



**Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ  
ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ»**



**Οι φοιτητές:**

**ΓΚΟΥΒΑ ΘΕΟΔΩΡΑ**

**ΤΣΙΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:**

**ΨΥΧΟΓΥΙΟΥ ΑΘΗΝΑ**

**Πάτρα 2016**



**Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ  
ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ»**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΓΚΟΥΒΑ ΘΕΟΔΩΡΑ**

**ΨΥΧΟΓΥΙΟΥ ΑΘΗΝΑ**

**ΤΣΙΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**Πτυχιακή εργασία για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής εργασίας της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας.**

**THE SUICIDE IN ADOLESCENCE FACTORS EXPRESSION, FREQUENCY**  
**AND PREVENTION THE PHENOMENON**



Η διπλωματική εργασία της Γκούβα Θεοδώρας και Τσίκα  
Αικατερίνης εγκρίνεται:

Υπογραφές

1 Ψυχογιού Αθηνά, καθηγήτρια (επιβλέπουσα καθηγήτρια)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής

2

3



© 2016 - “all right reserved”



© 2016 , Copyright υπό Γκούβα Θεοδώρα, Τσίκα Αικατερίνη

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>Περίληψη</i> .....	9
<i>Abstract</i> .....	10
<i>Ευχαριστίες</i> .....	11
<b><u>Μέρος Α: βιβλιογραφική ανασκόπηση</u></b>	
<b>Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
1.1 Το πρόβλημα .....	12
1.2 Σκοπός Μελέτης .....	13
1.3 Ιστορική αναδρομή .....	13
1.4 Ορισμοί .....	16
<b>Κεφάλαιο 2: ΕΦΗΒΕΙΑ</b>	
2.1 Έφεύρεση της εφηβείας .....	18
2.2 Χρόνος εμφάνισης της εφηβείας.....	18
2.3 Χαρακτηριστικά της εφηβείας.....	19
2.4 Κρίση στην εφηβεία .....	20
2.5 Παράγοντες επικίνδυνης συμπεριφοράς των εφήβων .....	21
<b>Κεφάλαιο 3: ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ</b>	
3.1 Σχετιζόμενοι παράγοντες αυτοκτονίας .....	25
3.2 Παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονίας.....	25
3.3 Τύποι κοινωνικών αυτοκτονιών.....	26
3.4 Μύθοι και αλήθειες στην αυτοκτονίας.....	26

## **Κεφάλαιο 4: Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

4.1 Παράγοντες αυτοκτονίας στην εφηβεία.....	28
4.2 Είδη αυτοκτονίας στην εφηβεία.....	29
4.3 Προμηνύματα αυτοκτονίας .....	29
4.4 Λόγοι που οι έφηβοι είναι πιο επιρρεπής στην αυτοκτονία .....	30

## **Κεφάλαιο 5: ANTIMETΩΠΙΣΗ**

5.1 Τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου της αυτοκτονίας.....	31
5.2 Υποστηρικτικό περιβάλλον .....	34
5.2.1 Ο ρόλος της οικογένειας.....	35
5.2.2 Ο ρόλος του σχολείου.....	35
5.2.3 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε.....	37
5.3 Οι επαγγελματίες υγείας .....	37
5.3.1 Ο ρόλος του Παιδοψυχολόγου.....	38
5.3.2 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού .....	38
5.3.3 Γραμμές υποστήριξης - φορείς στήριξης.....	40

---

## **Μέρος Β: Έρευνα**

### **Κεφάλαιο 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

6.1 Σκοπός έρευνας.....	43
6.2 Ερευνητικές υποθέσεις / Ερευνητικά ερωτήματα.....	43
6.3 Πληθυσμός – Δείγμα .....	44
6.4 Επιλογή εργαλείων έρευνας.....	44
6.5 Τρόπος και χρόνος έρευνας.....	45
6.6 Συλλογή δεδομένων.....	46
6.7 Κριτήρια εισαγωγής και απόκλισης δεδομένων .....	46
6.8 Ζητήματα ηθικής και Δεοντολογίας .....	47

6.9 Περιορισμοί έρευνας.....	47
6.10 Ανάλυση και παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	48
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....</b>	<b>78</b>
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>79</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>80</b>
<b>Παράρτημα 1.....</b>	<b>83</b>
<b>Παράρτημα 2.....</b>	<b>88</b>



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη σημερινή εποχή, ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα, είναι η αυτοκτονική συμπεριφορά των προεφήβων και των εφήβων, η οποία περιλαμβάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής ή θανάτου και πράξεις με απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοκτονίες. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και διάφορα προσωπικά κι οικογενειακά προβλήματα οδηγούν τους εφήβους στο θάνατο. Αν και ο αριθμός των αυτοκαταστροφικών εφήβων είναι δύσκολος να εντοπιστεί, είναι φανερό το σημαντικό μέγεθος του προβλήματος.

Η αυτοκτονία αποτελούσε ανέκαθεν μείζον ζήτημα στην ιστορία. Η ηθική του διάσταση αμφισβητήθηκε αρκετά από την αρχαία ελληνική εποχή έως σήμερα. Η γενετική προδιάθεση, οι ψυχιατρικές διαταραχές, οι πολιτιστικές, οι οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις, καθώς και η κατάχρηση ουσιών αυξάνουν την πιθανότητα για αυτοκτονία.

Το συνηθέστερο είδος αυτοκτονίας είναι η ατομική. Οι έφηβοι συνήθως αυτοκτονούν με τη χρήση όπλου, με υπερβολική δόση φαρμάκων, με την πτώση από υψόμετρο και την αυτοχειρία. Το ποσοστό των εφήβων που έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας είναι αρκετά μεγάλο.

Σκοπός, της πτυχιακής μας, είναι να πραγματοποιηθεί έρευνα των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών και των ειδικών υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) στο σχολικό περιβάλλον για την αυτοκτονικότητα των εφήβων και να ερμηνευθούν οι απόψεις τους. Ακόμα, η έρευνά μας στοχεύει στην ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και στην αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού.

Η αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού των εφήβων, είναι απαραίτητη. Σημαντικός, είναι ο ρόλος της οικογένειας, των ειδικών υγείας, των ΜΜΕ και του περίγυρου των εφήβων. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, στοχεύει στην υποστήριξη του εφήβου και της οικογένειάς του και στη μέριμνα του ζητήματος της εφηβικής αυτοκτονικότητας που αφορά γενικά την κοινωνία.

## **ABSTRACT**

Nowadays, one of the most common problems is the suicidal behavior of preadolescents and adolescents, which includes thoughts of self-destruction or death and acts of suicide attempts or suicides. Psychosocial factors and various personal and family problems lead teenagers to death. Although the number of suicidal adolescents is difficult to diagnose, it is evident the substantial size of the problem.

Suicide has always been a major issue in history. The moral dimension of this problem, has been challenged enough by the ancient Greek era to the present time. Genetic predisposition, psychiatric disorders, cultural, family and social situations, and substance abuse increase the likelihood of suicide.

The most common type of suicide is the individualistic. Teenagers usually commit suicide using weapons, with drug overdose or with the fall from altitude. The percentage of adolescents who have made a suicide attempt is quite large.

The aim of our thesis is to research the perceptions of teachers and health experts (psychologists, social workers) at school, for adolescent suicidality and explain their views. Still, our research aims to inform, raise awareness and seek alternative means of prevention of this phenomenon.

The treatment of this problem is necessary. Important, is the role of the family, the experts, the media and the milieu of adolescents. The role of social worker, aims to support the adolescent and his family and the issue of adolescent suicidality that exists in society.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Η μελέτη αυτή θα ήταν αδύνατη χωρίς τη βοήθεια και τη συνεργασία με άλλα πρόσωπα. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας Ψυχογιού Αθηνά, καθηγήτρια στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος, **την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας**, τον αντί-περιφερειάρχη του τμήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Χαροκόπο Αντώνη και το Σουρή Εμμανουήλ/Ψυχολόγος Π.Ε. Τέλος, ευχαριστούμε θερμά όλους τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, στην Πάτρα, τον Πύργο και το Αγρίνιο και την οικογένειά μας για την υποστήριξη που μας παρείχε.*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### **1.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα στην εφηβική ηλικία. Ένα παγκόσμιο φαινόμενο που έχει λάβει πλέον ανησυχητικές διαστάσεις ειδικότερα τα τελευταία χρόνια, λόγω της αύξησης της αυτοκτονικότητας των νέων ατόμων. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (όπως κατάθλιψη) και διάφορα οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα (όπως κακοποίηση) οδηγούν τους εφήβους στο θάνατο, αν και δεν είναι πάντα αυτός ο στόχος τους. Με αυτόν τον τρόπο, εκφράζουν διάφορα αρνητικά και έντονα συναισθήματα όπως απελπισία, οργή και αδιέξοδο. Στις μέρες μας, ένας στους τέσσερις εφήβους, ενδέχεται να αντιμετωπίσει σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Ο ακριβής αριθμός των αυτοκτονιών είναι ιδιαίτερα δύσκολος να εντοπιστεί, ανεξάρτητα από το φύλο, σε όλο τον πληθυσμό και τις ηλικίες. Τα στατιστικά στοιχεία συχνά δεν συνάδουν με την πραγματικότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι η απόπειρα αυτοκτονίας, αρκετές φορές δεν γίνεται φανερή από το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του, τον κοινωνικό του περίγυρο και το σύστημα Υγείας και Εκπαίδευσης.

Συγκεκριμένα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός αυξάνεται σημαντικά από την ηλικία των 15 ετών. Τα 2/3 των θανάτων κατά την εφηβεία είναι βίαιοι θάνατοι που προέρχονται από τροχαία ατυχήματα, ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες. Η αναλογία των αποπειρών αυτοκτονίας σε σχέση με τις ολοκληρωμένες προσπάθειες είναι 120 προς 1. Τα κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών κάνουν περισσότερες ανεπιτυχείς απόπειρες αυτοκτονίας, σε σχέση με τα αγόρια, τα οποία ολοκληρώνουν συχνότερα την απόπειρα. (Shaffer/Fisher,1981). Θεωρητικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι δύο στους τρεις θανάτους θα μπορούσαν να αποφευχθούν με την παροχή ψυχολογικής βοήθειας και καθοδήγησης προς τους εφήβους.

## **1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες, λοιπόν, είναι χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας. Η συνειδητή επιθυμία θανάτου, αναφέρεται στην προβληματική της εφηβείας, που αφορά το πέρασμα στην πράξη (acting out), την επίθεση στο σώμα και τις διεργασίες αποχωρισμού. Συνδέεται άμεσα με τη διάγνωση της κατάθλιψης.

Συγκεκριμένα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός στην εφηβεία είναι ένα μείζον πρόβλημα, το οποίο προέρχεται από διάφορους παράγοντες. (Κατάθλιψη, κακοποίηση, προβλήματα στις σχέσεις και άλλα). Οι παράγοντες αυτοί χρήζουν άμεσης και πολύπλευρης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η έγκυρη παρέμβαση και η πρόληψη των αυτοκτονικών επεισοδίων είναι γενικά παραδεκτό, ότι συμβάλλουν στη μείωση του προβλήματος συνολικά.

Εφόσον, λοιπόν, κατέστη εμφανές το μέγεθος του προβλήματος της αυτοκτονικότητας των εφήβων, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για το θέμα αυτό και να ερευνηθούν εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ιδεασμού των εφήβων.

