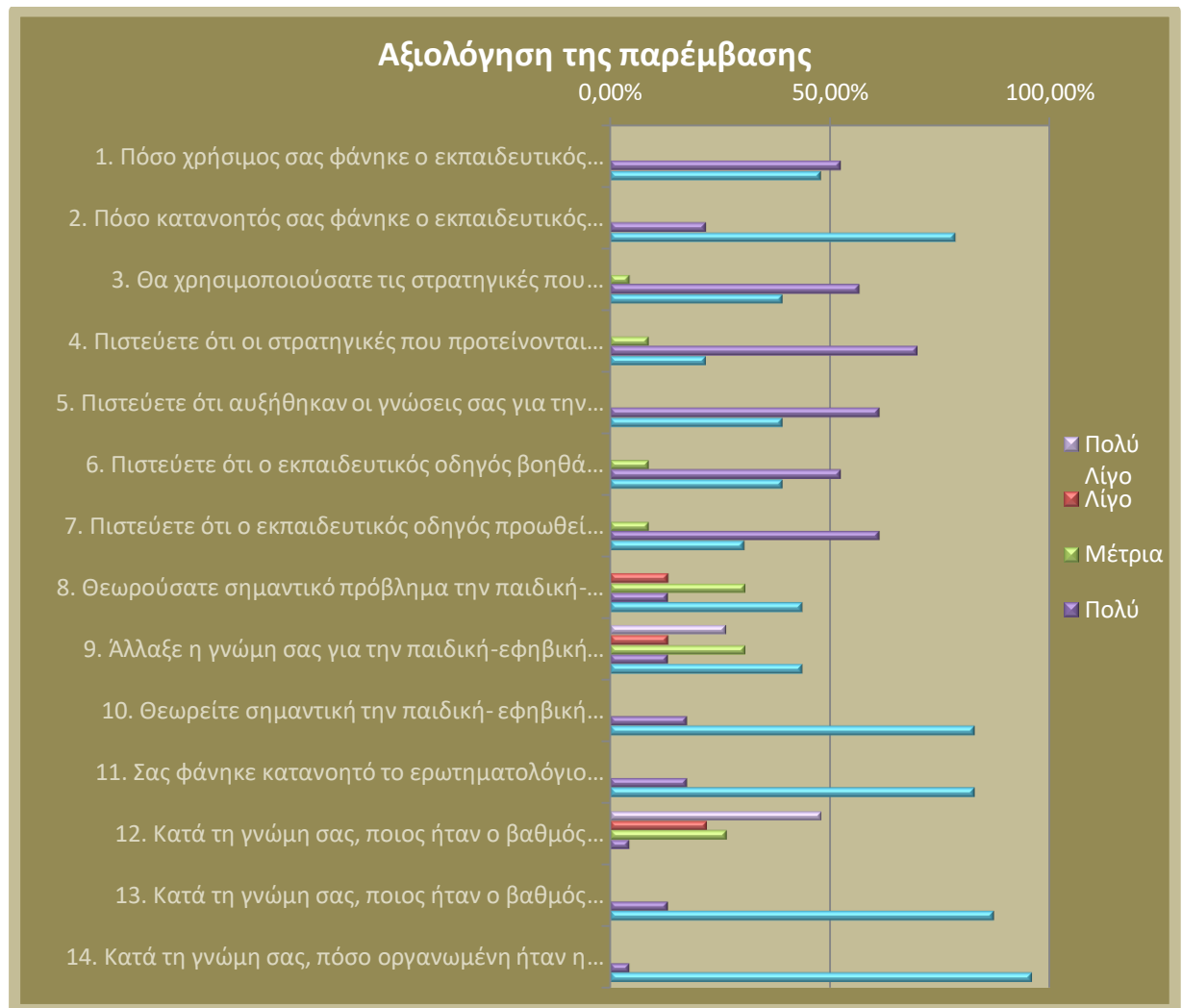
	Πολύ Λίγο	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Ερώτηση	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Πόσο χρήσιμος σας φάνηκε ο εκπαιδευτικός οδηγός;	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (52.2%)	11 (47.8%)
2. Πόσο κατανοητός σας φάνηκε ο εκπαιδευτικός οδηγός;	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (21.7%)	18 (78.3%)
3. Θα χρησιμοποιούσατε τις στρατηγικές που προτείνονται;	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.3%)	13 (56.5%)	9 (39.1%)
4. Πιστεύετε ότι οι στρατηγικές που προτείνονται μπορούν να εφαρμοστούν με ευκολία;	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.7%)	16 (69.6%)	5 (21.7%)
5. Πιστεύετε ότι αυξήθηκαν οι γνώσεις σας για την παιδική-εφηβική κατάθλιψη μετά την ενημέρωση από τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (60.9%)	9 (39.1%)
6. Πιστεύετε ότι ο εκπαιδευτικός οδηγός βοηθά στη βελτίωση της επικοινωνίας με τους μαθητές σας;	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.7%)	12 (52.2%)	9 (39.1%)
7. Πιστεύετε ότι ο εκπαιδευτικός οδηγός προωθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και κατανόησης μεταξύ εκπαιδευτικών- μαθητών-γονέων;	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.7%)	14 (60.9%)	7 (30.4%)
8. Θεωρούσατε σημαντικό πρόβλημα την παιδική-εφηβική κατάθλιψη, πριν ενημερωθείτε από τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	0 (0%)	3 (13%)	7 (30.4%)	3 (13%)	10 (43.5%)
9. Άλλαξε η γνώμη σας για την παιδική-εφηβική κατάθλιψη, αφού διαβάσατε τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	6 (26.1%)	3 (13%)	7 (30.4%)	3 (13%)	10 (43.5%)
10. Θεωρείτε σημαντική την παιδική-εφηβική κατάθλιψη;	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (17.4%)	19 (82.6%)
11. Σας φάνηκε κατανοητό το ερωτηματολόγιο που απαντήσατε;	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (17.4%)	19 (82.6%)
12. Κατά τη γνώμη σας, ποιος ήταν ο βαθμός δυσκολίας του ερωτηματολογίου;	11 (47.8%)	5 (21.7%)	6 (26.1%)	1 (4.3%)	0 (0%)
13. Κατά τη γνώμη σας, ποιος ήταν ο βαθμός συνέπειας της ερευνήτριας στην τήρηση των χρονικών προθεσμιών;	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (13%)	20 (87%)
14. Κατά τη γνώμη σας, πόσο οργανωμένη ήταν η ερευνήτρια;	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.3%)	22 (95.7%)

Στον Πίνακα 10 αναγράφονται η μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων ανά ερώτημα του ερωτηματολογίου αξιολόγησης.

Πίνακας 10: Αξιολόγηση της παρέμβασης (μέση τιμή και τυπική απόκλιση)	
Ερώτηση	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση
1. Πόσο χρήσιμος σας φάνηκε ο εκπαιδευτικός οδηγός;	4.48 ± 0.511
2. Πόσο κατανοητός σας φάνηκε ο εκπαιδευτικός οδηγός;	4.78 ± 0.422
3. Θα χρησιμοποιούσατε τις στρατηγικές που προτείνονται;	4.35 ± 0.573
4. Πιστεύετε ότι οι στρατηγικές που προτείνονται μπορούν να εφαρμοστούν με ευκολία;	4.13 ± 0.548
5. Πιστεύετε ότι αυξήθηκαν οι γνώσεις σας για την παιδική-εφηβική κατάθλιψη μετά την ενημέρωση από τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	4.39 ± 0.499
6. Πιστεύετε ότι ο εκπαιδευτικός οδηγός βοηθά στη βελτίωση της επικοινωνίας με τους μαθητές σας;	4.3 ± 0.635
7. Πιστεύετε ότι ο εκπαιδευτικός οδηγός προωθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και κατανόησης μεταξύ εκπαιδευτικών-μαθητών-γονέων;	4.22 ± 0.6
8. Θεωρούσατε σημαντικό πρόβλημα την παιδική-εφηβική κατάθλιψη, πριν ενημερωθείτε από τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	3.87 ± 1.14
9. Άλλαξε η γνώμη σας για την παιδική-εφηβική κατάθλιψη, αφού διαβάσατε τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	3.26 ± 1.657
10. Θεωρείτε σημαντική την παιδική-εφηβική κατάθλιψη;	4.78 ± 0.422
11. Σας φάνηκε κατανοητό το ερωτηματολόγιο που απαντήσατε;	4.83 ± 0.388
12. Κατά τη γνώμη σας, ποιος ήταν ο βαθμός δυσκολίας του ερωτηματολογίου;	1.87 ± 0.968
13. Κατά τη γνώμη σας, ποιος ήταν ο βαθμός συνέπειας της ερευνήτριας στην τήρηση των χρονικών προθεσμιών;	4.87 ± 0,344
14. Κατά τη γνώμη σας, πόσο οργανωμένη ήταν η ερευνήτρια;	4.96 ± 0.209

Στην πλειοψηφία των ερωτημάτων η μέση τιμή των απαντήσεων κυμαίνεται από 4 (Πολύ) έως 5 (Πάρα Πολύ), με εξαίρεση τα ερωτήματα 8 και 9 που αφορούσαν την αντίληψη των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη πριν και μετά την παρέμβαση, όπου η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 3.87 και 3.26 αντίστοιχα, καθώς και το ερώτημα 12 για την αξιολόγηση του βαθμού δυσκολίας του ερωτηματολογίου, όπου η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 1.87.

Στο Γράφημα 6 απεικονίζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών ανά ερώτημα.



Γράφημα 6: Απαντήσεις εκπαιδευτικών ανά ερώτημα του ερωτηματολογίου αξιολόγηση

6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεδομένου ότι τα σχολεία οφείλουν να προσφέρουν προγράμματα που να προάγουν την κοινωνική και συναισθηματική υγεία των μαθητών τους (Desrochers & Houck, 2014· NIMH, 2016· Supporting Minds, 2014), ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να βελτιώσει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για την αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την υποστήριξη των μαθητών τους.

Οι εκπαιδευτικοί δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα, καθώς οι μελέτες δείχνουν ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών, όπως το φύλο, η ηλικία και τα έτη εκπαιδευτικής εμπειρίας επηρεάζουν τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις ικανότητες τους (Askell-Williams & Cefai, 2014). Αν και το ερευνητικό σχέδιο ήταν ημι-πειραματική μελέτη μη ισοδύναμων ομάδων, τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και στις δύο ομάδες ήταν παρόμοια. Η μόνη διαφορά που προέκυψε ήταν ότι οι εκπαιδευτικοί ειδικότητας ΠΕ 70 της ομάδας παρέμβασης ήταν στατιστικά σημαντικά περισσότεροι συγκριτικά με τους εκπαιδευτικούς ειδικότητας ΠΕ 70 της ομάδας ελέγχου. Σύμφωνα με τους Froese-Germain και Riel (2012) οι εκπαιδευτικοί, είτε είναι γενικής είτε ειδικής εκπαίδευσης, δεν διαθέτουν την απαραίτητη κατάρτιση και τις δεξιότητες για την κάλυψη των αναγκών μαθητών με προβλήματα στην ψυχική τους υγεία.

Σχεδόν το 1/3 του δείγματος (17 εκπαιδευτικοί από τους 48) ανέφερε ότι δεν είχε ενημερωθεί ποτέ για την παιδική κατάθλιψη έως τώρα. Το εύρημα δηλώνει αρχικά την έλλειψη των γνώσεων που παρουσιάζουν οι εκπαιδευτικοί στην αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μαθητών τους και την έλλειψη προγραμμάτων κατάρτισης εντός των σχολικών μονάδων. Οι εκπαιδευτικοί αν και διδάσκονται μαθήματα κατά την διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών που σχετίζονται με την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών στην σχολική ηλικία, οι περισσότεροι από αυτούς δεν μπορούν να εντοπίσουν σημάδια κατάθλιψης στους μαθητές, με αποτέλεσμα να μην εκμεταλλεύονται τον καίριο ρόλο τους (Askell-Williams & Cefai, 2014· Desrochers & Houck, 2014· Smith et al., 2018· Supporting Minds, 2014). Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα παρατηρείται απουσία σημαντικών μαθημάτων σχετικά

με τη διαχείριση συμπεριφοράς των μαθητών στην τάξη στα προγράμματα προπτυχιακών σπουδών των εκπαιδευτικών (Kleftaras & Didaskalou, 2006).

Το εύρημα αυτό φαίνεται να συνάδει με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που μελετούσαν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών τους. Πιο αναλυτικά, η συστηματική ανασκόπηση των Yamaguchi και συνεργατών (2019) τονίζει ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί έχουν περιορισμένο αριθμό γνώσεων για την ψυχική υγεία και οι περισσότεροι από αυτούς δεν έχουν την πεποίθηση ότι βοηθούν τους μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας. Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη σε έξι δημοτικά σχολεία σε μεγάλη πόλη στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει επαγγελματική κατάρτιση, όπως η απόκτηση γνώσεων ή η εκμάθηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας των μαθητών τους. Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι ανησυχούσαν σχετικά με την περιορισμένη εκπαίδευση που είχαν λάβει, καθώς οι ίδιοι χρειάζονταν περαιτέρω γνώση σε θέματα ψυχικής υγείας για να υποστηρίξουν καλύτερα τους μαθητές τους (Walter, Gouze & Lim, 2006).

Αν και η παρούσα έρευνα δεν εξέτασε την συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των εκπαιδευτικών για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη και των ετών εργασιακής εμπειρίας τους, η έρευνα των Froese-Germain και Riel (2012) τονίζει ότι οι εκπαιδευτικοί με μεγαλύτερη εμπειρία είναι πιθανότερο να αναφέρουν ότι έλαβαν κάποια επαγγελματική κατάρτιση εντός του σχολικού πλαισίου που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια των μαθητών. Μάλιστα τα τρία τέταρτα των εκπαιδευτικών με λιγότερο από 5 χρόνια εμπειρίας στο δημόσιο εκπαιδευτικό σύστημα ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει επαγγελματική κατάρτιση για θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών, σε σύγκριση με το 63% των ατόμων με εμπειρία 25 ετών και άνω. Στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα της έρευνας των Κλεφτάρα και Διδασκάλου (2006) αναφέρουν ότι η ηλικία των εκπαιδευτικών αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις απαντήσεις τους σχετικά με τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των μαθητών. Στην παρούσα μελέτη, η μέση τιμή των ετών ασκήσεως του επαγγέλματος του δείγματος ήταν περίπου 16 έτη και στις δύο ομάδες.

Σχετικά με τους τρόπους ενημέρωσης για την παιδική κατάθλιψη, το υψηλότερο ποσοστό των εκπαιδευτικών και στις δύο ομάδες δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί από συνέδρια/ημερίδες, διαδίκτυο και γενικότερα τα μέσα ενημέρωσης. Σε έρευνα που

πραγματοποιήθηκε σε εκπαιδευτικούς στην Οτάβα του Καναδά, 6 στους 10 δήλωσαν ότι ήταν ενημερωμένοι/εκπαιδευμένοι για θέματα ψυχικής υγείας μέσω του πλαισίου του εργασιακού τους χώρου ή μέσω του συλλόγου των εκπαιδευτικών (Froese-Germain & Riel, 2012). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σε θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών πρέπει να παρέχεται από το σχολικό πλαίσιο δωρεάν.

Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών δεν έχει συναντήσει κάποιο περιστατικό μαθητή με καταθλιπτικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα να μην προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εμπειρία των εκπαιδευτικών σε περιστατικά μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου. Είναι γεγονός ότι τις περισσότερες φορές τα παιδιά με καταθλιπτικά συμπτώματα παραβλέπονται στο σχολικό περιβάλλον, καθώς μπορεί να χαρακτηριστούν ως συνεσταλμένα και εσωστρεφή (Wenar & Keng, 2008). Σε αντίθεση με αυτά που εκδηλώνουν μαθησιακές δυσκολίες ή διαταραχές συμπεριφοράς που διαγιγνώσκονται πιο γρήγορα, διότι παρεμποδίζουν την ομαλή διεξαγωγή της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Jaureguizar, Bernaras, & Garaigordobil, 2017· Klefтарas & Didaskalou, 2006). Σε άλλες περιπτώσεις, τα συμπτώματα αυτά είναι δύσκολο να αναγνωριστούν ή συνυπάρχουν με άλλα προβλήματα (Huberty, 2010· Lewandowski, 2013· NIMH, 2016· Supporting Minds, 2014· Τσιαντής, 2001).

Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας έρευνας στην Ισπανία, οι εκπαιδευτικοί τείνουν να αναγνωρίζουν την κατάθλιψη των μαθητών τους σε μικρότερο βαθμό από τις αυτοαναφορές των ίδιων για καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ο χαμηλότερος βαθμός αναγνώρισης της κατάθλιψης από τους εκπαιδευτικούς μπορεί να εξηγηθεί, είτε λόγω του άγχους και του φόρτου εργασίας που βιώνουν οι εκπαιδευτικοί, είτε λόγω της έλλειψης κατάρτισης και εκπαίδευσης (Jaureguizar et al., 2017).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι αισθάνονται πολύ συχνά ακατάλληλοι για να αντιμετωπίσουν τη μεγάλη πολυπλοκότητα και το εύρος των προβλημάτων που εμφανίζουν οι μαθητές τους. Επίσης, δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται ενημερωμένοι για την συμπτωματολογία της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία και τις επιπτώσεις της στη γνωστική, ακαδημαϊκή και κοινωνική λειτουργία των μαθητών (Klefтарas & Didaskalou, 2006).

Τα αποτελέσματα της επίδρασης στις δύο ομάδες κατά την προμέτρηση έδειξαν μη στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό σκορ γνώσεων. Τα αποτελέσματα στη μεταμέτρηση έδειξαν ότι το συνολικό σκορ γνώσεων της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε στατιστικά σημαντικά σε σχέση με το συνολικό σκορ γνώσεων της ομάδας ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι υπήρξαν αλλαγές στις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την κατάθλιψη και όπως φαίνεται από τις απαντήσεις της αξιολόγησης, οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι ο εκπαιδευτικός οδηγός τους φάνηκε αρκετά χρήσιμος.

Σχετικά με τα αποτελέσματα της παρέμβασης και τη χρήση εκπαιδευτικού οδηγού για τη βελτίωση των γνώσεων των εκπαιδευτικών, η έρευνα των Rohde και συνεργατών (2012) που διεξήχθη σε έφηβους μαθητές χρησιμοποίησε για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τη μέθοδο γνωστικής-συμπεριφορικής βιβλιοθεραπείας και της χρήσης ενημερωτικού φυλλαδίου για τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χρήση ενημερωτικού φυλλαδίου ήταν λιγότερο βοηθητική στη μείωση των συμπτωμάτων των εφήβων σε σχέση με τη βιβλιοθεραπεία. Γεγονός που δείχνει ότι η αύξηση των γνώσεων για τα καταθλιπτικά συμπτώματα μέσω έντυπου υλικού ενδέχεται να είναι αποτελεσματική.

Τέλος, στην αξιολόγηση της παρέμβασης στις ερωτήσεις για το αν οι εκπαιδευτικοί θα χρησιμοποιούσαν τις στρατηγικές που προτείνονται στον εκπαιδευτικό οδηγό και στο αν θα μπορούν να εφαρμοστούν με ευκολία, η μέση τιμή των απαντήσεων κυμαίνεται από 4 (Πολύ) έως 5 (Πάρα Πολύ). Η έρευνα των Shelemy και συνεργατών (2019) φαίνεται να επισημαίνει ότι η κατάρτιση των εκπαιδευτικών στην ψυχική υγεία θα πρέπει να επικεντρωθεί σε πρακτικές στρατηγικές, οι οποίες θα μπορούν να εφαρμοστούν στην τάξη. Ενώ και η μελέτη των Froese-Germain και Riel, (2012) τονίζει ότι το 84% των εκπαιδευτικών ανέφεραν σημαντική ανάγκη για ενημέρωση σε θέματα διαχείρισης γνώσεων και δεξιοτήτων εντός της τάξης. Ο εκπαιδευτικός οδηγός περιλάμβανε συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γεγονός που μπορεί να βοήθησε τους εκπαιδευτικούς.

Δυνατά σημεία της μελέτης

Το πρόγραμμα διεξήχθη σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για να ενημερωθούν και να αναγνωρίσουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών σε πρώιμο αναπτυξιακό στάδιο και ιδιαίτερα στην περίοδο της προεφηβείας, αλλά και για να ενημερωθούν για τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων που μπορούν να εφαρμόσουν μέσα στην τάξη.

Το εκπαιδευτικό υλικό της παρούσας μελέτης σχεδιάστηκε βάσει του διεθνούς φήμης εκπαιδευτικού οδηγού *Supporting Minds* (2013). Τα ερωτηματολόγια γνώσεων σχεδιάστηκαν και αυτά από την ερευνήτρια βάσει του εκπαιδευτικού οδηγού, τα οποία θα πρέπει μελλοντικά να σταθμιστούν σε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων.

Περιορισμοί

Οι κυριότεροι παράγοντες που μπορούν να απειλήσουν την εσωτερική εγκυρότητα του προγράμματος, δηλαδή το βαθμό κατά τον οποίο η ανεξάρτητη μεταβλητή (ομάδα παρέμβασης) οδηγεί σε στατιστικά σημαντική διαφορά την εξαρτημένη μεταβλητή (γνώσεις), είναι οι παρακάτω:

1. Ιστορία

Είναι αρκετά πιθανόν μεταξύ του διαστήματος της προμέτρησης και της μεταμέτρησης, οι εκπαιδευτικοί να αναζήτησαν πληροφορίες εκτός του εκπαιδευτικού οδηγού για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη ή να ήρθαν σε επαφή με κάποιον ειδικό (πχ. Ψυχολόγο ή Ειδικό Παιδαγωγό του εκάστοτε σχολείου), με συνέπεια στην επιρροή των αποτελεσμάτων της μεταμέτρησης. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, η χρήση ομάδας ελέγχου και το μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης (επτά μέρες) βοηθούν στη μείωση αυτής της απειλής.