## **1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Το φαινόμενο της αυτοκτονίας, απασχόλησε τον άνθρωπο από την αρχαία εποχή μέσα από επιστήμες όπως η φιλοσοφία, η κοινωνιολογία και η ιατρική αλλά και από την θρησκεία. (Καλοφωλιάς, 1977).

Σύμφωνα με την (Γαβριήλ, 1987) στην Ελληνική γλώσσα η αυτοκτονία προέρχεται από την λέξη “αυτοκτονέω” (αυτός + κτείνω) που σημαίνει εκείνος που φονέβει εαυτό, δηλαδή και ο θύτης και το θύμα είναι το ίδιο πρόσωπο. Ο Ελληνικός όρος προέρχεται από την λέξη “αυτοκτόνος”, που σημαίνει κάποιος που σκοτώνει με το χέρι του, όχι αναγκαστικά τον εαυτό του, ενώ χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία ως suicide το 1651 που προέρχεται από την λατινική λέξη *suicaedere* και σημαίνει “φονεύω εαυτόν”.

Η αυτοκτονία ή αυτοχειρία είναι η καταστροφή της ζωής του ανθρώπου με τη θέλησή του και με δική του αποκλειστικά ενέργεια. Ο Ποινικός Κώδικας προβλέπει το αυτοτελές αδίκημα της αυτοκτονίας με συναίνεση (άρ.301). Το αδίκημα αυτό τελείται όταν όποιος με πρόθεση έπεισε άλλον να αυτοκτονήσει (αν τελέστηκε αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της), καθώς και όποιος παρείχε βοήθεια γι' αυτή, και τιμωρείται με φυλάκιση. (Μαλλιάρης, 2006)

Σύμφωνα με την (Γαβριήλ, 1987), η αυτοκτονία ήταν μία έκφραση θυμού και εκδίκησης που συνδεόταν με τη μαγεία και την πρόληψη, ενώ για τους μετέπειτα ανθρώπους λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων, η αυτοκτονία συνδεόταν με αμαρτήματα.

Η πράξη της αυτοκτονίας στην αρχαιότητα ήταν ελεύθερη και άμεση. Μεγάλη σημασία έχουν τα κίνητρα, που ωθούσαν στην αυτοκτονία. Οι αρχαίοι αυτοκτονούσαν:

- Για να αποφύγουν την δυσφήμιση και να διατηρήσουν μια έντιμη φήμη
- Για να αποφύγουν περαιτέρω βάσανα – η αυτοκτονία γίνεται εγγυήτρια της προσωπικής ελευθερίας
- Για να δώσουν ένα τέλος στο άλγος και
- Για να θυσιαστούν για το κοινό καλό επιλέγοντας το καθήκον, δηλαδή αυτοκτονούν για χάρη ανωτέρων, υψηλών πατριωτικών ιδεών. (Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 2000).

Σύμφωνα με την (Γαβριήλ, 1987) στην Ελληνιστική και Ρωμαϊκή περίοδο οι κατώτερες κοινωνικές τάξεις, αποστασιοποιούνταν από το θέμα της αυτοκτονίας, λόγω φόβου και ανησυχίας, καθώς θεωρούσαν ότι η αυτοκτονία ήταν κάτι πέρα από τις σωματικές και πνευματικές τους δυνάμεις ενώ αντίθετα, οι πράξεις αυτοκτονίας για τις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, βρίσκονταν στα πλαίσια της ηθικής. Παρ' όλα αυτά στην Ρωμαϊκή εποχή αν αυτοκτονούσε σκλάβος ή στρατιώτης ήταν απώλεια για την οικονομική κατάσταση του κυρίου του ή του κράτους.

Με την έλευση του Χριστιανισμού η αυτοκτονία θεωρήθηκε ένα από τα μεγαλύτερα αμαρτήματα, διότι η Εκκλησία υποστήριζε πως η προέλευση του

ανθρώπου είναι δώρο του θεού και ο άνθρωπος οφείλει να το σέβεται. Η πράξη της αυτοκτονίας είναι προσβολή προς το θεό. (Τσουκαλοχωρίτου,2012)

Κατά τον Μεσαίωνα, οι αντιλήψεις της κοινωνίας για την αυτοκτονία ήταν ίδιες με αυτές των προηγούμενων εποχών, με την μόνη διαφορά πλέον, να έχουν θεσπιστεί νόμοι για τον τρόπο ταφής και την απόδοση τιμών των αυτοκτονηθέντων. (Καλοφωλιάς, 1977).

Την περίοδο του διαφωτισμού υπάρχουν αλλαγές στην θεώρηση την αυτοκτονίας. Οι απόψεις υπέρ του «καλού θανάτου» γίνονταν σταδιακά όλο και περισσότερο αποδεκτές στη Γαλλία και στην Αγγλία κατά τον 17<sup>ο</sup> και 18<sup>ο</sup> αιώνα .

Ο David Hume, ένας από τους σπουδαιότερους εκπροσώπους του αγγλικού Διαφωτισμού, το 1783, στη μελέτη του Περί Αυτοκτονίας (On Suicide), επιτέθηκε κατά μέτωπο εναντίον των προλήψεων και των «ψευδοθρησκειών», που εξαναγκάζουν το άτομο να παρατείνει μια άθλια ύπαρξη, η οποία, σε τελική ανάλυση, προσβάλλει τον δημιουργό της. (Τσουκαλοχωρίτου,2012)

Σύμφωνα με τον Hume, η περίπτωση της αυτοκτονίας προσεγγίζεται ηθικά μέσα από την εξέταση των συνθηκών που επιβάλλουν μία τέτοια πράξη, απορρέοντας, έτσι, έννοιες όπως η αυτονομία και το ηθικά αποδεκτό της πράξης .(Frey).

Σύμφωνα με τον (Kant,1984) σε όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα πολλοί διατύπωσαν την αντίθεσή τους προς την αυτοκτονία. Μεταξύ αυτών ο Immanuel Kant, ο σημαντικότερος σχετικά με τα θέματα της βιοηθικής και ιδρυτής της μέχρι σήμερα ισχύουσας θεωρίας της «Αυτονομίας», θεώρησε την αυτοκτονία ανήθικη πράξη και τον αυτόβουλο θάνατο ως παραβίαση του καθήκοντος προς τον Θεό, τον απόλυτο Κύριο της ζωής των πάντων.

Κανείς δεν έχει κανέναν έλεγχο πάνω στο θάνατο. Η αυτοκτονία, όμως, δίνει τη δυνατότητα στον αυτόχειρα να καθορίζει το χρόνο του θανάτου του. Με την αυτοκτονία του κανείς τιμωρεί, ανακουφίζει, δημιουργεί ή βάζει τέλος σε μίσημα, σώζει ή καταστρέφει κοινότητες, διαφυλάσσει ή όχι το κύρος της προσωπικότητας του. (Αβαγιανού,2000).

#### **1.4 ΟΡΙΣΜΟΙ**

Σύμφωνα με τον (Durkheim ,1897), η αυτοκτονία αποτελεί την πιο προσωπική πράξη του ανθρώπου, ακραία εκδήλωση της ελευθερίας και του αυτεξούσιου του, αποτέλεσμα της αυτοσυνειδητότητας του. Είναι κοινό χαρακτηριστικό, σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες, σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης του ανθρώπου, όσο μπορούμε να συμπεράνουμε από την ιστορική έρευνα.

Έχουν περιγραφεί δύο κύριες κατηγορίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς: οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες οι ενέργειες του ατόμου καταλήγουν στο θάνατό του και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις δύο κατηγορίες πληθυσμών. Η απόπειρα αυτοκτονίας σχετίζεται με όλες τις ηλικίες. Στην παιδική ηλικία αποτελεί σπάνιο φαινόμενο, ενώ ο δείκτης αυτοκτονιών αυξάνεται σημαντικά στην εφηβεία. (Μέντη,2007).

Με τον όρο **εφηβεία** (επί+ήβη) για το ανθρώπινο είδος εννοείται μια διακριτή αναπτυξιακή φάση εξαιτίας των ραγδαίων βιοσωματικών αλλαγών και των νέων εξελίξεων:

- ως προς τις νοητικές ικανότητες και
- ως προς την σεξουαλικότητα

Η εφηβεία μπορεί να διαιρεθεί σε τρεις περιόδους, καθεμιά από τις οποίες έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

- *πρώιμη* εφηβεία από 10-13 ετών,
- *μέση* εφηβεία από 14-17 ετών,
- *όψιμη* εφηβεία >17 ετών

(Kail, , Cavanaugh 2010)

Στην προ-εφηβεία και στην εφηβεία η αυτοκτονική συμπεριφορά περιλαμβάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής ή θανάτου (αυτοκτονικός ιδεασμός) και πράξεις με απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες.

Με τα δεδομένα, τα οποία έχουμε συλλέξει παρακάτω στο δεύτερο κεφάλαιο, *εφηβεία* είναι η μεταβατική περίοδος από την παιδική στην ενήλικη ζωή, και



*έφηβος/η* θεωρείται ένα αγόρι ή ένα κορίτσι το οποίο εγκαταλείπει την παιδική ηλικία και προετοιμάζεται για την ενηλικίωσή του.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΦΗΒΕΙΑ**

### ***2.1 "ΕΦΕΥΡΕΣΗ" ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ***

Σύμφωνα με τον (Shaffer,2004) η ανάπτυξη της βιομηχανίας στις δυτικές κοινωνίες ευθύνεται για την "εφεύρεση" της εφηβείας. Στις βιομηχανικές κοινωνίες εισχώρησαν για εύρεση εργασίας μετανάστες, με συνέπεια να μειωθεί ,σχεδόν να εξαλειφτεί το εργατικό δυναμικό των παιδιών. Παρόλα αυτά λόγω της αύξησης της τεχνολογίας στις βιομηχανικές επιχειρήσεις άρχισαν να αναζητούν προσωπικό με μορφωτικό επίπεδο.

Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα ψηφίστηκαν νόμοι που περιορίζαν την παιδική εργασία και έκαναν υποχρεωτική τη σχολική εκπαίδευση. Οι έφηβοι άρχισαν να συναναστρέφονται τον περισσότερο χρόνο με παιδιά της ηλικίας τους και να αποκτούν τα δικά τους χαρακτηριστικά, "κουλτούρες ανηλίκων". Αποτέλεσμα από όλα τα παραπάνω, ήταν οι έφηβοι να αντιμετωπίζονται ως μια ξεχωριστή κατηγορία. Μέχρι τότε καλούνταν από την παιδική ηλικία να μεταβούν στην ενήλικη ζωή χωρίς να έχουν ωριμάσει και να είναι σε θέση να αναλάβουν ευθύνες.

### ***2.2 ΧΡΟΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ***

Ο χρόνος στον οποίο συμβαίνουν αλλαγές στην εφηβεία έχει πράγματι μεγάλη σημασία. Οι συνέπειες διαφέρουν από τα αγόρια στο κορίτσια.

Τα αγόρια που ωριμάζουν γρήγορα αποκτούν περισσότερα προνόμια από αυτά που αργούν. Έχουν αυτοπεποίθηση και αυτοκυριαρχία μέσα στο κοινωνικό τους περιβάλλον, ενώ το σώμα τους ωριμάζει πιο νωρίς. Τα αγόρια που αργούν να ωριμάσουν αισθάνονται ανασφάλεια, κατωτερότητα και κοινωνική ανεπάρκεια. Είναι πιο αγχώδη και αναζητούν περισσότερη προσοχή από τα υπόλοιπα παιδιά.