2. Εξοικείωση

Η απειλή της εξοικείωσης σχετίζεται με όλους τους ερευνητικούς σχεδιασμούς που περιλαμβάνουν προμέτρηση και μεταμέτρηση της εξαρτημένης μεταβλητής με το ίδιο εργαλείο μέτρησης. Πρόκειται ουσιαστικά για την αλλοίωση των αποτελεσμάτων της

μεταμέτρησης, λόγω της εξοικείωσης των συμμετεχόντων με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Στο παρόν πρόγραμμα, στο μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ της προμέτρησης και της μεταμέτρησης είναι πολύ πιθανόν οι εκπαιδευτικοί να θυμούνταν τις ερωτήσεις και στο διάστημα που μεσολαβεί να έψαξαν να βρουν τη σωστή απάντηση.

3. Ενοργάνιση

Η ενοργάνιση σχετίζεται με την έλλειψη αξιοπιστίας ή συμφωνίας στον τρόπο με τον οποίο βαθμολογείται η εξαρτημένη μεταβλητή. Για να αποφευχθεί αυτή η απειλή θα έπρεπε ο βαθμολογητής να μην είχε ενημερωθεί για την ομάδα στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες, καθώς και να έχει συμβουλευτεί τυχαιοποιημένα πρωτόκολλα για βαθμολογία, ώστε να αποφεύγονται οι προκαταλήψεις. Στο παρόν πρόγραμμα, στη βαθμολογία των γνώσεων η ερευνήτρια γνώριζε ποια ερωτηματολόγια προέρχονται από εκπαιδευτικούς της ομάδας παρέμβασης και ποια από εκπαιδευτικούς της ομάδας ελέγχου. Παρ' όλα αυτά, προκειμένου να μηδενιστεί η πιθανότητα έλλειψης αξιοπιστίας της βαθμολόγησης τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν ερωτήσεις κλειστού τύπου (ερωτήσεις των γνώσεων πολλαπλής επιλογής και με σωστή ή λανθασμένη απάντηση).

4. Αποτέλεσμα Hawthorne

Το αποτέλεσμα Hawthorne σχετίζεται με την αλλαγή συμπεριφοράς των συμμετεχόντων λόγω του ότι γνωρίζουν ότι παίρνουν μέρος σε μια μελέτη. Αυτό σημαίνει ότι κάποιοι από τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν ενδέχεται να απάντησαν στις ερωτήσεις γνώσεων με βάση το τι θα ήθελε να απαντήσουν ο βαθμολογητής και όχι με βάση το τι πραγματικά γνώριζαν για την κατάθλιψη στα παιδιά και τους έφηβους.

Σχετικά με την εξωτερική εγκυρότητα του προγράμματος ο μικρός αριθμός του δείγματος αποτελεί απειλή, με συνέπεια τα αποτελέσματα της μελέτης να μην μπορούν να γενικευτούν και να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά σε επίπεδο πληθυσμού (Σαχίνη-Καρδάση, 2007· Σταλίκας, 2011).

Το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο γνώσεων είναι σχεδιασμένο αποκλειστικά από την ερευνήτρια και δεν έχει πραγματοποιηθεί εξέταση εγκυρότητας μπορεί να αλλάξει τα αποτελέσματα της παρέμβασης. Τέλος, δεν πραγματοποιήθηκε

επαναληπτικός έλεγχος αξιολόγησης, επομένως δεν μπορεί να διαπιστωθεί, αν οι γνώσεις των εκπαιδευτικών διατηρήθηκαν μετά από την παρέμβαση και αν οι ίδιοι εφάρμοσαν τις προτεινόμενες στρατηγικές στην τάξη.

Μελλοντικές μελέτες και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις

Αξίζει να τονιστεί ότι παρά τις επανειλημμένες εκκλήσεις των εκπαιδευτικών για υποστήριξη από ψυχολογικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες που βρίσκονται εκτός σχολικού πλαισίου, οι σημερινές πρακτικές στην Ελλάδα εξακολουθούν να χαρακτηρίζονται από αναποτελεσματικούς μηχανισμούς συνεργασίας και υποστήριξης μεταξύ του σχολείου και των διαθέσιμων υπηρεσιών (Kleftaras & Didaskalou, 2006).

Γενικότερα, προτείνεται η ανάγκη για συνεχή αξιολόγηση των αναγκών των εκπαιδευτικών σε θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών, σε συνδυασμό με συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω προγραμμάτων Προαγωγής Ψυχικής Υγείας και Πρόληψης που να εφαρμόζονται στο χώρο του σχολείου. Συγκεκριμένα, είναι απαραίτητο οι εκπαιδευτικοί να καταρτίζονται για να εντοπίζουν τις συναισθηματικές διαταραχές και ειδικότερα την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως επίσης και να αναγνωρίζουν ποιοι παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνισή και τις συνέπειές της (Jaureguizar et al., 2017). Οι εκπαιδευτικοί της ελληνικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται ότι στερούνται κατάρτισης και αποτελεσματικών δεξιοτήτων για τον εντοπισμό, την αναγνώριση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των μαθητών που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Kleftaras & Didaskalou, 2006).

Αυτή η γνώση θα μπορούσε να προέλθει από τους εκπαιδευτικούς ψυχολόγους που θα έπρεπε να απαρτίζουν το σχολικό πλαίσιο. Η συνεργασία μεταξύ ψυχολόγων και εκπαιδευτικών για την αναγνώριση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης είναι καίριας σημασίας, διότι οι ψυχολόγοι μπορούν να εκπαιδεύσουν το προσωπικό του σχολείου, να δώσουν σαφείς οδηγίες για τέτοιου είδους περιστατικά, να παρακολουθήσουν τους μαθητές και να λειτουργήσουν ως συνδετικός κρίκος μεταξύ των εκπαιδευτικών, των γονέων, του σχολείου, της οικογένειας και της κοινότητας (Valdez & Budge, 2012).

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί στην Ελλάδα τείνουν να αποδίδουν τα αίτια των συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων των μαθητών σε παράγοντες που βρίσκονται εκτός σχολικού πλαισίου (π.χ. οικογενειακή δυσλειτουργία). Αυτό μπορεί να αντανακλά την άρνησή τους ή την έλλειψη κατάλληλων δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών των μαθητών (Kleftaras & Didaskalou, 2006). Για το λόγο αυτό, θα ήταν πολύ σημαντικό να αρχίσουν να γίνονται έρευνες με στόχο τη βελτίωση εκτός από τις γνώσεις των εκπαιδευτικών, των στάσεων και των πεποιθήσεων τους σχετικά με την παιδική και εφηβική κατάθλιψη (Graham et al., 2011· Reinke et al., 2011).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ζαφειροπούλου, Μ. (2000). *Κατανοώντας τη συμπεριφορά μας*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2004). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση* (3η έκδ.). Αθήνα: Δαρδάνος.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα : Τυπωθήτω.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η Κατάθλιψη Σήμερα Περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2007). *Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Βήτα.
- Σταλίκας, Α. (2011). *Μέθοδοι Έρευνας στην κλινική ψυχολογία*. Αθήνα: Τόπος.
- Τσιάντης, Γ. (2001). *Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allgaier, A., Krick, K., Opitz, A., Saravo, B., Romanos, M., & Körne, G. (2014). Improving early detection of childhood depression in mental health care: The Children's Depression Screener (ChilD-S). *Psychiatry Research*, 217, 248–252. doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.037
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2018). *Depression in Children and Teens*. Retrieved from https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Depressed-Child-004.aspx
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2019). *Children's Mental Health*. Retrieved from <https://www.apa.org/pi/families/children-mental-health>

Anxiety and Depression Association of America (2018). *Childhood Depression*. Retrieved from <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/childhood-depression>

Askill-Williams, H., & Cefai, C. (2014). Australian and Maltese teachers' perspectives about their capabilities for mental health promotion in school settings. *Teaching and Teacher Education, 40*, 61-72.

Auerback, R. P. (2015). Depression in adolescents: Causes, correlates and consequences. *Psychological Science Agenda*.

Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J.P., Burstein, M., & Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(1), 37-44 e32.

Barrett, P. M., & Pahl, K. M. (2006). School-based intervention: Examining a universal approach to anxiety management. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 16*, 55–75. <http://dx.doi.org/10.1375/ajgc.16.1.55>.

Beardslee, W. R., & Gladstone, T. R. (2001). Prevention of childhood depression: Recent findings and future prospects. *Biological psychiatry, 49*(12), 1101-1110.

Bienvenu, O. J., & Ginsburg, G. S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry, 19*, 647–654. <http://dx.doi.org/10.1080/09540260701797837>.

Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., ... & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(11), 1427-1439.

Birmaher, B., Brent, D. A., & Benson, R. S. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(11), 1234-1238.

Birmaher, B., Brent, D., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c

Brent, D. A. (2004). Antidepressants and pediatric depression--the risk of doing nothing. *The New England journal of medicine*, 351(16), 1598.

Brent, D. A., & Maalouf, F. T. (2009). Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 143-152.

Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of adolescence*, 33(3), 429-438.

Calear, A. L. (2012). Depression in the classroom: Considerations and strategies. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(1): 135-44.

Carroll, C., & Hurry, J. (2018). Supporting pupils in school with social, emotional and mental health needs: a scoping review of the literature. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 23(3), 310-325.

Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Clark, M. S., Jansen, K. L., & Cloy, J. A. (2012). Treatment of childhood and adolescent depression. *American family physician*, 86(5), 442.

Costello, J. E, Erkanli, A, & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271.

Crundwell, R. M. A., & Killu, K. (2010). Responding to a Student's Depression. *Interventions that work*. 68(2). Retrieved from http://www.ascd.org/publications/educational-leadership/oct10/vol68/num02/abstract.aspx#Responding_to_a_Student's_Depression

Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1272–1280. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07091422.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of general psychiatry*, *57*(1), 21-27.

Desrochers, J. E., & Houck, G. M. (2014). *Depression in children and adolescents: Guidelines for school practice*. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses.

Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American journal of health-system pharmacy*, *63*(3), 233-243.

Ekornes, S. (2015). Teacher perspectives on their role and the challenges of inter-professional collaboration in mental health promotion. *School Mental Health*, *7*(3), 193-211.

Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of general psychiatry*, *59*(3), 225-231.

Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(6), 727-734.

Franklin, C. G., Kim, J. S., Ryan, T. N., Kelly, M. S., & Montgomery, K. L. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, *34*(5), 973-982.

Froese-Germain, B., & Riel, R. (2012). *Understanding Teachers' Perspectives on Student Mental Health: Findings from a National Survey*. Ottawa, ON: Canadian Teachers' Federation.

Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., ... & Shamseddeen, W. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Jama*, *301*(21), 2215-2224.

Gomes, A. M. F., Rosa, C. D., Justino, L. G., & Neto, M. L. R. (2009). Symptoms of the depressive disorder in child: analysis from the psychosocial development. *Neurobiologia*, *72*(4), 151–162.

Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., & Fitzgerald, R. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching*, *17*(4), 479-496.

Hetrick, S., Cox, G., & Merry, S. N. (2015). Where to go from here? An exploratory metaanalysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*, 4758.

Huberty, T. (2010). Depression: Supporting students at school. *Helping children at home and school III: Handouts for educators*. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Jaureguizar, J., Bernaras, E., & Garaigordobil, M. (2017). Child depression: prevalence and comparison between self-reports and teacher reports. *The Spanish journal of psychology*, *20*.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological psychiatry*, *49*(12), 1002-1014.

Kleftaras, G., & Didaskalou, E. (2006). Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. *School Psychology International*, *27*(3), 296-314.

Klein, D. N, Dougherty, L. R, Olino, T. M. (2005). Toward guidelines for evidencebased assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *34*(3), 412-432.

Kuo, E. S., Vander Stoep, A., Herting, J. R., Grupp, K., & McCauley, E. (2013). How to Identify Students for School-Based Depression Intervention: Can School Record Review Be Substituted for Universal Depression Screening?. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(1), 42-52.

Lewandowski, R. E., Acri, M. C., Hoagwood, K. E., Olfson, M., Clarke, G., Gardner, W., ... & Frank, S. (2013). Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics*, 132(4), e996-e1009.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1591.

Lima, N. N., do Nascimento, V. B., de Carvalho, S. M., de Abreu, L. C., Neto, M. L., Brasil, A. Q., ... Reis, A. O. (2013). Childhood depression: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1417–1425. doi:10.2147/NDT.S42402

Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M., & Hildebrand, T. (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 928-937.

Mælan, E. N., Tjomsland, H. E., Baklien, B., Samdal, O., & Thurston, M. (2018). Supporting pupils' mental health through everyday practices: a qualitative study of teachers and head teachers. *Pastoral Care in Education*, 36(1), 16-28.

March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., ... & Severe, J. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Jama*, 292(7), 807-820.

Masia-Warner, C., Nangle, D. W., & Hansen, D. J. (2006). Bringing evidence-based child mental health services to the schools: General issues and specific populations. *Education and Treatment of Children*, 29, 165–172

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377

Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J., & Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 538-547.

Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi:10.1002/14651858.CD003380.pub3.

Moon, J., Williford, A., & Mendenhall, A. (2017). Educators' perceptions of youth mental health: Implications for training and the promotion of mental health services in schools. *Children and youth services review*, 73, 384-391.

Moor, S., Ann, M., Hester, M., Elisabeth, W. J., Robert, E., Robert, W., & Caroline, B. (2007). Improving the recognition of depression in adolescence: Can we teach the teachers?. *Journal of Adolescence*, 30(1), 81-95.

Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181–212. doi:10.1146/annurev-clinpsy-033109-132040.

National Institute of Mental Health (NIMH). (2016). *Depression*. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml#part_145396

National Institute of Mental Health (NIMH). (2015). *Teen Depression*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/teen-depression/index.shtml>

Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208–215. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.002.

Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310.

- Özabacı, N. (2010). The effectiveness of teachers to recognize the symptoms of depression for their depressive students. *Procedia-social and behavioral sciences*, 2(2), 2371-2376.
- Pereira, S. L., Egan, M. E., & Stevermer, J. J. (2010). Screen teens for depression--it's quicker than you think. *The journal of family practice*, 59(11).
- Pillai, A., Patel, V., Cardozo, P., Goodman, R., Weiss, H. A., & Andrew, G. (2008). Non-traditional lifestyles and prevalence of mental disorders in adolescents in Goa, India. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 45-51.
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S., & Weissman, M. M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics-English Edition*, 107(5), 1049-1056.
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R., & Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly*, 26, 1(13). doi:10.1037/ a0022714
- Richardson, L. P., Davis, R., & Poulton, R. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(8), 739-45.
- Richardson, L. P., & Katzenellenbogen, R. (2005). Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 35(1), 6-24.
- Rolim Neto, M. L., Silva, T. D. N., Assunção Filho, J. K. M., Carvalho, R. D. S., Teixeira, S. A., Lima, N. N. R., ... & Demarzo, M. M. P. (2011). Childhood depression and psychocognitive development: description of causality relationships. *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 21(3), 894-900.
- Rohde, P., Stice, E., & Gau, J. M. (2012). Effects of three depression prevention interventions on risk for depressive disorder onset in the context of depression risk factors. *Prevention science*, 13(6), 584-593.

- Ruble, A. E., Leon, P. J., Gilley-Hensley, L., Hess, S. G., & Swartz, K. L. (2013). Depression knowledge in high school students: Effectiveness of the adolescent depression awareness program. *Journal of affective disorders, 150*(3), 1025-1030.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. I. (2009). *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P.C., Overpeck, M.D., Sun, W., & Giedd, J.N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 158*(8), 760–65.
- Shelemy, L., Harvey, K., & Waite, P. (2019). Supporting students' mental health in schools: what do teachers want and need?. *Emotional and Behavioural Difficulties, 1-17*.
- Singhal, M., Manjula, M., & Sagar, K. J. V. (2014). Development of a school-based program for adolescents at-risk for depression in India: Results from a pilot study. *Asian journal of psychiatry, 10*, 56-61.
- Smith, M., Robinson, L., & Segal, J. (2018). *Parent's Guide to Teen Depression*. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/depression/parents-guide-to-teen-depression.htm>
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 3–13.
- Spence, S. H., & Shortt, A. L. (2007). Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(6), 526-542.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(3), 486.

Supporting Minds. (2013). *An educator's Guide to Promoting Students' Mental Health and Well-being*. Retrieved from <http://www.edu.gov.on.ca/eng/document/reports/SupportingMinds.pdf>

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

Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 386–392.

Valdez, C., & Budge, S. (2012). Addressing Adolescent Depression in Schools: Evaluation of an In-service Training for School Staff in the United States. *International Journal of Educational Psychology*, *1*(3), 228-256.

Walter, H. J., Gouze, K., & Lim, K. G. (2006). Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(1), 61–68. doi:10.1097/01.chi.0000187243.17824.6c.

Waddell, C.; McEwan, K.; Shepherd, C.A.; Offord, D.R.; & Hua, J.M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 226–33

Weissman, M. M., Fendrich, M., Warner, V., Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, *31*(4), 640-648.

Whittaker, R., Merry, S., Stasiak, K., McDowell, H., Doherty, I., Shepherd, M., ... Rodgers, A. (2012). MEMO—A Mobile Phone Depression Prevention Intervention for Adolescents: Development Process and Postprogram Findings on Acceptability From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(1), e13. doi:10.2196/jmir.1857

Williams, S. B., O'Connor, E. A., Eder, M., & Whitlock, E. P. (2009). Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, *123*(4), e716-e735.

World Health Organization. (2017). *"Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health*. Retrieved March, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>

World Health Organization. (2018). *Depression*. Retrieved March, 2018, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wenar, C., & Kerig, P. K. (2008). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία: Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία*. Αθήνα: Gutenberg.

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 51*, 30-47.

Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F., & Sasaki, T. (2019). Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early intervention in psychiatry*, 1-12. doi: 10.1111/eip.12793

Youthline. (2014). *Best Practice Intervention Strategies for Depression*. Retrieved from <https://www.youthline.co.nz/>

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A. H., Jensen, P. S., Stein, R. E., & Laraque, D. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics, 120*(5), e1299-e1312. doi: 10. 1542/peds. 2017- 4081

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ-Supporting Minds

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

για την αναγνώριση & υποστήριξη των καταθλιπτικών
συμπτωμάτων σε μαθητές

Επιμέλεια: Δουρίδα Ελένη

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	3
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ.....	3
I. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	4
II. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΤΑΞΗ.....	4
III. ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	5
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	8
ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;.....	8
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;.....	8
ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;.....	9
ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ;.....	10
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	12
ΤΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ;.....	12
I. ΠΡΩΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ.....	12
II. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	14

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σύνθεση του παρόντος εγγράφου βασίστηκε στον εκπαιδευτικό οδηγό «*Supporting Minds*» που δημιουργήθηκε το 2013, για τις ανάγκες της κυβέρνησης του Οντάριο με σκοπό να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας και εθισμού σε παιδιά και εφήβους. Στόχος του είναι η παροχή πληροφοριών στους εκπαιδευτικούς προκειμένου να υποστηρίξουν τους μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης των συμπτωμάτων και της αποτελεσματικής εφαρμογής στρατηγικών εντός της τάξης.

Στον παρόν έγγραφο τονίζεται ο καθοριστικός ρόλος των εκπαιδευτικών να λειτουργούν υποστηρικτικά σε μαθητές που γενικά αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσω της δημιουργίας ενός θετικού και ασφαλούς περιβάλλοντος εντός της τάξης. Πιο αναλυτικά, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο πρόβλημα της κατάθλιψης, στον τρόπο με τον οποίο οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματά της, καθώς και στην παροχή στρατηγικών για τη διαχείρισή τους.

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

Πολλές φορές, τα παιδιά και οι έφηβοι ενδέχεται να παρουσιάσουν δυσκολίες με την συμπεριφορά ή το συναίσθημά τους, κάτι που επηρεάζει την λειτουργικότητά τους στις κοινωνικές δραστηριότητες τόσο στο σχολείο (πχ. μείωση ακαδημαϊκής επίδοσης), όσο και το σπίτι. Κάποιοι από αυτούς τους μαθητές μπορεί να βρίσκονται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη διαταραχών ψυχικής υγείας, την ανάπτυξη σωματικών ασθενειών (πχ. όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις), ακόμα και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

Οι εκπαιδευτικοί έχουν σημαντικά υποστηρικτικό ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία, καθώς μπορούν να παρατηρούν πτυχές της συμπεριφοράς ενός μαθητή στο σχολικό περιβάλλον, που ίσως να μην είναι εμφανείς στον γονέα ή τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτές οι παρατηρήσεις μπορούν να βοηθήσουν στη δημιουργία ενός προφίλ για το πώς λειτουργεί ένα παιδί. Είναι σημαντικό να τονιστεί, ωστόσο, ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας στους μαθητές είναι συχνά πολύπλοκα. Πολλοί τύποι συμπεριφοράς που παρατηρούν οι εκπαιδευτικοί στην τάξη μπορεί να σχετίζονται με περισσότερα από ένα προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Για το λόγο αυτό, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αποφεύγουν να βγάζουν συμπεράσματα. Αντίθετα, θα πρέπει να καταγράφουν τις παρατηρήσεις τους όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά, προσπαθώντας να προσδιορίσουν εάν τα συμπτώματα εμποδίζουν την λειτουργικότητα του μαθητή ή όχι. Πιο αναλυτικά, είναι σαφές ότι οι μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να δυσκολεύονται να διατηρήσουν την τακτική τους πρόοδο τους στο σχολείο. Ενώ, οι μαθητές με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν σοβαρά ακαδημαϊκά προβλήματα, έχοντας ανάγκη για ειδική καθοδήγηση με εκπαιδευτικά βοηθήματα από ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα.