Αντίθετα με τα αγόρια, τα κορίτσια που ωριμάζουν πιο γρήγορα, δεν έχουν τόσα προνόμια όσο οι συνομήλικες τους προ-έφηβες. Παρόλο που έχουν πρόωμη ανάπτυξη και θετική εικόνα για το σώμα τους δίνοντας τους αυτοπεποίθηση, διαφέρουν πολύ από τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους, δημιουργώντας το ενδεχόμενο εμφάνισης αγχώδης και καταθλιπτικής διαταραχής. Με την πάροδο του χρόνου αποδέχονται το σώμα τους και ωριμάζουν.

Συνολικά, παρατηρούμε ότι τα αγόρια επηρεάζονται πιο πολύ με τις διαφορές τις ωρίμανσης από ότι επηρεάζονται τα κορίτσια.

### **2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ**

Η εφηβική ηλικία είναι το τελευταίο στάδιο της ανάπτυξης του ατόμου στην πορεία του προς την ωριμότητα. Καλύπτει τη χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία και αποτελεί τη φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, όπου ζει ανέμελο και εξαρτημένο, στον κόσμο του ενήλικου, στον οποίο θα είναι άνθρωπος υπεύθυνος και αυτόνομος. Το πέρασμα αυτό δεν γίνεται σε μια νύχτα, αλλά βαθμιαία. (Μουτσάνας,2013.) Η έλευση στην εφηβεία σηματοδοτείται από δυο σημαντικές σωματικές αλλαγές της ανάπτυξης. Αρχικά τα παιδιά αλλάζουν γρήγορα μέγεθος και σχήμα σώματος καθώς αναπτύσσονται απότομα. Έπειτα φτάνουν στην ήβη, δηλαδή την περίοδο κατά την οποία το άτομο ωριμάζει σεξουαλικά και γίνεται ικανό να τεκνοποιήσει. (Shaffer,2004).

Η εφηβεία χωρίζεται σε τρία στάδια (αρχικό, μέσο, τελικό), που το κάθε ένα έχει τις δικές του τυπικές συγκρούσεις και τα δικά του ξεχωριστά επιτεύγματα. Στο αρχικό στάδιο (11-14) το παιδί παρουσιάζει αυξημένη κινητική συμπεριφορά, είναι απρόβλεπτο στις αντιδράσεις του και πειραματίζεται με το σώμα του. (Τσιάντης, 1987).

Στο δεύτερο στάδιο (14-17) η προοδευτική αποδέσμευση του εαυτού από τις εξορμητικές σχέσεις αντικειμένου συνοδεύονται από παράλληλη ωρίμανση του εγώ. Το Εγώ τώρα μπορεί να αντέξει τις στάσεις των αιμομικτικών δεσμών που ενεργοποιούνται με την αναβίωση του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Η προσπάθεια απαλλαγής και λύσης των δεσμών μέσω την συμπλήρωσης του οιδιπόδειου καταλήγει στον ανασχηματισμό του Υπερεγώ. (Freud, 1905).

Στο τελευταίο στάδιο της εφηβείας (17-20) οι βιολογικές αλλαγές έχουν ολοκληρωθεί και έχει αποκατασταθεί η ψυχική ισορροπία. Είναι το στάδιο του κατασταλάγματος και σταθεροποίησης της ταυτότητας του. Σε αυτό το στάδιο το Εγώ, αποκτάει ένα ενεργητικό προσανατολισμό προς τις δυνάμεις του Εκείνο και η περαιτέρω απαρτίωση του Υπερεγώ αυξάνει την ευελιξία και την προσαρμογή

του ατόμου προς την πραγματικότητα και την ικανότητα αυτοπροσδιορισμού του. (Τσιάντης,1987).

Από την εφηβεία δεν θα μπορούσαν να λείπουν και οι διαταραχές συμπεριφοράς που σε κάθε άλλη περίοδο την ζωής μας θα χαρακτηρίζονταν ως παθολογικές. (Chabrol,1987).

Είναι κατανοητό, ότι κάθε άνθρωπος ενδέχεται να βιώσει κρίσιμες καταστάσεις στη ζωή του, τις οποίες στη συνέχεια ξεπερνά. Ψυχοπιεστικά γεγονότα όπως τραυματισμοί, απώλειες, ασθένειες, μπορεί να μεταβάλλουν την ταυτότητά μας.

#### **2.4 ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ**

Τα προβλήματα της εφηβείας είναι η επιθετική συμπεριφορά προς τους γονείς, η αποστασιοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον και η προσήλωση στην ομάδα συνομηλίκων, η αμφιθυμία, η ευερεθιστικότητα, τα αισθήματα θλίψης, άγχους, μοναξιάς, πλήξης, ντροπής, η ταλάντευση μεταξύ υπέρμετρα υψηλής και χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, ο πειραματισμός. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνθέτουν την εικόνα της «ανωριμότητας» του εφήβου και των γονέων του.

Είναι συχνό φαινόμενο, ο έφηβος, για να αυτονομηθεί από τους γονείς του να χρησιμοποιεί επιθετικές εξεγέρσεις απέναντι τους. Ωστόσο, αυτή η συμπεριφορά φανερώνει το δέσιμο του εφήβου με τους γονείς του και την προσπάθεια αποταυτοποίησής του.

Συγκεκριμένα, το αγόρι απομακρύνεται από τη μητέρα του και ταυτίζεται με αντρικά πρότυπα, ενώ το κορίτσι προσπαθεί να δραπετεύσει από το κράτος της πατρικής κυριαρχίας και ταυτίζεται ευκολότερα με τη μητέρα.

Ένα άλλο φαινόμενο, που παρατηρείται στην εφηβεία, είναι η αύξηση των σεξουαλικών ενορμήσεων, οι οποίες περνούν στη συνείδηση του ατόμου από το ασυνείδητο. Στην προσπάθεια, του ατόμου για να ελέγξει τις ενορμήσεις αυτές ενδέχεται να αντιδρά βίαια και συντηρητικά. (αποφυγή δραστηριοτήτων που θα έρθουν σε επαφή με κάποιο συνομήλικο). Οι διάφορες ψυχολογικές διαδικασίες, οι οποίες συντελούνται κατά την εφηβεία, είναι μεν φυσιολογικές, ωστόσο ενδέχεται να δημιουργήσουν ψυχολογικά προβλήματα με ρίζα την κατάθλιψη.

## **2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΝ ΕΦΗΒΟ ΣΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ**

Οι έφηβοι ακολουθούν επικίνδυνες συμπεριφορές κυρίως λόγω παραγόντων που επηρεάζουν και διαταράσσουν την ανάπτυξή τους, τη συμπεριφορά τους και τη συναισθηματική και διανοητική τους κατάσταση. Οι παράγοντες αυτοί διαχωρίζονται σε κοινωνικούς, ατομικούς, οικογενειακούς και βιολογικούς. (Γεωργούλας,2000).

Οι δυσμενείς οικογενειακές συνθήκες και το μη σταθερό οικογενειακό περιβάλλον συντελούν στην αυτοκαταστροφική και παραβατική συμπεριφορά των ανηλίκων. Η οικογένεια φέρει την ευθύνη για τις σκέψεις του παιδιού και για τη συμπεριφορά του, όταν χαρακτηρίζεται από προβλήματα στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και αμελεί τον έφηβο.

Οι περιπτώσεις των οικογενειών που συσχετίζονται με την επικίνδυνη συμπεριφορά των εφήβων είναι οι εξής :

1. Διαζύγιο γονέων
2. Εγκληματική συμπεριφορά γονέων
3. Μονογονεϊκή οικογένεια
4. Πολύτεκνες οικογένειες
5. Φυλακισμένοι γονείς
6. Ενδοοικογενειακή βία (Γεωργούλας,2000)

Αρχικά, το διαζύγιο ( ή λύση γάμου), θεωρούνταν υπαίτιο για κάθε επιθετική συμπεριφορά ενός ανηλίκου και στιγματίζε την οικογένεια , κυρίως τη γυναίκα. (Τζωρτζάκη,2005).

Συγκεκριμένα, το διαζύγιο είναι η λύση της συζυγικής ένωσης, ή ακύρωση ή/και αναδιοργάνωση των νομικών καθηκόντων και των ευθυνών του γάμου, διαλύοντας με αυτόν τον τρόπο τους δεσμούς του γάμου ανάμεσα σε ένα παντρεμένο ζευγάρι σύμφωνα με το εφαρμόσιμο δίκαιο της κάθε χώρας.

Ο γονιός επιδιώκει να πάρει με το μέρος του το παιδί και να επιβεβαιώσει τη συμπάθειά του. Η επιδίωξη αυτή δημιουργείται από αίσθημα οργής, θυμού,

εκδίκησης, μίσους του γονιού , τα οποία επηρεάζουν τον έφηβο. Η συναισθηματική αποδιοργάνωση, τα συμπεριφοριστικά προβλήματα και οι τάσεις επιθετικότητας και φυγής ενδέχεται να δημιουργήσουν διαταραχές συμπεριφοράς. (Τζωρτζάκη,2005).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας της επικίνδυνης συμπεριφοράς των ενηλίκων είναι η εγκληματικότητα των γονιών. Με βάση το νόμο της μίμησης που ανέπτυξε ο Tarde , οι έφηβοι ενδέχεται να επαναλάβουν τις πράξεις των γονιών τους ή των μεγαλύτερων αδερφών της οικογένειας , καθώς αποτελούν πολλές φορές πρότυπο προς μίμηση γι' αυτά. Επίσης, η μίμηση είναι εντονότερη όσο πιο συνδεδεμένοι είναι οι έφηβοι με την οικογένειά τους. (Γεωργούλας,2003). Τα παιδιά γνωρίζουν την επιθετικότητα μέσω άμεσων εμπειριών και την παρατήρησή τους.

Επιπλέον, οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι οποίες αποτελούνται από έναν γονέα ενδέχεται να δημιουργήσουν διαταραχές συμπεριφοράς ή διανοητικές και συναισθηματικές στον έφηβο. Στη χώρα μας, οι μονογονεϊκές οικογένειες αποτελούν περίπου το 3% του πληθυσμού.

Οι μονογονεϊκές οικογένειες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού και φτώχειας. Οι μονογονεϊκές οικογένειες αντιμετωπίζουν προβλήματα ανάλογα με το φύλο του γονιού. Για παράδειγμα, σε μια μονογονεϊκή οικογένεια στην οποία « αρχηγός είναι η μητέρα» συνήθως υπάρχει μειωμένη δυνατότητα ανεύρεσης ικανοποιητικής αμειβόμενης εργασίας, ενώ τα παιδιά τα οποία μεγαλώνουν σε μια μονογονεϊκή οικογένεια «με αρχηγό τον πατέρα», συνήθως δεν είναι συναισθηματικά πλήρη και υπάρχει παθογένεια όσον αφορά την ανάπτυξή τους. Ωστόσο, υπάρχουν και εξαιρέσεις. Παρόλα αυτά, ο γενικός κανόνας αφορά την αντίληψη ότι αυτού του είδους οι οικογένειες είναι αποκλίνουσες και παράγουν ψυχοπαθολογικά προβλήματα στους εφήβους. (Μουσούρου,1993).