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να βοηθούν τους μαθητές να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες, το αίσθημα αυτογνωσίας, αυτοελέγχου και

αυτοεκτίμησης που χρειάζονται για να πετύχουν ακαδημαϊκά. Αυτές οι δεξιότητες είναι σημαντικές για όλους τους μαθητές και εξίσου αναγκαίες για μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας.

I. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν ένας μαθητής λαμβάνει θεραπεία με διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να συνεργάζονται στενά με τους γονείς του και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εάν υπάρχουν. Στόχος είναι να κατανοήσουν πώς η θεραπεία μπορεί να επηρεάσει την λειτουργικότητα του μαθητή στο σχολείο. Οι στρατηγικές/θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές όταν ο μαθητής, ο γονέας/κηδεμόνας, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η σχολική ομάδα συνεργάζονται χρησιμοποιώντας παρόμοιες προσεγγίσεις.

II. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΤΑΞΗ

Τα σχολεία αποτελούν βασικούς πυλώνες προώθησης της ψυχικής υγείας, της ανθεκτικότητας και της συνολικής υγιούς ανάπτυξης των μαθητών. Έτσι, λοιπόν, εκπαιδευτικοί οφείλουν να προωθούν:

-
- ✦ την αναγνώριση και την διαχείριση συναισθημάτων παιδιών & εφήβων
 - ✦ την αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους
 - ✦ την δημιουργία ουσιαστικών οικογενειακών & φιλικών σχέσεων
 - ✦ την ενίσχυση συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες
 - ✦ την ενίσχυση σεβασμού σε θέματα διαφορετικότητας
 - ✦ την ενημέρωση για αποφυγή συμπεριφορών υψηλού κινδύνου (π.χ. χρήση ναρκωτικών)
-

Μια ποικιλία στρατηγικών στην τάξη μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού κλίματος και να διδάξει στους μαθητές τις κοινωνικές και

συναισθηματικές δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να διαμορφώσουν θετικές σχέσεις. Για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικοί μπορούν:

-
- ✚ να θέτουν σαφή όρια συμπεριφορών, βάσει των οποίων, οι μαθητές να διαχειρίζονται τις δικές τους συμπεριφορές, με στόχο την μείωση του εκφοβισμού και της βίας
 - ✚ να παρατηρούν και να επαινούν την καλή συμπεριφορά των μαθητών
 - ✚ να εμπλέκουν τους γονείς και τα μέλη της κοινότητας στη δημιουργία και τη διατήρηση ενός θετικού κλίματος στο σχολείο
-

III. ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένας από τους σημαντικότερους φραγμούς στην αναζήτηση βοήθειας των παιδιών και των εφήβων για προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ο φόβος ότι θα στιγματιστούν ή ότι θα σχολιαστούν αρνητικά από τους άλλους. Οι εκπαιδευτικοί έχουν μια μοναδική ευκαιρία να επηρεάσουν τις αντιλήψεις των μαθητών για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, βοηθώντας στη μείωση του στίγματος, μέσω της συζήτησης και της ενημέρωσης για τα θέματα αυτά εντός της τάξης.

Αρχικά, οι εκπαιδευτικοί κατέχουν καθοριστικό ρόλο στις ζωές των μαθητών, καθώς πολλές φορές είναι τα πρόσωπα στα οποία οι μαθητές μιλάνε όταν έχουν κάποιο πρόβλημα. Ωστόσο, ορισμένοι εκπαιδευτικοί μπορεί να αισθάνονται άβολα μιλώντας για τέτοιου είδους προβλήματα, παρόλο που οι μαθητές έχουν επιλέξει να μιλήσουν μαζί τους. Εάν συμβαίνει αυτό, ο εκπαιδευτικός μπορεί να παραπέμψει τον μαθητή σε έναν άλλο έμπιστο ενήλικα προκειμένου να μιλήσει.

Ακόμα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι εκπαιδευτικοί ενδέχεται να μην έχουν γνώσεις σχετικά με το πώς πρέπει να προσεγγίσουν τους μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας. Έτσι λοιπόν, μπορούν να ακολουθήσουν ορισμένους βασικούς κανόνες στις συζητήσεις τους με τους μαθητές. Για παράδειγμα, θα πρέπει:

-
- ✦ να βρουν ένα κατάλληλο μέρος, έτσι ώστε ο μαθητής να μπορεί να μιλήσει ελεύθερα σε ένα ασφαλές και προστατευμένο πλαίσιο,
 - ✦ να ξεκινούν τη συζήτηση εξηγώντας ότι υπάρχουν όρια για το τι μπορεί να θεωρηθεί εμπιστευτικό,
 - ✦ να ακολουθούν έναν αντικειμενικό και μη επικριτικό τρόπο επικοινωνίας,
 - ✦ να τονίσουν ότι είναι παρόντες για να τους ακούσουν και να προτείνουν λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν, όπως για παράδειγμα να συναντήσουν κάποιον άλλον ενήλικα που μπορεί να τους βοηθήσει περισσότερο,
 - ✦ να εξηγήσουν ότι ο γονέας/κηδεμόνας του μαθητή πρέπει να είναι ενήμερος.
-

Ακολουθούν δύο παραδείγματα για το πώς οι εκπαιδευτικοί μπορεί να αρχίσουν τέτοιες συνομιλίες:

"Γιώργο, παρατήρησα ότι είσαι πιο ήσυχος στο μάθημα από το συνηθισμένο. Αυτό συμβαίνει μόνο σε αυτό το μάθημα, ή αισθάνεσαι έτσι και σε άλλα μαθήματα;"

"Μαρία, δυσκολεύεσαι να προσέξεις στο μάθημα το τελευταίο εξάμηνο. Έχεις αυτή τη δυσκολία και σε άλλα μαθήματα;"

Και οι δύο αυτές δηλώσεις επικεντρώνονται στη συμπεριφορά που παρατηρήθηκε και καλούν τον μαθητή να προβληματιστεί. Εάν ο μαθητής αναγνωρίσει κάποιο πρόβλημα, ο εκπαιδευτικός μπορεί να κανονίσει μια συνάντηση μαζί του.

Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί έρχονται σε επαφή και με τους γονείς των μαθητών στους οποίους οφείλουν να εξηγήσουν τότε η συμπεριφορά ενός μαθητή συνάδει με το αναπτυξιακό και ηλικιακό του επίπεδο. Έτσι λοιπόν, όταν συζητούν με τους γονείς, είναι σημαντικό να ξεκινούν αναγνωρίζοντας τα δυνατά σημεία και τα επιτεύγματα του μαθητή δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ένα κλίμα εμπιστοσύνης. Παρ' όλα αυτά, πολλοί εκπαιδευτικοί αναφέρουν ότι οι συζητήσεις με τους γονείς αποτελούν ένα από τα πιο αγχωτικά κομμάτια της εργασίας τους.

Για το λόγο αυτό, οι εκπαιδευτικοί θα ήταν χρήσιμο να συμβουλευούνται έναν ειδικό ή τους συναδέλφους τους στο σχολείο πριν εμπλακούν σε δύσκολες συζητήσεις με τους γονείς, προετοιμάζοντας αυτά που θέλουν να τους πουν. Ειδικότερα, θα τους διευκόλυνε να εκφράζονται προσεκτικά με ουδέτερο και μη επικριτικό τρόπο, όταν μιλούν στους γονείς για τις ανησυχίες σχετικά με την συμπεριφορά ενός μαθητή. Για παράδειγμα:

«Έχω παρατηρήσει ότι η Μαρία δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στην τάξη. Η προσοχή της συνεχώς διασπάται και συχνά έχει δυσκολία στην εστίαση. Αναρωτιέμαι αν το έχετε παρατηρήσει στο σπίτι.»

«Ο Γιώργος φαίνεται πολύ ήσυχος στην τάξη και δυσκολεύεται να απαντήσει σε ερωτήσεις όταν τον ρωτώ, ακόμα κι αν γνωρίζει την απάντηση. Οι άλλοι δάσκαλοι έχουν αναφέρει κάτι αντίστοιχο;»

Οι παραπάνω προτάσεις τονίζουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά που παρατηρήθηκε, χωρίς να δοθεί έμφαση στην αιτία. Εάν ο γονέας συμφωνεί ότι το παιδί παρουσιάζει αυτή τη συμπεριφορά στο σπίτι ή σε άλλες περιστάσεις, τότε ο εκπαιδευτικός μπορεί να συνεργαστεί με τον γονέα για να λύσει το πρόβλημα. Εάν ο γονέας διαφωνεί, τότε ένα κατάλληλο σχόλιο μπορεί να είναι: *“Βλέπω ότι αυτή η συμπεριφορά στην τάξη επηρεάζει τη μάθηση της Μαρίας. Έχετε κάποιες προτάσεις σχετικά με το τι μπορούμε να κάνουμε για να την βοηθήσουμε;”* Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει στον εκπαιδευτικό να μετατρέψει τον γονέα σε συνεργάτη στην επίλυση του προβλήματος, αποφεύγοντας να διατυπώσει επιχειρήματα σχετικά με το αν υπάρχει πρόβλημα ή όχι.

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;

Ορισμένοι γενετικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες ή ο συνδυασμός τους, μπορεί να προκαλέσουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης σε ένα παιδί ή σε έναν έφηβο. Οι πιο γνωστοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- γενετικούς/ βιολογικούς παράγοντες
- αρνητικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας
- οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
- τραυματικά οικογενειακά και κοινωνικά περιβάλλοντα (π.χ. απουσία υποστηρικτικών δομών)

Τα συμπτώματα είναι πιθανό να εμφανιστούν ως αποτέλεσμα κάποιων στρεσογόνων γεγονότων ζωής (π.χ. θάνατος στην οικογένεια, μετακόμιση) ή ως αποτέλεσμα έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνουν την κατάχρηση ουσιών, την πρόωμη έναρξη διαταραχής άγχους και την ύπαρξη καταθλιπτικών επεισοδίων. Παρ' όλα αυτά, οι θετικές εμπειρίες σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο συμβάλλουν στην προώθηση της ανθεκτικότητας του παιδιού ή του εφήβου και το προστατεύουν από την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής.

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;

Η κατάθλιψη είναι συχνή, ιδιαίτερα μεταξύ των εφήβων. Τα ποσοστά επιπολασμού από τη μέση έως το τέλος της εφηβικής ηλικίας είναι περίπου 4-5%. Ωστόσο, στο τέλος της εφηβείας οι πιθανότητες για την εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να αγγίζουν έως και το 20%. Επιπλέον, ο μέσος όρος ηλικίας για την έναρξη μιας καταθλιπτικής διαταραχής φαίνεται να ξεκινά μεταξύ 11-14 ετών.