Σε πολλές οικογένειες επίσης, γίνεται χρήση ενδοοικογενειακής βίας. Οι μορφές βίας, οι οποίες συναντώνται είναι η σωματική, η λεκτική, η συναισθηματική ή ψυχολογική. Κάθε μορφή βίας ασκεί αρνητικές επιδράσεις στην εξέλιξη των εφήβων και προσβάλλεται η ψυχική και σωματική τους υγεία. Συμπτώματα επιθετικής συμπεριφοράς, έλλειψη αυτοπεποίθησης, κατάθλιψη και μειωμένη

απόδοση στο σχολείο δηλώνουν την ύπαρξη βίας στην οικογένεια και τη βίωσή της ως μια οδυνηρή εμπειρία.

Όταν υπάρχει δυσχερή γονική επίβλεψη και οικονομικές δυσκολίες λόγω του αυξημένου μεγέθους της οικογένειας, τότε οι πολύτεκνες οικογένειες εμφανίζονται ως επίδραση για μειονεκτικές καταστάσεις που σχετίζονται με επικίνδυνες συμπεριφορές των εφήβων. (Παπαγεωργίου,1998).

Σε περιπτώσεις, στις οποίες ένας από τους δύο γονείς έχει υποπέσει σε ποινικό αδίκημα και εκτίει την ποινή του σε φυλακή, τα παιδιά αισθάνονται συνήθως σημαδεμένα και κοινωνικά απομονωμένα. Η κοινωνική τους θέση, επομένως, είναι δυσμενής. Η κατάσταση αυτής της οικογένειας δημιουργεί συχνά προβλήματα στα παιδιά, τα οποία ενδέχεται να οδηγηθούν σε διαταραχές. (Κάνιτζ,1981).

Σημαντικοί είναι και οι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι κληρονομούνται κυρίως από τους γονείς. Η “γενετική προίκα” δημιουργεί εν μέρει την προσωπικότητά του, η οποία τον καθιστά επιρρεπή στην εκδήλωση αυτοκτονίας και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών. Γενετικές ανωμαλίες ή οργανικές δυσλειτουργίες ενδέχεται να παρέμβουν στην διανοητική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.

Είναι παραδεκτό, ότι ατομικοί παράγοντες, (όπως είναι η ψυχική υγεία, το φύλο, η συμπεριφορά, η φυσιογνωμία), επηρεάζουν τον έφηβο. Αρχικά, η ανατροφή των ανηλίκων αγοριών διαφέρει από αυτή των κοριτσιών. Τα ανήλικα αγόρια συνήθως υποδύονται ρόλους κοινωνικής αναπαράστασης στους οποίους η βία είναι επιτρεπτή, ενώ τα κορίτσια υιοθετούν ρόλους οριοθέτησης και έλλειψης βίας. Ωστόσο, σύμφωνα με το φεμινιστικό κίνημα, η ταυτότητα του βίαιου ατόμου έχει διαφοροποιηθεί. Η γυναικεία εγκληματικότητα διαφοροποιείται καθώς ο ρόλος και η θέση της γυναίκας μεταβάλλονται στην κοινωνία. (Μπεζέ,1991).

Είναι γεγονός ότι η κοινωνία στο σύνολο της πιστεύει ότι ένας ψυχικά άρρωστος ανήλικος μπορεί να διαπράξει μελλοντικά κάποια παραβατική πράξη. Σύμφωνα με μελέτες του Healy για τους προπαραβατικούς ανηλίκους, δημιουργήθηκε η εντύπωση πως ο ψυχικά ασθενής δεν αντιμετωπίζεται ως προπαραβατική οντότητα εκσυστάσεως, αλλά υφίσταται μια δυναμική διαδικασία υιοθέτησης παραβατικού ρόλου λόγω ψυχικών ανωμαλιών που εκτυλίσσονται κατά την

διάρκεια της ζωής του ατόμου, και ιδιαίτερα μέσα από τις συγκρούσεις στο οικογενειακό περιβάλλον.

Η κοινωνία έχει την αντίληψη ότι το σχολείο με τη σωστή εκπαίδευση πλάθει τον σωστό άνθρωπο, ενώ ο ανεκπαιδευτος άνθρωπος τείνει προς τις παραβατικές συμπεριφορές.(Φαρσεδάκης,1985).Το σχολείο δεν μεταδίδει μόνο γραμματικές γνώσεις αλλά καλλιεργεί τον χαρακτήρα του ατόμου και συμβάλει στην πειθαρχία και στην υιοθέτηση των σωστών κανόνων συμπεριφοράς. Το παιδί μαθαίνει δηλαδή να προσαρμόζεται στο κοινωνικό περιβάλλον.(Μπεζέ,1991).Ο

ανεκπαιδευτος ανήλικος έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να υιοθετήσει αντικοινωνικές ιδέες, καθώς δεν έχει ανασταλτικούς φραγμούς οι οποίοι δημιουργούνται κάτω από την επίδραση της γνώσης.( Σταθόπουλος,1999) .

Ωστόσο, μελέτες που φτιάχνουν μια θετική εικόνα για το σχολείο και μια αρνητική συσχέτιση με την εγκληματικότητα, έχουν καταρριφθεί ερευνητικά καθώς το σχολείο και η παιδεία είναι μέσα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε σωστά είτε λανθασμένα. (Γεωργούλας,2000).

Το σχολικό περιβάλλον, είναι χώρος ο οποίος ωθεί τα παιδιά και τους εφήβους να συγκροτήσουν ομάδες με συνομηλίκους όσο και αν ποικίλουν οι προσωπικότητες τους και αυτό τους δημιουργεί ασφάλεια και την αίσθηση ότι ανήκουν κάπου.

(Burt,1989). Έχει διαπιστωθεί ότι η διαμόρφωση της παιδικής παραπτωματικότητας επηρεάζεται άμεσα από το συναισθηματικό κλίμα που επικρατεί στην ομάδα των συνομηλίκων. Η διαδικασία της μίμησης και η ευάλωτη ηλικία των παιδιών και των εφήβων είναι καθοριστικοί παράγοντες στην υιοθέτηση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς που προβάλλεται .Για παράδειγμα μια νεανική συμμορία μπορεί να προβεί σε στάσεις επιθετικότητας και να διαμορφώνει αντικοινωνικά την νοοτροπία ανυπακοής και εχθρότητας. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι οι ομάδες είναι ο μόνος παράγοντας που ωθεί έναν έφηβο στην υιοθέτηση επικίνδυνης συμπεριφοράς.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

### **3.1 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

Οι παράγοντες που προκαλούν την αυτοκτονία είναι αρκετοί. Ωστόσο, ένα κοινό χαρακτηριστικό των ατόμων που πραγματοποιούν απόπειρα είναι η εκδήλωση κάποιας ψυχολογικής ασθένειας. Η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, ο συναισθηματικός πόνος και το στρες για κάποιο τραυματικό γεγονός όπως η απώλεια και ο αποχωρισμός ενός αγαπημένου προσώπου, είναι οι συνηθέστεροι παράγοντες της απόπειρας αυτοκτονίας.

Ακόμα, σοβαρός σωματικός πόνος και τραυματισμός του ατόμου όπως παράλυση, κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων, σε συνδυασμό με ένα αρνητικό περιβάλλον ενδέχεται να δημιουργήσουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Η κακοποίηση (σωματική, ψυχολογική), η φτώχεια, η οικονομική ζημία, η έλλειψη στέγης και οι διακρίσεις εντάσσονται στους παράγοντες αυτοκτονίας. Επιπροσθέτως, είναι φανερή η αυτοκτονία και ως αίτιο τιμωρίας, κυρίως σε περιπτώσεις ερωτικής απογοήτευσης, καθώς και ως αυτοθυσία το κοινωνικό σύνολο.

### **3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

Στους παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα για αυτοκτονία, περιλαμβάνονται η κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων, η γενετική προδιάθεση, οι ψυχιατρικές διαταραχές, οι πολιτιστικές, οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις. (Saunders, O'Connor, 2012).

Συχνά παρατηρούνται προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας. Το ιστορικό αυτοκτονίας στην οικογένεια ή κατοχή όπλου αυξάνουν την πιθανότητα για αυτοκτονία. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι οι βετεράνοι πολέμου διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να τελέσουν αυτοκτονία, και αυτό οφείλεται εν μέρει στα υψηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών και προβλημάτων σωματικής υγείας που συνδέονται με τον πόλεμο. (Rozanov, Carli, 2012).

### **3.3 ΤΥΠΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ**

Ανάλογα με τα κίνητρά της, η αυτοκτονία διακρίνεται σε αλτρουιστική (επιβίωση ενός ή περισσότερων άλλων ατόμων), σε εγωιστική (το άτομο αυτοκτονεί λόγω εκδικητικών, αυτοκαταστροφικών ή ατομικών παραγόντων), κοινωνική ή προσωπική αυτοκτονία.

Αρχικά, ο συνηθέστερος τύπος αυτοκτονίας είναι ο ατομικός. Το άτομο αποφασίζει να βάλει τέλος στη ζωή του και το πραγματοποιεί. Ένα άλλο είδος αυτοκτονίας είναι η ομαδική αυτοκτονία, όταν αυτοκτονούν πάνω από δύο άτομα. Ομαδική αυτοκτονία συναντάται κυρίως σε ομάδες πιστών προς μια θρησκεία ή σε περιπτώσεις ψυχολογικής πίεσης.

Άλλη μορφή αυτοκτονίας είναι η ευθανασία και η επιβοηθούμενη αυτοκτονία, η οποία συμβαίνει νόμιμα στην Ελβετία. Η διπλή μορφή αυτοκτονίας αφορά κυρίως ζευγάρια που αποφασίζουν να πεθάνουν μαζί, ενώ η δολοφονία αυτοκτονία είναι η περίπτωση όπου κάποιος λίγο πριν ή ταυτόχρονα με την αυτοκτονία του δολοφονεί κάποιον ή κάποιους άλλους. Ένας άλλος τύπος αυτοκτονίας είναι η επίθεση αυτοκτονίας, έχοντας πολιτικό ή στρατιωτικό λόγο για να τελέσει την πράξη.

### **3.4 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

Τα περισσότερα σημαντικά θέματα περιτριγυρίζονται από μύθους και αλήθειες, έτσι και η αυτοκτονία. Στην πραγματικότητα, είναι απόψεις που εμποδίζουν να καταλάβουμε αν υπάρχει κίνδυνος. Μερικοί από αυτούς τους μύθους είναι οι εξής:

«Οι άνθρωποι που λένε ότι θα αυτοκτονήσουν δεν πρόκειται να το κάνουν».

Στην πραγματικότητα θέλουν να τραβήξουν την προσοχή μας. Πρ' όλα αυτά τους ανθρώπους αυτούς πρέπει να τους λαμβάνουμε σοβαρά υπόψη μας, διότι υπάρχει πιθανότητα να το επιχειρήσουν και να τραυματιστούν θανάσιμα.

« Μιλώντας σε κάποιον για την αυτοκτονία του δίνουμε την ιδέα να αυτοκτονήσει».

Σε αυτήν την περίπτωση όχι μόνο δεν ωθείται στην αυτοκτονία αλλά του δίνουμε τη δυνατότητα να μιλήσει για τις αυτοκαταστροφικές ιδέες που ενδεχομένως να έχει.