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, τα μικρότερα παιδιά μπορεί εκφράζουν την κατάθλιψη διαφορετικά από τη έφηβους ή τους ενήλικες. Για παράδειγμα, τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να περιγράψουν πώς αισθάνονται, αλλά μπορεί να πουν ότι έχουν πόνο στο στομάχι ή πονοκέφαλο ή άλλους πόνους. Τα ποσοστά κατάθλιψης είναι παρόμοια τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια κατά την παιδική ηλικία, αλλά αυξάνονται σημαντικά στα κορίτσια κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;

Γενικά, η κατάθλιψη ως όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψουμε το συναίσθημα της θλίψης, της ευερεθιστότητας, ή της απώλειας ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες που απολάμβανε το άτομο στο παρελθόν. Τα περισσότερα παιδιά και νέοι θα βιώσουν αισθήματα θλίψης, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με προσωρινές αποτυχίες, όπως ένας κακός βαθμός στο σχολείο, με μια διαφωνία με έναν φίλο, ή με την απόρριψη συμμετοχής σε μια αθλητική ομάδα. Τέτοιου τύπου αισθήματα συνήθως δεν διαρκούν πολύ, καθώς τα παιδιά και οι νέοι μαθαίνουν μια σειρά από στρατηγικές αντιμετώπισης για να προσαρμόζονται σε αυτές τις δυσκολίες.

Ωστόσο, όταν η θλίψη, η ευερεθιστότητα και η έλλειψη ενδιαφέροντος (αηδονία) συνδέονται με μακροχρόνια προβλήματα που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την συμπεριφορική, συναισθηματική, σωματική και γνωστική λειτουργικότητα, τότε καθιστούν αναγκαία την υποστήριξη του μαθητή. Όμως, μερικές φορές αρκετοί μαθητές εμφανίζουν συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη, χωρίς να επηρεάζεται η καθημερινή λειτουργικότητά τους σε σημαντικό βαθμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι μαθητές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών και για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να παρακολουθούνται προσεκτικά.

Οι έρευνες δείχνουν ότι η πρόωμη έναρξη της κατάθλιψης συνδέεται με σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, με εκπαιδευτικές

δυσκολίες και με κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή. Τέλος, η καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία και κατέχει τη δεύτερη θέση στις αιτίες θανάτου των νέων ηλικίας 10-34 ετών.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ;

Οι μαθητές με καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζουν ένα σύμπλεγμα από συμπτώματα με κύριο χαρακτηριστικό, τη χαμηλή διάθεση και την έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που συνήθιζαν να απολαμβάνουν. Στο σχολείο, τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν ως έλλειψη συγκέντρωσης, με τη μορφή κόπωσης, συχνών απουσιών, ευερεθιστότητας ή αισθήματος απογοήτευσης. Όπως είναι αναμενόμενο, τέτοιου είδους συμπτωματολογία επηρεάζει τις σχολικές επιδόσεις ενός μαθητή, δημιουργώντας του ακόμα πιο δυσάρεστα αισθήματα. Επιπλέον, είναι πολύ πιθανό οι έφηβοι με καταθλιπτικά συμπτώματα να κάνουν χρήση ουσιών, καθώς με αυτόν τον τρόπο πιστεύουν ότι θα ανακουφίσουν τα αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, θλίψης και φόβου που βιώνουν.

Πιο αναλυτικά, η εφηβεία είναι μια μοναδική περίοδος ανάπτυξης στην οποία συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές, καθώς οι έφηβοι αντιμετωπίζουν πολλαπλές πηγές άγχους. Για το λόγο αυτό, είναι δύσκολο τόσο για τους εκπαιδευτικούς όσο και για τους γονείς να διαχωρίσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης από μια συμπεριφορά που είναι χαρακτηριστική της αναπτυξιακής περιόδου ή από μια λογική αντίδραση σε ένα αγχωτικό ή αρνητικό συμβάν. Τα συμπτώματα κατάθλιψης για παιδιά και νέους είναι τα εξής:

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

- συνεχιζόμενη θλίψη
 - ευερέθιστη διάθεση
 - ενόχληση ή υπερβολική αντίδραση σε μικρές δυσκολίες ή απογοητεύσεις
 - απώλεια ενδιαφέροντος σε δραστηριότητες που ο μαθητής συνήθως
-

απολάμβανε

- αισθήματα απελπισίας
 - κόπωση / έλλειψη ενέργειας
 - χαμηλή αυτοεκτίμηση ή αρνητική αυτο-εικόνα
 - αισθήματα αναξιοσύνης ή ενοχής
 - δυσκολία σκέψης, συγκέντρωσης, λήψης αποφάσεων ή υπενθύμισης
 - δυσκολία στην ολοκλήρωση εργασιών (π.χ., εργασία στο σπίτι)
 - δυσκολία εκκίνησης εκτέλεσης εργασιών ή άρνηση εκτέλεσης εργασιών
 - προκλητική ή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
 - συναισθήματα που προκαλούν ανησυχία ή θυμό
 - αρνητική συζήτηση για το μέλλον
 - υπερβολικό κλάμα για ασήμαντα πράγματα
 - συχνές αναφορές πόνων (π.χ. πονοκέφαλος)
 - περισσότερος χρόνος που παραμένει μόνος/μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση
 - δυσκολία στη διατήρηση φιλίας
 - παραμονή στο πίσω μέρος της αίθουσας και απουσία συμμετοχής
 - άρνηση σχολικής εργασίας και γενική μη συμμόρφωση με τους κανόνες
 - αρνητικές απαντήσεις σε ερωτήσεις (π.χ. "δεν ξέρω", "δεν είναι σημαντικό", "κανένας δεν νοιάζεται, ούτως ή άλλως")
 - καθυστέρηση στο σχολείο ή εγκατάλειψη
 - αυτοκτονικές σκέψεις, απόπειρες ή πράξεις
 - αλλαγή όρεξης
 - απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους
 - δυσκολία στον ύπνο
-

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ;

1. ΠΡΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Δεδομένου ότι όλοι οι μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διανύουν την εφηβική περίοδο, είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν ακαδημαϊκό και κοινωνικό άγχος. Έτσι λοιπόν, τα σχολεία καλούνται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διδασκαλία των μαθητών για:

- i. την αντιμετώπιση του άγχους,
- ii. την αντιμετώπιση της πίεσης από τους συνομήλικους,
- iii. την επίλυση προβλημάτων,
- iv. την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων που χρειάζονται για την οικοδόμηση επιτυχημένων σχέσεων με τους συνομήλικους.

Επειδή πολλά από τα σημάδια και τα συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι εσωτερικά, είναι αρκετά δύσκολο να αναγνωριστεί πότε ένας μαθητής είναι καταθλιπτικός. Για παράδειγμα, αν ένας μαθητής είναι απομονωμένος ή πιο ήσυχος από το συνηθισμένο, ο δάσκαλος ή ο γονέας μπορεί να μην το παρατηρήσει αμέσως, επειδή η συμπεριφορά του δεν είναι ενοχλητική. Επίσης, είναι αρκετά συχνό τα παιδιά και οι έφηβοι να μην εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους στους μεγαλύτερους λόγω αμηχανίας ή συστολής. Ενώ, αρκετές φορές ενδέχεται να μην καταλαβαίνουν τι αισθάνονται με αποτέλεσμα να μην αναζητούν βοήθεια.

Έτσι λοιπόν, τα σχολεία μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο τόσο στην ενθάρρυνση των μαθητών να αναζητήσουν βοήθεια, παρέχοντας ένα ασφαλές και προσεγγμένο περιβάλλον στο οποίο οι μαθητές θα μπορούν να μιλήσουν για το πώς νιώθουν. Επιπλέον, τα σχολεία αποτελούν τον καλύτερο χώρο για την παρακολούθηση των μαθητών σε περιόδους αυξημένου άγχους (π.χ. εξετάσεις).

Παρακάτω περιγράφονται στρατηγικές για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού κλίματος σε επίπεδο σχολείου και τάξης.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

- ✚ Παροχή πληροφοριών σε όλους τους μαθητές σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους και άλλων δυσκολιών (π.χ. τρόποι αντιμετώπισης της πίεσης των συνομήλικων, τρόποι αντιμετώπισης των καταθλιπτικών συναισθημάτων, ενίσχυση της καθημερινής άσκησης).
 - i. Γράψτε οδηγίες στον πίνακα για να δώσετε ένα οπτικό μήνυμα στους μαθητές που δυσκολεύονται να επικεντρωθούν σε προφορικές πληροφορίες.
 - ii. Διδάξτε αισιόδοξες και θετικές στάσεις και πράξεις.
 - iii. Εργαστείτε με τους μαθητές και βοηθήστε τους να ολοκληρώσουν δραστηριότητες στην τάξη.
 - iv. Να ενημερώνετε τους μαθητές για τις ευθύνες και τα καθήκοντά τους.
 - v. Να παρέχετε ειδικά διαμορφωμένο χώρο στην τάξη, όταν κάποιος από τους μαθητές αισθανθεί δυσφορία.
 - vi. Να βοηθάτε τους μαθητές στην ανάθεση των εργασιών και στην προετοιμασία για τα διαγωνίσματα.
-

II. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Οι εκπαιδευτικοί (σε συνεργασία με τους γονείς) είναι σε θέση να παρατηρήσουν πότε ένας μαθητής έχει πρόβλημα σχετικά με τη λειτουργικότητά του στο σχολείο, την οικογένεια και τις σχέσεις του με τους συνομηλίκους του. Επίσης, είναι σε θέση να ανακαλύψουν αν υπάρχει κάτι δυσάρεστο στη ζωή του μαθητή που μπορεί να προκαλεί τέτοιου είδους συμπτώματα.

Παρά το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί δεν μπορούν να κάνουν διάγνωση, έχουν καθοριστικό ρόλο στο να προσδιορίσουν αν ένας μαθητής χρειάζεται περαιτέρω υποστήριξη ή παραπομπή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Κατά την καταγραφή των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς ενός μαθητή, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να εξετάσουν τις ακόλουθες πληροφορίες:

1. την χρονική στιγμή που εμφανίζονται τα συμπτώματα
2. τη συχνότητα των συμπτωμάτων
3. τη διάρκεια των συμπτωμάτων
4. την ένταση των συμπτωμάτων

Για τους μαθητές που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να σημειώσουν εάν κάποιο από αυτά τα συμπτώματα είναι νέο ή «εκτός προσωπικότητας» του μαθητή (π.χ., ένας καλός μαθητής σταματά ξαφνικά να κάνει τις εργασίες του και αρχίζει να απουσιάζει από την τάξη). Ωστόσο, η συμπεριφορά ορισμένων μαθητών μπορεί να μην παρουσιάζει μια ιδιαίτερα αισθητή αλλαγή από τη συνήθη συμπεριφορά τους. Αντ' αυτού, μπορεί να υποφέρουν από ηπιότερα προβλήματα διάθεσης όπως ευερεθιστότητα, χαμηλή ενέργεια και κακή συγκέντρωση.