«Η αυτοκτονία δεν αφορά τους περισσότερους από εμάς, σπάνια συμβαίνει σε ανθρώπους που είναι περίεργοι».

Η αλήθεια είναι ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συχνό φαινόμενο. Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι, έχουν σκεφτεί έστω και μια φορά να αυτοκτονήσουν.

«Όποιος θέλει να αυτοκτονήσει είναι τρελός».

Οι περισσότεροι που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν πάσχουν από κάποιο είδος διαταραχής. Συνήθως πάσχουν από κατάθλιψη. Αυτό δε σημαίνει ότι όλοι οι καταθλιπτικοί επιχειρούν να αυτοκτονήσουν.

«Οι άνθρωποι που αυτοκτονούν το έχουν αποφασίσει από καιρό».

Οι άνθρωποι που αυτοκτονούν το σκέφτονται αρκετό καιρό, ωστόσο στην εφηβεία είναι συνήθως παρορμητικό.

«Οι άνθρωποι που αυτοκτονούν θέλουν πραγματικά να πεθάνουν».

Συνήθως βρίσκονται σε αδιέξοδο διότι έχουν μεταβαλλόμενα συναισθήματα για τη ζωή και το θάνατο.

«Τα παιδιά δεν αυτοκτονούν».

Η συχνότητα της αυτοκτονίας ποικίλει ανάλογα με το φύλο και όχι τόσο με την ηλικία. (Κλίμακα, 2013).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

### **4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

Στο κεφάλαιο αυτό, θα συζητηθούν οι παράγοντες αυτοκτονίας των εφήβων. Είναι λοιπόν σημαντικό, να εξεταστούν οι διάφορες ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας αυτής της ηλικίας, οι κρίσεις και οι διαταραχές συμπεριφοράς και ο τρόπος συσχέτισής τους με την αυτοκτονία. Οι παράγοντες της αυτοκτονικότητας των εφήβων ενδέχεται να προέρχονται από το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του ή τον περίγυρό του.

Αρχικά, παράγοντες οι οποίοι προέρχονται από το ίδιο το άτομο, είναι η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών, με πιο συχνή την εμφάνιση κατάθλιψης. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που εμπλέκονται είναι προβλήματα προσωπικότητας, σχιζοφρενική διαταραχή και προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας. Η ύπαρξη σωματικής ασθένειας, η χρήση ουσιών, οι δυσκολίες στην επίδοση στο σχολείο ή στα αθλήματα, δημιουργούν αισθήματα αδιεξόδου, θλίψης, μελαγχολίας, και απόγνωσης, τα οποία ενδεχομένως να οδηγήσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας. (Παπαρίζος, 2000).

Αρκετοί παράγοντες της αυτοκτονικότητας των εφήβων, ωστόσο, συνδέονται και με την οικογένειά τους. Οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η ανεργία, η απώλεια ενός γονέα λόγω θανάτου, αποχωρισμού ή διαζυγίου οδηγούν στην αποδιοργάνωση, στην έλλειψη οικογενειακής θαλπωρής και σταθερότητας. Η κακοποίηση του εφήβου από κάποιο μέλος της οικογένειας, η παραμέληση και η εχθρική απορριπτική στάση απέναντι στο νεαρό άτομο ενδέχεται να συμβάλλει στην απόπειρα αυτοκτονίας. Ακόμα, η ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου στους γονείς (κατάθλιψη) και η χρήση ουσιών και αλκοόλ, καθώς και το ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοκτονικού επεισοδίου στην οικογένεια αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας του εφήβου.

Παρατηρείται, επίσης, αρκετά συχνά η έννοια της χειριστικής απόπειρας των εφήβων, η οποία είναι αρκετά επικίνδυνη, καθώς τείνει να ανταλλάξει τη ζωή ενός εφήβου, στα πλαίσια εκβιασμού ή για να αποκτηθεί συγχώρηση ή προσοχή.

Παράγοντες αυτοκτονίας προέρχονται επίσης από τον περίγυρο των εφήβων και τις σχέσεις που αναπτύσσουν. Για παράδειγμα, απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, συγκρούσεις και αποχωρισμοί από κοντινά τους πρόσωπα αλλά και απόρριψη από αυτά ενδέχεται να δημιουργήσουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι ο ακραίος περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας καθώς και η πίεση που ασκείται από τον κοντινό περίγυρο των εφήβων τους δημιουργεί αισθήματα αδιεξόδου και αγανάκτησης που εκφράζονται με την αυτοκτονία. Τέλος, παράγοντες αυτοκτονικού ιδεασμού ενδέχεται να είναι η μετανάστευση, η αλλαγή περιβάλλοντος, προβλήματα με τον νόμο, ο εκφοβισμός από συνομηλίκους, οι αρνητικές επιδόσεις στο σχολείο, η περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή μιας σοβαρής ασθένειας .

#### ***4.2 ΕΙΔΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ***

Σύμφωνα με τον οδηγό πρόληψης της αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων, (Κλίμακα,2013), οι έφηβοι μπορούν να βρουν διάφορες εναλλακτικές μεθόδους για να αυτοκτονήσουν. Εξαρτάται όμως από το πόσο εύκολα έχουν πρόσβαση σε αυτή τη μέθοδο.

Έτσι λοιπόν οι έφηβοι, μπορούν να αυτοκτονήσουν με την χρήση πυροβόλων όπλων, εκρηκτικών, με υπερβολική δόση φαρμάκων και φυτοφαρμάκων , με την πτώση από υψόμετρο, με απαγχονισμό και την αυτοχειρία.

#### ***4.3 ΠΡΟΜΗΝΥΜΑΤΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ***

Τα προμηνύματα αυτοκτονίας των εφήβων, οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και οι διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες, είναι αρκετά σημαντικοί για να μελετηθούν.

Αρχικά, οι απόπειρες αυτοκτονίας, δημιουργούνται συχνά στο πλαίσιο ψυχιατρικών διαταραχών και κατάθλιψης. Ένας έφηβος θα προβεί σε απόπειρα

αυτοκτονίας εάν έχει κάνει προηγούμενες απόπειρες ή έχει αυτοκτονικό ιδεασμό. Συγκεκριμένα, προβλήματα συμπεριφοράς, όπως εθισμός σε ουσίες, ή επιθετική και βίαιη συμπεριφορά αποτελούν προμηνύματα αυτοκτονίας των εφήβων. Επιπρόσθετα, η απομάκρυνση από το περιβάλλον τους, η αποτυχία σε διαπροσωπικές σχέσεις, η απώλεια κοντινών προσώπων, το διαζύγιο γονέων, η σχολική αποτυχία, δημιουργούν συναισθηματικά προβλήματα. Τα συναισθηματικά αυτά προβλήματα, οδηγούν σε αγχώδεις διαταραχές, μοναξιά, αδιέξοδο, θυμό, αγανάκτηση, κατάθλιψη, ψυχωτικές καταστάσεις και αποτελούν κρίσιμα σημεία αυτοκτονικού ιδεασμού.

#### ***4.4 ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΕΠΙΡΡΕΠΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ***

Οι έφηβοι λόγω του νεαρού της ηλικίας τους και των έντονων συναισθηματικών διακυμάνσεων που έχουν, συχνά νιώθουν ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο. Οι μεταβολές στη διάθεσή τους, η κατάθλιψη και το αίσθημα μελαγχολίας, τους οδηγεί στην εκδήλωση ακραίων πράξεων.

Η αδυναμία και η έλλειψη επικοινωνίας με το οικογενειακό και υποστηρικτικό περιβάλλον εντείνει την αιτία μιας απόπειρας. Οι έφηβοι έχουν ανάγκη να αισθάνονται ότι η σύγχυσή τους γίνεται αντιληπτή και ότι ο περίγυρός τους δρα υποστηρικτικά απέναντί τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 :ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

### **5.1 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

Η ήρεμη εφηβεία χωρίς εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα, δεν ωθεί τον έφηβο στην αυτοκτονία. Σ' αυτό σημαντικό ρόλο έχει η οικογένεια η οποία δίνει τις σωστές βάσεις για την συμπεριφορά του εφήβου από την παιδική ηλικία .

Σύμφωνα με τον (Αναστασιάδη,1993), για να θεραπεύσουμε με επιτυχία έναν προβληματικό έφηβο, πρέπει πρώτα να εξετάσουμε την οικογένεια του, διότι συχνά τα συμπτώματα των προβλημάτων του εφήβου ξεκινούν από την οικογένεια. Αν δεν αντιμετωπιστούν αρχικά τα προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον, δε θα έχει αποτέλεσμα η θεραπεία του εφήβου.

Άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό, δείχνουν της προθέσεις τους συχνά σε κοντινά τους άτομα . Κάποιες φορές τα μηνύματα που μας στέλνουν αυτά τα άτομα είναι προφανή από διάφορα σημεία όπως η κατάθλιψη, αλλά υπάρχουν και οι περιπτώσεις που δεν εμφανίζουν αυτοκτονική συμπεριφορά.

Συνήθως η αντιμετώπιση ξεκινάει αφού έχει προηγηθεί απόπειρα αυτοκτονίας, για να μεταβεί το άτομο ομαλά στην κοινωνία χωρίς αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Διακρίνονται 3 στάδια θεραπείας του αυτοκτονικού ιδεασμού.

#### **1. Πρωτογενής**

Είναι το στάδιο της προ-αυτοκτονικής φάσης. Σε αυτό το στάδιο παρουσιάζονται αλλαγές στην προσωπικότητα , την συμπεριφορά και της σχέσεις που έχει ο έφηβος με τον περίγυρο του. Η ευερεθιστικότητα, η υπερευαισθησία, η σεξουαλική αγωνία είναι συμπτώματα που εκδηλώνουν κατάθλιψη μαζί με διαταραχές συμπεριφοράς όπως φυγή, κατάχρηση ουσιών, τάσεις για ατυχήματα και αντικοινωνικές δραστηριότητες, είναι κάποιες από αυτές. Βασικό ρόλο στην αναγνώριση αυτών των προβλημάτων συμπεριφοράς έχει ο οικογενειακός γιατρός και η εκπαιδευτικός του εφήβου. Όταν αναγνωριστούν όλα τα συμπτώματα πρέπει να πραγματοποιηθεί συνάντηση του εφήβου με έναν ψυχίατρο, ο οποίος θα αξιολογήσει την κατάσταση.

Σε περίπτωση που ο έφηβος δεν αναφέρει τις ιδέες της αυτοκτονίας, ο ειδικός μπορεί να τον ρωτήσει άμεσα για τις σκέψεις περί αυτοκτονίας χωρίς να του δημιουργήσει αυτοκτονικό ιδεασμό αλλά κατανόηση για το

ψυχολογικό του αδιέξοδο. Σημαντικό είναι να διερευνήσουμε κατά πόσο ο έφηβος μπορεί να χρησιμοποιήσει της οικογενειακές και κοινωνικές παροχές που υπάρχουν διαθέσιμες. Παρόλα αυτά αρκετά λάθη γίνονται κατά την πρόβλεψη κινδύνου διότι συνήθως είναι απρόβλεπτη η αυτοκτονική συμπεριφορά. Η θεραπευτική προσέγγιση μοιάζει με αυτή που χρησιμοποιούν για την πρόληψη των υποτροπών.

## **2. Δευτερογενής – παρέμβαση**

Είναι το στάδιο των θεραπευτικών μέτρων μετά από την απόπειρα αυτοκτονίας. Σε αυτό το στάδιο ο έφηβος, μπορεί να νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό περιβάλλον και να βρίσκεται μακριά από το περιβάλλον που του δημιούργησε τον αυτοκτονικό ιδεασμό και να αρχίσει την προετοιμασία του θεραπευτικού σχεδίου. Με την εισαγωγή του εφήβου στο νοσοκομείο υπάρχουν και αρνητικά στοιχεία διότι αυξάνει την κοινωνική απροσαρμοστία και επικυρώνει τον παθολογικό χαρακτηρισμό. Επίσης, ο έφηβος μπορεί να δεθεί με το προστατευτικό περιβάλλον που του παρέχουν με αποτέλεσμα να μην θέλει να το αποχωριστεί στο τέλος της θεραπείας εκδηλώνοντας τάσεις αυτοκτονίας για ακόμα μια φορά. Παρ' όλα αυτά πολλοί ασθενείς μπορούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή χωρίς να υπάρξει εισαγωγή στην κλινική. Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία υπάρχει σε περίπτωση άμεσου κινδύνου υποτροπής.

Είναι σημαντικό, ο θεραπευτής να μην έρθει σε επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου, πριν ολοκληρωθεί η συνεδρία μαζί του, καθώς αρκετές φορές ενδέχεται να είναι διαταραγμένο και να επηρεάσει αρνητικά το αποτέλεσμα της θεραπείας.

## **3. Τριτογενής**

Η τριτογενής αντιμετώπιση, αφορά όλα τα μέτρα, τα οποία προορίζονται για να αποφευχθούν οι υποτροπές. (Chabrol,1987).

Η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών, η αντικοινωνική συμπεριφορά, ο αλκοολισμός δημιουργούν γόνιμο περιβάλλον για την υποτροπή. Μόνο η τροποποίηση του περιβάλλοντος είναι αποτελεσματική για την μείωση των υποτροπών. Σε περίπτωση απουσίας της, η προσπάθεια για ατομική



ψυχοθεραπεία του εφήβου είναι μάταιη. Η αποτελεσματική και θετική αλληλεπίδραση της οικογένειας είναι ο σκοπός της παρέμβασης.

Ωστόσο η θεραπευτική αγωγή καθορίζεται και από την διόρθωση ατομικών παραγόντων. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπείες, των οποίων ο συνδυασμός είναι εφικτός και συχνά επιθυμητός.

Η χορήγηση αντί-καταθλιπτικών και αντί -αγχολυτικών για την θεραπεία του άγχους, και νευροληπτικών για την θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι τα συχνότερα φάρμακα που χορηγούνται. Παρ' όλα αυτά, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται μέσα από ένα ευρύτερο θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο συνδυάζει και την εφαρμογή ψυχοθεραπείας.

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, ποικίλουν. Μια θετική σχέση ανάμεσα στον θεραπευόμενο και τον θεραπευτή είναι η προκαταρκτική αρχή. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπείας είναι η θελημένη συμμετοχή του εφήβου σ' αυτή. Είναι απαραίτητο να καθορίσουν μαζί με τον έφηβο στόχους, τους οποίους να μπορεί να αξιολογήσει. Με αυτόν τον τρόπο ελαττώνεται η αντίσταση και η θεραπεία οργανώνεται.

Οι ψυχοθεραπείες οι οποίες στηρίζονται στην συμπεριφορά, επιτρέπουν την εφαρμογή μιας θεραπείας η οποία προσαρμόζεται σε κάθε περίπτωση. Σύμφωνα με το βιβλίο του (Chabrol,1984), ο Eisenberg παραθέτει ότι η νοητική και συμπεριφοριστική προσέγγιση διαθέτει αιτιολογικές θεραπείες, ανεξάρτητα από τα αν αντιλαμβανόμαστε την αυτοκτονία σφαιρικά, σαν "έλλειμμα της κοινωνικής συνάφειας".

Ο θεραπευτής έχει ως στόχο να αντιληφθεί τον τρόπο με τον οποίο ο εξυπηρετούμενος δομεί τον κόσμο μέσα του και πώς αυτό σχετίζεται με τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα του. Ο λανθασμένος τρόπος σκέψης του εξυπηρετούμενου, καθιστά την αρχή της παρέμβασης. Η κατευθυντική δράση του θεραπευτή είναι ανάλογη με τις δυνατότητες του εφήβου. Είναι εξίσου σημαντικός ο τρόπος σκέψης και συμπεριφοράς του πελάτη, έξω από την συνεδρία.

Η τριτογενής αντιμετώπιση στηρίζεται επίσης σε αναλυτικές ψυχοθεραπείες. Σύμφωνα με τον (Chabrol,1984), αντίθετα από τις στηριζόμενες στη συμπεριφορά ψυχοθεραπείες, όπου προέχουν οι μέθοδοι εκμάθησης, στις δυναμικές ψυχοθεραπείες, η προσωπικότητα του θεραπευτή, αποτελεί το βασικό όργανο της αγωγής. Ο θεραπευτής γρήγορα θα έρθει αντιμέτωπος, τόσο με θετικές, όσο και με αρνητικές έντονες μεταβιβαστικές αντιδράσεις των οποίων θα πρέπει αμέσως να προβλέψει της ολέθριες συνέπειες και να οργανώσει την τεχνική ώστε να τις ελέγξει.

Οι αναλυτικές ψυχοθεραπείες επεξεργάζονται ασυνειδήτους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη φύση της θεραπευτικής σχέσης, η οποία στηρίζεται στην αμοιβαία συνεργασία.

## **5.2 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

Το ποσοστό των εφήβων που έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονία είναι αρκετά μεγάλο και ανησυχητικό. Η πρόληψη του φαινομένου και η αντιμετώπισή του είναι απαραίτητη, ενώ ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας, των ειδικών, και του περίγυρου του εφήβου που έχει αυτοκτονικό ιδεασμό είναι σημαντικός. (Παπαγεωργίου,1998).

Η συναισθηματική και η πρακτική υποστήριξη δύναται να καταστεί χρήσιμη για άτομα νεαρής ηλικίας που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν. Ωστόσο, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας είναι μια δύσκολη και επίπονη υπόθεση. Η οικογένεια, ως το άμεσο περιβάλλον του εφήβου οφείλει να γνωρίζει τρόπους υποστήριξης και κατανόησης του εφήβου.

### **5.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η κατάθλιψη ενδέχεται να θεραπευτούν. Ο έφηβος, ο οποίος πάσχει από τις καταστάσεις αυτές, οφείλει να έχει την υποστήριξη της οικογένειάς του. Οι γονείς, πρέπει να είναι ενήμεροι από κάποιον επαγγελματία υγείας για διάφορα σημάδια που μπορεί να φανερώνουν ότι ο έφηβος επιθυμεί να αυτοκτονήσει, όπως είναι μείωση του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και χόμπι που του δημιουργούν χαρά, βίαιες και αντιδραστικές συμπεριφορές, απώλεια όρεξης, μεταβολές στη συμπεριφορά.

Είναι σημαντικό, η οικογένεια να προσέξει αν ο έφηβος δηλώσει ότι δε βρίσκει κάποιο λόγο να ζει ή ότι θέλει να σκοτώσει τον εαυτό του. Ακόμα, είναι βοηθητικό για τον έφηβο να ερωτηθεί για τα συναισθήματά του, αν νιώθει κατάθλιψη ή απώλεια ενδιαφέροντος για τις καθημερινές του συνήθειες. Αν οι γονείς παρατηρήσουν, κάποια από τα παραπάνω ανησυχητικά σημάδια, οφείλουν να ενημερώσουν ειδικούς υγείας και να συνεργαστούν από κοινού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του εφήβου.

### **5.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

Είναι φανερό, ότι στη σημερινή εποχή, ο ρόλος του σχολείου στηρίζεται στη λήψη γνώσεων και στην προετοιμασία του εφήβου για τις

πανελλήνιες εξετάσεις. Η λήψη παιδείας, η καλλιέργεια ιδεών και κριτικής σκέψης είναι απύσες στα περισσότερα σχολεία.

Ο συναισθηματικός κόσμος των εφήβων είναι ευάλωτος και η πίεση του σχολείου για καλύτερη βαθμολογία δυσχεραίνουν τη ψυχολογική του κατάσταση. Ένας, αυτοκαταστροφικός έφηβος, ενδεχομένως, να εκφράσει το αδιέξοδο που αισθάνεται με απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονική πράξη.

Οι καθηγητές και οι επαγγελματίες υγείας που υπάρχουν στα σχολεία, οφείλουν να βοηθούν τον αυτοκαταστροφικό έφηβο, να του παρέχουν ενδυνάμωση, κατανόηση και ασφάλεια. Επιπλέον, είναι σημαντικό να υπάρχει επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου και να πραγματοποιείται συνεργασία για τη ψυχική και τη νοητική του ισορροπία.

### **5.2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε.**

Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. στην κοινωνία είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η ενημέρωση, η προβολή προτύπων, η ψυχαγωγία, η γνωστοποίηση γεγονότων και η διαμόρφωση τάσεων και αντιλήψεων, δημιουργούνται από τα Μ.Μ.Ε. Θα ήταν εύλογο, λοιπόν, τα Μ.Μ.Ε. να ασχολούνται με ζητήματα που αφορούν την κοινωνία στο σύνολό της, όπως είναι η αυτοκτονικότητα των εφήβων.

Η αντικειμενική ενημέρωση και η αποτύπωση της πραγματικότητας στην πραγματική της διάσταση, θα έδινε τη δυνατότητα για να διαμορφωθεί μια αντικειμενική άποψη για την αυτοκτονικότητα και να ευαισθητοποιηθεί η κοινωνία. Ένας άλλος τρόπος, με τον οποίο τα Μ.Μ.Ε. θα συντελούσαν στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για το θέμα αυτό, θα ήταν η προβολή ποιοτικών προγραμμάτων, η οποία θα στοχεύει στη διεύρυνση των πνευματικών οριζόντων, στην ενίσχυση της σκέψης και της καλλιέργειας της κρίσης για την αυτοκτονικότητα των εφήβων. Επιπρόσθετα, η προβολή προτύπων και η ενημέρωση από ειδικούς υγείας στα Μ.Μ.Ε., θα συνέθεταν μια σφαιρική ενημέρωση, τη δυνατότητα αντίληψης της πραγματικότητας και την ευχέρεια ορθής επιλογής αποφάσεων.

### **5.3 ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ψυχοθεραπεία με έναν αυτοκτονικό ασθενή είναι σημαντικά δύσκολη και μεγάλη ευθύνη για το θεράποντα. Συναισθήματα, όπως φόβος, απελπισία, ενοχή, έρχονται στην επιφάνεια και απαιτείται ιδιαίτερα λεπτός χειρισμός των εξυπηρετούμενων.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη προσέγγιση, αλλά ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας, φαρμακευτικής αγωγής και ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση, ωστόσο, και η ευπάθεια, αρκετές φορές εξουθενώνουν τους θεραπευτές καθώς δεν είναι άνοσοι στα προβλήματα των εξυπηρετούμενων.