Είναι γεγονός ότι η επιτυχής ολοκλήρωση των σχολικών καθηκόντων αυξάνει την αυτοπεποίθηση των μαθητών. Για τον μαθητή με κατάθλιψη, η ολοκλήρωση των σχολικών εργασιών είναι μια σημαντική διαδικασία, καθώς μπορεί να έχει

μειωμένη ενέργεια, ικανότητα συγκέντρωσης ή μειωμένο κίνητρο σε σχέση με τους άλλους μαθητές. Παρακάτω ακολουθούν ορισμένες στρατηγικές που μπορούν να ακολουθήσουν οι εκπαιδευτικοί:

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ

ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

- ✦ Να τοποθετούν τον μαθητή κοντά στο μπροστινό μέρος της τάξης, όπου ο εκπαιδευτικός μπορεί εύκολα να βοηθήσει ή ο μαθητής μπορεί εύκολα να εγκαταλείψει την τάξη.
 - ✦ Να εφαρμόζουν συχνές διακοπές στο μάθημα για να βοηθούν τους μαθητές με προβλήματα συγκέντρωσης.
 - ✦ Να συνεργάζονται με τους γονείς του μαθητή και την σχολική ομάδα για να τροποποιούν το πρόγραμμά του σε περίπτωση που βιώνει υπερβολική κόπωση, δυσκολία στην απομνημόνευση ή την συγκέντρωση. Οι αλλαγές θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν:
 - προσαρμογή του φόρτου εργασίας
 - προγραμματισμός του διαβάσματος στις περιόδους όπου ο μαθητής είναι πιθανότερο να βρίσκεται σε εγρήγορση
 - καθορισμός χρονοδιαγράμματος που ενθαρρύνει τη συμμετοχή του
 - χρήση ερωτήσεων πολλαπλών επιλογών, αντί ερωτήσεων ανοιχτού τύπου ή προφορικών ερωτήσεων
 - παροχή παραπάνω χρόνου στον μαθητή να ολοκληρώσει τις εξετάσεις
 - ✦ Να βοηθούν τον μαθητή να θέτει ρεαλιστικούς στόχους.
 - ✦ Να παρέχουν στον μαθητή καθοδήγηση σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης και προγραμματισμού της ημέρας του (π.χ. χρήση μιας ημερήσιας λίστας).
 - ✦ Να συνεργάζονται με τον μαθητή για την καλλιέργεια δεξιοτήτων στην επίλυση προβλημάτων.
 - ✦ Να αναθέτουν μια εργασία τη φορά.
 - ✦ Να βοηθούν τον μαθητή να χωρίσει μια εργασία σε μικρότερα μέρη και να
-

οργανώνουν μαζί του χρονοδιάγραμμα. Να παρέχουν θετική ενίσχυση, όταν ολοκληρώνεται κάθε μέρος της εργασίας.

- ✦ Να βεβαιώνονται ότι ο μαθητής έχει όλες τις σημειώσεις της τάξης πριν εξεταστεί.
 - ✦ Να κάνουν ανοιχτές ερωτήσεις για τις οποίες δεν υπάρχει συγκεκριμένη, σωστή απάντηση, ώστε ο μαθητής να μπορεί να συζητά χωρίς φόβο για το αν κάνει λάθος μπροστά σε άλλους.
 - ✦ Να βρουν τρόπους να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του μαθητή, όπως για παράδειγμα:
 - Να προσδιορίσουν και να επικεντρωθούν στα δυνατά σημεία του μαθητή, κάνοντας θετικές δηλώσεις σχετικά με τις επιτυχίες του.
 - Να βοηθούν τον μαθητή να εντοπίσει τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα του που του επιτρέπουν να εκτελεί καθημερινά πολλές δραστηριότητες.
 - Να κάνουν θετικά σχολίων, εστιάζοντας σε συγκεκριμένα πράγματα που ο μαθητής κάνει καλά (δηλαδή δίνοντας εξατομικευμένο και όχι απλώς γενικό έπαινο).
 - ✦ Να δημιουργούν ευκαιρίες στον μαθητή να συμμετέχει σε εργασίες με τους συνομηλίκους του (π.χ. ανάθεση ομάδων εργασίας).
 - ✦ Να συνεργάζονται με τους γονείς του μαθητή, ώστε να ενισχύουν το ενδιαφέρον και τη συμμετοχή του σε μια σειρά δραστηριοτήτων που βοηθούν στη μείωση της ανησυχίας και των αρνητικών σκέψεων.
 - ✦ Να έχουν επικοινωνία με τον μαθητή κάθε μέρα (π.χ., να τον χαιρετούν και να ρωτούν μια ερώτηση για κάτι που τον ενδιαφέρει).
 - ✦ Να ελέγχουν αν ο μαθητής έχει δικό του δίκτυο υποστήριξης (π.χ. γονείς, φίλους, συγγενείς).
 - ✦ Να βρουν τρόπους που να συνδέουν έναν μαθητή που είναι κοινωνικά απομονωμένος με άλλους μαθητές που εκφράζουν παρόμοια συμπεριφορά.
 - ✦ Να παρέχουν στον μαθητή ευκαιρίες συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις δραστηριότητες και τις εργασίες των μαθημάτων για να ενισχύουν το κίνητρο, το ενδιαφέρον και το αίσθημα επιτυχίας του.
-

✦ Εάν ένας μαθητής επιστρέψει στο σχολείο μετά από νοσηλεία ή παρατεταμένη απουσία, να είναι έτοιμοι να διαμορφώσουν ένα σχέδιο για την επανένταξή του, ακολουθώντας ένα πλάνο. Να ορίζουν ένα άτομο-σύμβουλο, με τον οποίον ο μαθητής να επικοινωνεί, ώστε να τον βοηθά να ενταχθεί ομαλά κατά τις πρώτες εβδομάδες του στο σχολείο.

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από την Δουρίδα Ελένη, Ψυχολόγο, στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας για το ΠΜΣ «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε το Έντυπο Συγκατάθεσης κατόπιν Ενημέρωσης.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγράψει αν οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης αναγνωρίζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα των έφηβων μαθητών τους και τον τρόπο με τον οποίο τους υποστηρίζουν.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΔΥΣΦΟΡΙΑΣ

Δεν υπάρχουν κίνδυνοι που να προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

ΠΛΗΡΩΜΗ /ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Όποιες πληροφορίες συγκεντρωθούν στην παρούσα έρευνα, οι οποίες θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν προσωπικά, παραμένουν απόρρητες και δεν αποκαλύπτονται παρά μόνο με την άδειά σας.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετάσχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετάσχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μπορείτε να αποσύρετε την συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση. Αν έχετε ερωτήσεις σε σχέση με τα δικαιώματά σας παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον επιστημονικά υπεύθυνο της έρευνας.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Για ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε.

Δουρίδα Ελένη, Ψυχολόγος

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6981909713

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Υπογραφή:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο δίνεται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας για το ΠΜΣ «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Στόχος του είναι να καταγράψει αν οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης αναγνωρίζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα των μαθητών τους και τον τρόπο με τον οποίο τους υποστηρίζουν.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο κι εμπιστευτικό.

Τα αποτελέσματα αναμένεται να ανακοινωθούν τον Ιούνιο του 2019 και θα χαρούμε πολύ να σας ενημερώσουμε. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση παρακαλώ να μη διστάσετε.

Η ερευνήτρια Δουρίδα Ελένη (6981909713)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλούμε σημειώστε τα 4 τελευταία ψηφία του κινητού σας τηλεφώνου.....

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Έτος γέννησης:

3. Ειδικότητα:

4. Εκπαίδευση: ΑΕΙ ΤΕΙ

5. Φορέας Εργασίας: Δημόσιος

6. Πόσα έτη ασκείτε το επάγγελμα του εκπαιδευτικού;:

7. Έχετε ενημερωθεί στο παρελθόν για την παιδική κατάθλιψη; Ναι Όχι

8. Αν ναι, από πού έχετε λάβει ενημέρωση; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- από κάποιο μάθημα της Σχολής μου
- από άλλους συναδέλφους
- από συνέδρια/ ημερίδες κ.λπ.
- από το ευρύτερο οικογενειακό & φιλικό περιβάλλον
- από το διαδίκτυο
- από επιστημονικά περιοδικά
- από τα μέσα ενημέρωσης (περιοδικά, τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.ά.)
- άλλο.....

9. Έχετε συναντήσει μέχρι τώρα κάποιο περιστατικό μαθητή με καταθλιπτικά συμπτώματα; Ναι Όχι

10. Αν ναι, πως το αντιμετωπίσατε;

.....

.....

.....

.....

*A. Παρακαλούμε βάλτε έναν **κύκλο** στην απάντηση που θεωρείτε **σωστή**.*

1. Οι εκπαιδευτικοί έχουν σημαντικά υποστηρικτικό ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία, καθώς μπορούν ...

α) να παρεμβαίνουν κάνοντας διάγνωση.

β) να παρατηρούν πτυχές της συμπεριφοράς ενός μαθητή στο σχολικό περιβάλλον, που ίσως να μην είναι εμφανείς στον γονέα ή τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

γ) να δρουν θεραπευτικά μέσα στην τάξη.

2. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει ...

α) να εντάσσουν τους μαθητές με σοβαρές ψυχικές διαταραχές σε ομαδικά προγράμματα, όταν αντιμετωπίζουν σοβαρά ακαδημαϊκά προβλήματα.

β) να μην συνεργάζονται με τους γονείς του και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ακολουθώντας δικές τους στρατηγικές.

γ) να βοηθούν τους μαθητές να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

3. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να προωθούν ...

α) την ενίσχυση σεβασμού σε θέματα διαφορετικότητας.

β) την δημιουργία ουσιαστικών οικογενειακών & φιλικών σχέσεων.

γ) όλα τα παραπάνω.

4. Οι εκπαιδευτικοί κατέχουν καθοριστικό ρόλο στις ζωές των μαθητών, καθώς πολλές φορές είναι τα πρόσωπα στα οποία οι μαθητές μιλάνε όταν έχουν κάποιο πρόβλημα. Έτσι, λοιπόν, μπορούν ...

α) να επιλέγουν για τον μαθητή την καλύτερη δυνατή λύση στο πρόβλημά του.

β) να μην ενημερώνουν τον κηδεμόνα/γονέα για το πρόβλημα.

γ) να τονίζουν ότι είναι παρόντες για να τους ακούσουν και να προτείνουν λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν.

5. Οι πιθανότητες στο τέλος της εφηβείας για την εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να αγγίζουν έως και το ...

α) 50%.

β) 20%.

γ) 35%.

6. Ο μέσος όρος ηλικίας για την έναρξη μιας καταθλιπτικής διαταραχής φαίνεται να ξεκινά μεταξύ ...

α) 11-14 ετών.

β) 14-17 ετών .

γ) 8-11 ετών .

7. Η κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους ...

α) εμφανίζεται πάντα με συμπτώματα που επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητά τους.

β) συνδέεται με σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

γ) δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία.

8. Στην εφηβεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί ...

α) να εκδηλωθούν ως έλλειψη συγκέντρωσης, με τη μορφή κόπωσης, συχνών απουσιών, ευερεθιστότητας ή αισθήματος απογοήτευσης.

β) να διαχωριστούν πολύ εύκολα από μια συμπεριφορά που είναι χαρακτηριστική της αναπτυξιακής περιόδου ή από μια λογική αντίδραση σε ένα αγχωτικό ή αρνητικό συμβάν.