Οι θεραπευτές οφείλουν να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις που δημιουργούνται και να αντιμετωπίσουν με διαφοροποίηση την κάθε κατάσταση.

### **5.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΟ – ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ**

Η Παιδοψυχολογία είναι ο κλάδος της Ψυχολογίας που επικεντρώνεται στο νου και τη συμπεριφορά των παιδιών, από την προγεννητική ανάπτυξη έως και την εφηβεία. Συγκεκριμένα, ο κλάδος της Παιδοψυχολογίας ερευνά την νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Κάποια από τα σημαντικότερα θέματα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον σε αυτόν τον κλάδο περιλαμβάνουν την γενετική, την ανάπτυξη της γλώσσας, την προσωπικότητα, τους ρόλους των φύλων, τη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη. (Black/Prokasy,1972).

Ο ρόλος του Παιδοψυχολόγου είναι διττός καθώς εστιάζεται στην ομαλή ανάπτυξη του παιδιού αλλά και την ενδεχόμενη ψυχοπαθολογία του.

Η επιστήμη της Παιδοψυχολογίας περιλαμβάνει τον κλάδο της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας, ο οποίος μελετά την ανάπτυξη του ατόμου από τη στιγμή της σύλληψής του έως και την εφηβική ηλικία.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας ενός ατόμου, η συνεργασία με έναν ψυχολόγο θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα. Ο ψυχολόγος, σε συνεργασία με τους γονείς και με το ίδιο το παιδί, μπορεί να αξιολογήσει το επίπεδο σκέψης και συναισθημάτων του παιδιού και να ενισχύσει τον προσανατολισμό του. Σε περιπτώσεις αυτοκτονικού ιδεασμού, υπάρχει η ανάγκη υποστήριξης, παρέμβασης και διαχείρισης συναισθημάτων. Ωστόσο, όταν ο έφηβος έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, καθίσταται η ανάγκη συνεργασίας και παραπομπής σε υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

(Παπαιωάνου,1998).

### **5.3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Σύμφωνα με την Διεθνή Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών IFSW (International Federation of Social Workers) και τη Διεθνή Ένωση των

Σχολών Κοινωνικής Εργασίας IASSW (International Association of Schools of Social Work), τον Ιούλιο του 2014, η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή, την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους.

Ο ρόλος, λοιπόν, του Κοινωνικού Λειτουργού αποκτά σημασία και στα τρία είδη περίθαλψης. (Πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια). Επιπλέον, μεριμνά για τη ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειάς του και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αφορούν την κοινωνία γενικά.

Επιπρόσθετα, μελετά την κατάσταση μέσω της λήψης οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού. Με βάση τα προβλήματα που προκύπτουν, δημιουργεί στόχους και σκοπούς. Εφόσον, ο εξυπηρετούμενος, βρίσκεται σε αδιέξοδο, ο Κοινωνικός Λειτουργός, επιστρατεύει τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητας του για την ενθάρρυνση της αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Η θεραπεία αφορά τη ψυχική ισορροπία του ατόμου και την προσαρμογή του στην κοινωνία. Επίσης, αφορά την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο έφηβος και η οικογένειά του. Ο Κοινωνικός Λειτουργός, οφείλει να κατανοήσει τη δομή της προσωπικότητας του ατόμου και να δημιουργήσει μια θεραπεία που θα βασίζεται στα ατομικά χαρακτηριστικά του.

Τέλος, είναι σημαντικό ο Κοινωνικός Λειτουργός, να αποκτήσει δυναμική διάγνωση και εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου και να κατανοήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες. (Παπαιωάνου, 1998).

### 5.3.3 ΓΡΑΜΜΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ-ΦΟΡΕΙΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

Στην Ελλάδα υπάρχει μία Γραμμή Παρέμβασης για την αυτοκτονία η οποία λειτουργεί από το 2007, από την Μη Κυβερνητική Οργάνωση (Μ.Κ.Ο.) ΚΛΙΜΑΚΑ με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ο αριθμός επικοινωνίας είναι το **1018**.

Λειτουργεί επτά φορές την εβδομάδα όλο το εικοσιτετράωρο. Οι κλήσεις είναι ανώνυμες και οι γραμμές στελεχώνονται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.

**Στην γραμμή απευθύνονται άτομα που :**

1. Σκέφτονται να αυτοκτονήσουν
2. Έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν
3. Εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
4. Έχουν χάσει κάποιον δικό τους άνθρωπο από αυτοκτονία
5. Άτομα που ανησυχούν για κάποιον δικό τους
6. Επίσης μπορούν να καλέσουν όσοι θέλουν να ενημερωθούν για την αυτοκτονία.

Στόχος της γραμμής είναι η διαχείριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς έτσι ώστε να μειωθεί τελείως ο κίνδυνος αυτοκτονίας και η ψυχιατρική και ψυχολογική στήριξη σε αυτόν που καλεί και την οικογένεια του.

Άλλες γενικές γραμμές στήριξης για εφήβους είναι:



1. Το Χαμόγελο του Παιδιού Τηλέφωνο: 210 33 06 170-71-72-73-74-75-76-77-78-79

Γραμμή SOS 1056

2. Συνήγορος του Παιδιού Τηλέφωνο: 210 72 89 703

3. Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου. Γραμμή

υποστήριξης 801 801 11 77

(<http://www.encephalos.gr/48-4-04g.htm>)

***EPEYNA***

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### ***6.1 ΕΙΛΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε ήταν ποσοτική, δειγματοληπτική και περιγραφική. Αυτό προκύπτει από τα ερωτηματολόγια που δημιουργήσαμε,

καθώς ήταν κλειστού τύπου και μετρήσαμε τις απόψεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών. Η δειγματοληψία ήταν μη τυχαία, δειγματοληψία ευκολίας, διότι μπορούσε να συμπληρωθεί από κάθε εκπαιδευτικό που ήταν διαθέσιμος στα σχολεία. (Παπαγεωργίου).

Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Χρησιμοποιείται συνήθως ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. (Πανεπιστήμιο Κύπρου, Πανεπιστημιακό κέντρο ερευνών πεδίου).

### ***6.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ / ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ***

Η έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε για το δεύτερο μέρος της εργασίας μας, έχει σκοπό αρχικά, να εξεταστούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και των επαγγελματιών υγείας (Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί) για τον αυτοκτονικό ιδεασμό μεταξύ των μαθητών/τριών. Είναι σημαντικό, να καταδυθεί η άποψή τους αναφορικά με το ρόλο τους στην αντιμετώπιση του φαινομένου και να εξεταστεί η σύνδεση ανάμεσα στις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των εκπαιδευτικών και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζουν οι ίδιοι κατά τη διαχείριση σχετικών περιστατικών στη σχολική πραγματικότητα. Επιπροσθέτως, απαραίτητη είναι η διατύπωση προτάσεων, οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν κατά το σχεδιασμό σχετικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου.

### **6.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ**

Το αρχικό δείγμα της έρευνάς μας αποτελούταν από 400 ερωτηματολόγια για εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες υγείας (πίνακας 1), σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδος (Πάτρα, Αργίνο, Πύργος). Από αυτά τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τα 378 στα οποία το μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι γυναίκες από τους άντρες (πίνακας 2). Ο μέσος όρος ηλικίας υπολογίζεται στα 41-50 ετών (πίνακας 3) και οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (πίνακας 4). Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς ήταν κάτοχοι πτυχίου και είχαν μέσο όρο 16-20 και 26 και πάνω χρόνια εργασίας. Αυτή την χρονική περίοδο εργάζονται σε αστικό κέντρο.

### **6.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**

1. Στα άτομα τα οποία πήραν μέρος στην έρευνα χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο 30 ερωτήσεων στο οποίο περιγράφει στην αντίληψη και την ενημέρωση των εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας στο φαινόμενο του αυτοκτονικού ιδεασμού στην σχολική πραγματικότητα.

2. Η κλίμακα Likert σύμφωνα με την οποία οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες υγείας με διατύπωση βαθμού από το 1 έως το 5 (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ) αξιολογούν της αντιλήψεις και της εμπειρίες τους στο σχολικό περιβάλλον σχετικά με το θέμα της αυτοκτονικότητας των εφήβων.

## **6.5 ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνά μας, έγινε με τη μορφή ερωτηματολογίου. Χρησιμοποιούμε το ερωτηματολόγιο για να προσδιορίσουμε την κατηγορία των ατόμων που απευθύνεται η έρευνα. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήσαμε διανομή των ερωτηματολογίων σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας ( Πάτρα, Πύργος, Αργίριο). Τα ερωτηματολόγια απευθύνονται σε εκπαιδευτές και σε επαγγελματίες υγείας( Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί). Μετά από το διάστημα των δύο εβδομάδων, πραγματοποιήθηκε η περισυλλογή των ερωτηματολογίων και ελέγχθηκε η πληρότητα και η εγκυρότητα των συμπληρωμένων στοιχείων. Επιπλέον χρησιμοποιήσαμε βιβλιογραφικό υλικό για τη συλλογή και την ανάλυση δεδομένων.

Ο χρόνος της έρευνάς μας διήρκησε συνολικά τέσσερις μήνες. Κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα, συλλέξαμε το βιβλιογραφικό μας υλικό από βιβλιοθήκες και από το διαδίκτυο. Στο χρονικό διάστημα του δεύτερου και του τρίτου μήνα πραγματοποιήθηκε η προετοιμασία, η διανομή και η περισυλλογή των ερωτηματολογίων. Κατά τον τέταρτο και τελευταίο μήνα, αξιολογήσαμε και αναλύσαμε τα στοιχεία που είχαν συγκεντρωθεί από την έρευνα συνολικά.

## **6.6 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η βασική μέθοδος διενέργειας της έρευνάς μας έγινε δειγματοληπτικά με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους ερευνώμενους. (εκπαιδευτές, επαγγελματίες υγείας). Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, ο ερευνητής επισκέπτεται τους προς έρευνα εκπαιδευτές και επαγγελματίες για να τους παραδώσει τα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ερευνώμενους κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων. Ο ερευνητής, επισκέπτεται εκ νέου τους ερευνώμενους για τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, αφού ελέγξει τα στοιχεία, τα οποία έχουν συμπληρωθεί. Με αυτόν τον τρόπο, περιορίζεται το κόστος της έρευνας και ο χρόνος διενέργειάς της, ενώ τα λάθη και οι αδυναμίες επικοινωνίας του ερευνητή και του ερευνώμενου αποφεύγονται.

## **6.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΙΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η έρευνα μας βασίστηκε στις αντιλήψεις εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς), ενώ αποκλείσαμε τη διεξαγωγή έρευνας σε ανηλίκους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία μοιράστηκαν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση της περιφέρειας της Δυτικής Ελλάδας (Πάτρα, Πύργος, Αργίνο), ενώ αποκλείσαμε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, καθώς τα περιστατικά αυτοτονικού ιδεασμού αυτής της ηλικίας είναι ελάχιστα.

## **6.8 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Η ηθική και η δεοντολογία αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της έρευνας, από τη σύλληψη μιας ιδέας έως τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της. Τα πιο συνηθισμένα ζητήματα είναι η συνειδητή συγκατάθεση όσων εμπλέκονται στην έρευνα, η προστασία των προσωπικών δεδομένων, η χρήση πειραμάτων, καθώς και η χρήση των ευρημάτων.