γ) να περιλαμβάνουν συναισθήματα που προκαλούν ανησυχία ή θυμό, αρνητική συζήτηση για το μέλλον και πλήρη συμμόρφωση με τους κανόνες.

9. Στο σχολείο οι έφηβοι ...

α) σπανίως αντιμετωπίζουν ακαδημαϊκό και κοινωνικό άγχος.

β) εξωτερικεύουν με ευκολία τα συναισθήματά τους στους μεγαλύτερους.

γ) δεν αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους.

10. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν ...

- α) να δικαιολογούν την αδυναμία ολοκλήρωσης των εργασιών ορισμένων μαθητών με μειωμένη διάθεση.
- β) να αποφεύγουν την παραπομπή ενός μαθητή με συμπτώματα σε επαγγελματία ψυχικής υγείας.
- γ) να παρατηρούν την χρονική στιγμή, συχνότητα, διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων των μαθητών.

*B. Παρακαλούμε χαρακτηρίστε με **ΣΩΣΤΟ** ή **ΛΑΘΟΣ** την απάντηση που θεωρείτε σωστή.*

Οι εκπαιδευτικοί μπορούν ...

- 1. να απομονώνουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα στο πίσω μέρος της τάξης.

- 2. να εφαρμόζουν συχνές διακοπές στο μάθημα για να βοηθούν τους μαθητές με προβλήματα συγκέντρωσης. _____
- 3. να χρησιμοποιούν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, αντί ερωτήσεων ανοιχτού τύπου ή προφορικών ερωτήσεων σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα.

- 4. να συμβουλεύουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους. _____
- 5. να κάνουν κλειστές ερωτήσεις για τις οποίες υπάρχει συγκεκριμένη, σωστή απάντηση, ώστε ο μαθητής να μπορεί να συζητά χωρίς φόβο για το αν κάνει λάθος μπροστά σε άλλους. _____
- 6. να βοηθούν τους μαθητές να εντοπίσουν τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα τους που τους επιτρέπουν να εκτελούν καθημερινά πολλές δραστηριότητες.

7. να αποφεύγουν να δίνουν ευκαιρίες σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να συμμετέχουν σε εργασίες με τους συνομηλίκους τους για να μην νιώθουν μειονεκτικά. _____

8. να συζητούν με τους μαθητές τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε οποιοδήποτε μέρος, ακόμα και στο προαύλιο του σχολείου. _____

9. να εκφράζονται επικριτικά, όταν μιλούν στους γονείς για τις ανησυχίες σχετικά με την συμπεριφορά ενός μαθητή. _____

10. να οργανώνουν τις δραστηριότητες των μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα, η χρήση μιας ημερήσιας λίστας είναι εξαιρετικά βοηθητική. _____

Παρατίθεται ξανά το ερωτηματολόγιο των γνώσεων με τη σωστή απάντηση ανά ερώτηση.

1. Οι εκπαιδευτικοί έχουν σημαντικά υποστηρικτικό ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία, καθώς μπορούν ...

α) να παρεμβαίνουν κάνοντας διάγνωση.

β) να παρατηρούν πτυχές της συμπεριφοράς ενός μαθητή στο σχολικό περιβάλλον, που ίσως να μην είναι εμφανείς στον γονέα ή τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

γ) να δρουν θεραπευτικά μέσα στην τάξη.

2. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει ...

α) να εντάσσουν τους μαθητές με σοβαρές ψυχικές διαταραχές σε ομαδικά προγράμματα, όταν αντιμετωπίζουν σοβαρά ακαδημαϊκά προβλήματα.

β) να μην συνεργάζονται με τους γονείς του και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ακολουθώντας δικές τους στρατηγικές.

γ) να βοηθούν τους μαθητές να αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

3. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να προωθούν ...

α) την ενίσχυση σεβασμού σε θέματα διαφορετικότητας.

β) την δημιουργία ουσιαστικών οικογενειακών & φιλικών σχέσεων.

γ) όλα τα παραπάνω.

4. Οι εκπαιδευτικοί κατέχουν καθοριστικό ρόλο στις ζωές των μαθητών, καθώς πολλές φορές είναι τα πρόσωπα στα οποία οι μαθητές μιλάνε όταν έχουν κάποιο πρόβλημα. Έτσι, λοιπόν, μπορούν ...

α) να επιλέγουν για τον μαθητή την καλύτερη δυνατή λύση στο πρόβλημά του.

β) να μην ενημερώνουν τον κηδεμόνα/γονέα για το πρόβλημα.

γ) να τονίζουν ότι είναι παρόντες για να τους ακούσουν και να προτείνουν λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν.

5. Οι πιθανότητες στο τέλος της εφηβείας για την εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να αγγίζουν έως και το ...

α) 50%.

β) 20%.

γ) 35%.

6. Ο μέσος όρος ηλικίας για την έναρξη μιας καταθλιπτικής διαταραχής φαίνεται να ξεκινά μεταξύ ...

α) 11-14 ετών.

β) 14-17 ετών .

γ) 8-11 ετών .

7. Η κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους ...

α) εμφανίζεται πάντα με συμπτώματα που επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητά τους.

β) συνδέεται με σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

γ) δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία.

8. Στην εφηβεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί ...

α) να εκδηλωθούν ως έλλειψη συγκέντρωσης, με τη μορφή κόπωσης, συχνών απουσιών, ευερεθιστότητας ή αισθήματος απογοήτευσης.

β) να διαχωριστούν πολύ εύκολα από μια συμπεριφορά που είναι χαρακτηριστική της αναπτυξιακής περιόδου ή από μια λογική αντίδραση σε ένα αγχωτικό ή αρνητικό συμβάν.

γ) να περιλαμβάνουν συναισθήματα που προκαλούν ανησυχία ή θυμό, αρνητική συζήτηση για το μέλλον και πλήρη συμμόρφωση με τους κανόνες.

9. Στο σχολείο οι έφηβοι ...

α) σπανίως αντιμετωπίζουν ακαδημαϊκό και κοινωνικό άγχος.

β) εξωτερικεύουν με ευκολία τα συναισθήματά τους στους μεγαλύτερους.

γ) δεν αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους.

10. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν ...

α) να δικαιολογούν την αδυναμία ολοκλήρωσης των εργασιών ορισμένων μαθητών με μειωμένη διάθεση.

β) να αποφεύγουν την παραπομπή ενός μαθητή με συμπτώματα σε επαγγελματία ψυχικής υγείας.

γ) να παρατηρούν την χρονική στιγμή, συχνότητα, διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων των μαθητών.

Οι εκπαιδευτικοί μπορούν ...

1. να απομονώνουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα στο πίσω μέρος της τάξης.

ΛΑΘΟΣ

2. να εφαρμόζουν συχνές διακοπές στο μάθημα για να βοηθούν τους μαθητές με προβλήματα συγκέντρωσης. **ΣΩΣΤΟ**

3. να χρησιμοποιούν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, αντί ερωτήσεων ανοιχτού τύπου ή προφορικών ερωτήσεων σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα.

ΣΩΣΤΟ

4. να συμβουλεύουν μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους. **ΣΩΣΤΟ**

5. να κάνουν κλειστές ερωτήσεις για τις οποίες υπάρχει συγκεκριμένη, σωστή απάντηση, ώστε ο μαθητής να μπορεί να συζητά χωρίς φόβο για το αν κάνει λάθος μπροστά σε άλλους. **ΛΑΘΟΣ**

6. να βοηθούν τους μαθητές να εντοπίσουν τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα τους που τους επιτρέπουν να εκτελούν καθημερινά πολλές δραστηριότητες. **ΣΩΣΤΟ**

7. να αποφεύγουν να δίνουν ευκαιρίες σε μαθητές με καταθλιπτικά συμπτώματα να συμμετέχουν σε εργασίες με τους συνομηλίκους τους για να μην νιώθουν μειονεκτικά. **ΛΑΘΟΣ**

8. να συζητούν με τους μαθητές τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε οποιοδήποτε μέρος, ακόμα και στο προαύλιο του σχολείου. **ΛΑΘΟΣ**

9. να εκφράζονται επικριτικά, όταν μιλούν στους γονείς για τις ανησυχίες σχετικά με την συμπεριφορά ενός μαθητή. **ΛΑΘΟΣ**

10. να οργανώνουν τις δραστηριότητες των μαθητών με καταθλιπτικά συμπτώματα, η χρήση μιας ημερήσιας λίστας είναι εξαιρετικά βοηθητική. **ΣΩΣΤΟ**

Συνολικό Score:...../20

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Α. Παρακαλείσθε να δηλώσετε το κατά πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις κυκλώνοντας ένα νούμερο από το 1-5.

(1. = πολύ λίγο, 2. = λίγο, 3. = μέτρια, 4. = πολύ, 5. = πάρα πολύ)

	Πολύ λίγο	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Πόσο χρήσιμος σας φάνηκε ο εκπαιδευτικός οδηγός;	1	2	3	4	5
2. Πόσο κατανοητός σας φάνηκε ο εκπαιδευτικός οδηγός;	1	2	3	4	5
3. Θα χρησιμοποιούσατε τις στρατηγικές που προτείνονται;	1	2	3	4	5
4. Πιστεύετε ότι οι στρατηγικές που προτείνονται μπορούν να εφαρμοστούν με ευκολία;	1	2	3	4	5
5. Πιστεύετε ότι αυξήθηκαν οι γνώσεις σας για την παιδική-εφηβική κατάθλιψη μετά την ενημέρωση από τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	1	2	3	4	5
6. Πιστεύετε ότι ο εκπαιδευτικός οδηγός βοηθά στη βελτίωση της επικοινωνίας με τους μαθητές σας;	1	2	3	4	5

7. Πιστεύετε ότι ο εκπαιδευτικός οδηγός προωθεί τη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και κατανόησης μεταξύ εκπαιδευτικών-μαθητών-γονέων;	1	2	3	4	5
8. Θεωρούσατε σημαντικό πρόβλημα την παιδική-εφηβική κατάθλιψη, πριν ενημερωθείτε από τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	1	2	3	4	5
9. Άλλαξε η γνώμη σας για την παιδική-εφηβική κατάθλιψη, αφού διαβάσατε τον εν λόγω εκπαιδευτικό οδηγό;	1	2	3	4	5
10. Θεωρείτε σημαντική την παιδική-εφηβική κατάθλιψη;	1	2	3	4	5
11. Σας φάνηκε κατανοητό το ερωτηματολόγιο που απαντήσατε;	1	2	3	4	5
12. Κατά τη γνώμη σας, ποιος ήταν ο βαθμός δυσκολίας του ερωτηματολογίου;	1	2	3	4	5
13. Κατά τη γνώμη σας, ποιος ήταν ο βαθμός συνέπειας της ερευνήτριας στην τήρηση των χρονικών προθεσμιών;	1	2	3	4	5
14. Κατά τη γνώμη σας, πόσο οργανωμένη ήταν η ερευνήτρια;	1	2	3	4	5