Στη συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιήσαμε υπήρχε η συνειδητή συγκατάθεση όσων εμπλέκονταν στην έρευνα. (Επαγγελματίες υγείας, Φορείς, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Ψυχολόγοι). Η διατήρηση των στοιχείων, οι πιθανές επιπτώσεις και οι στόχοι της έρευνάς μας συνολικά, ήταν φανεροί.

Ακόμα, για τη συλλογή ερωτηματολογίων, σεβαστήκαμε την προστασία του απορρήτου της ιδιωτικής ζωής. Τα δεδομένα και τα στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι προστατευμένα και απόρρητα.

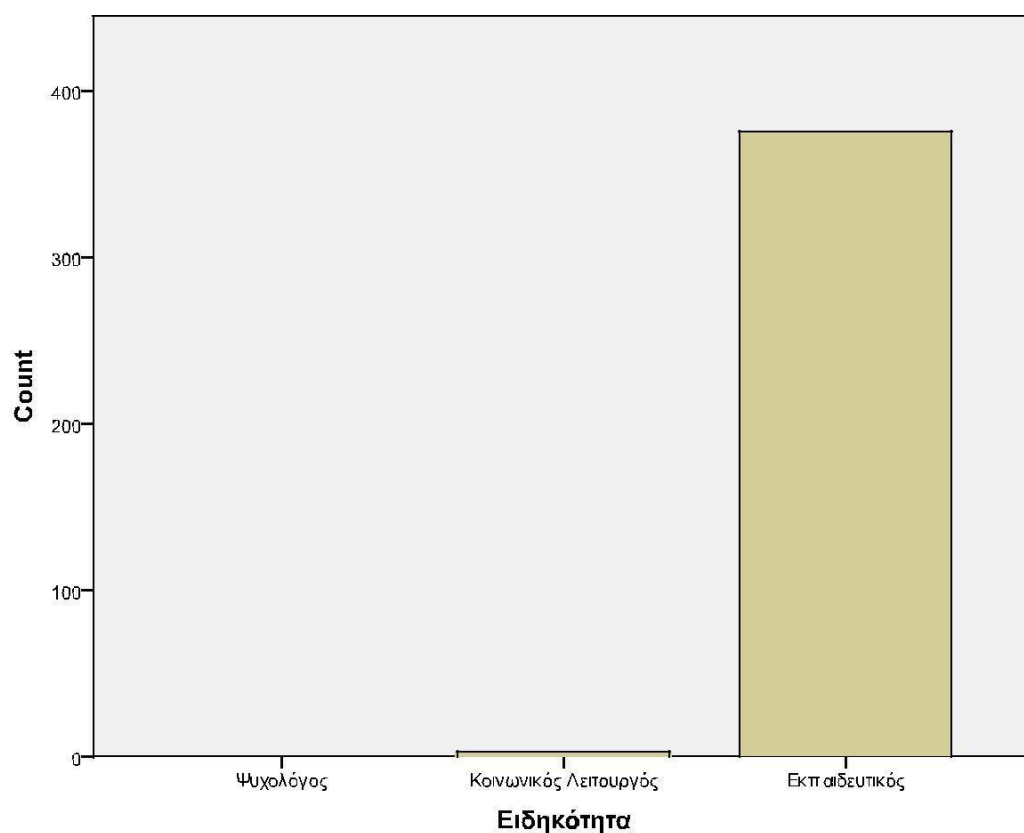
## **6.9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Κάθε επιστημονική έρευνα διέπεται από περιορισμούς. Οι περιορισμοί δημιουργούνται καθώς υπάρχουν επιφυλάξεις σχετικά με το τι θεωρείται ηθικό στο όνομα της επιστήμης σε σχέση με τα δικαιώματα των ζωντανών οργανισμών.

Στην έρευνά μας συναντήσαμε κυρίως πρόβλημα μέτρησης. Αν και τα ερωτηματολόγια δημιουργούν ένα γόνιμο έδαφος μέτρησης, ωστόσο το θέμα της αυτοκτονίας είναι λεπτό και συναντήσαμε συναισθήματα φόβου, άγχους και άμυνας από τους εκπαιδευτές, δημιουργώντας μία κατάσταση πίεσης και ταραχής. Οι απαντήσεις, επομένως δόθηκαν, σε ένα περιβάλλον συναισθηματικά φορτισμένο και έλλειψης διαφοροποίησης εαυτού. Επιπλέον, υπήρξαν δυσκολίες στη συλλογή στοιχείων διότι ήταν αοραίτητη η μετακίνηση σε άλλες πόλεις.

## 6.10 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

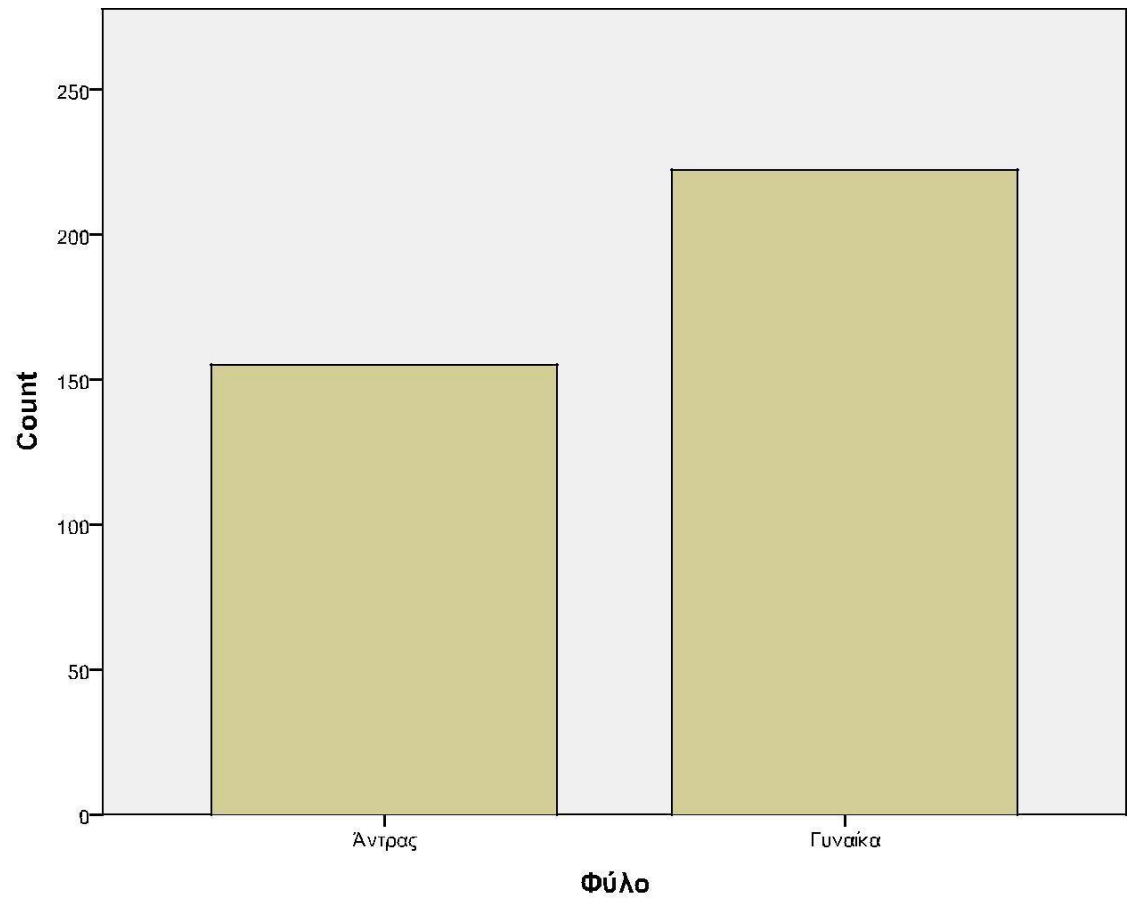
### Διάγραμμα 1



Στην ερώτηση τι ειδικότητας είναι τα άτομα τα οποία συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο παρατηρήσαμε πως το 99.2% ήταν εκπαιδευτικοί και το 0.8% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί στα σχολεία . Ψυχολόγους δεν βρήκαμε σε κανένα σχολείο της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας.

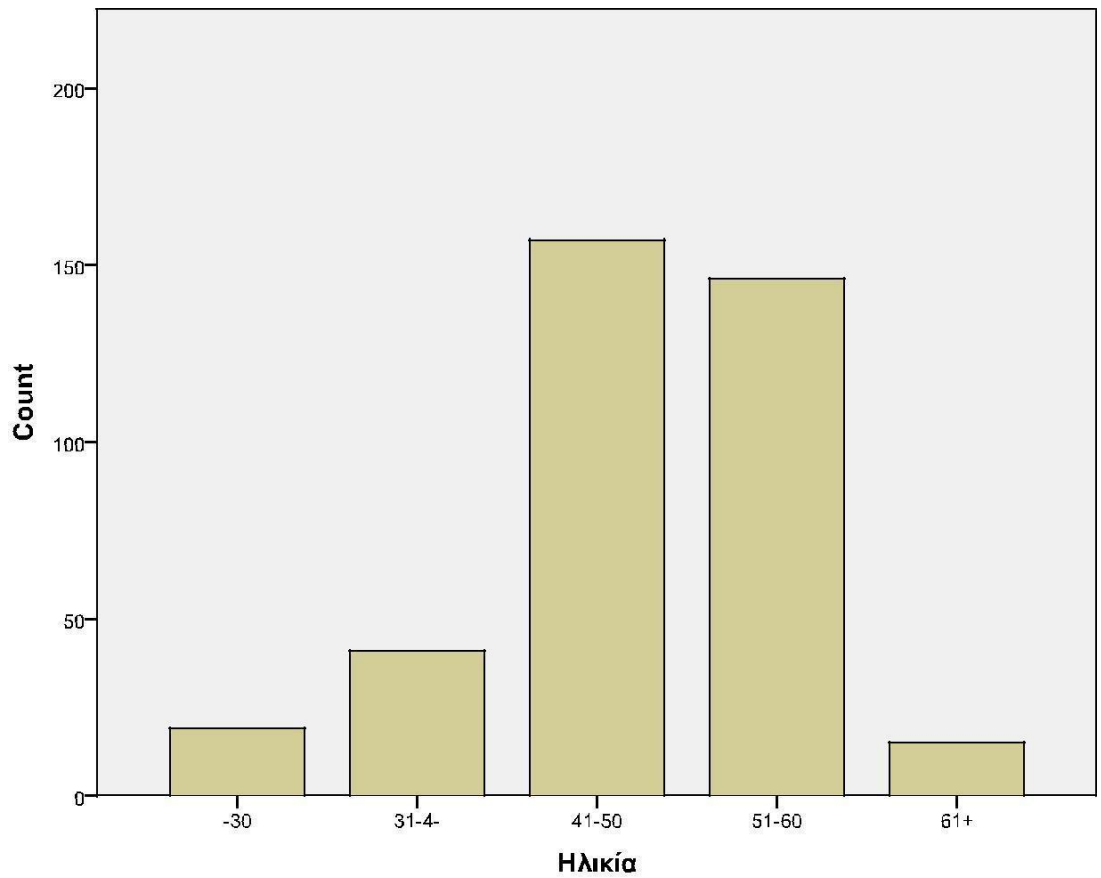


## Διάγραμμα 2



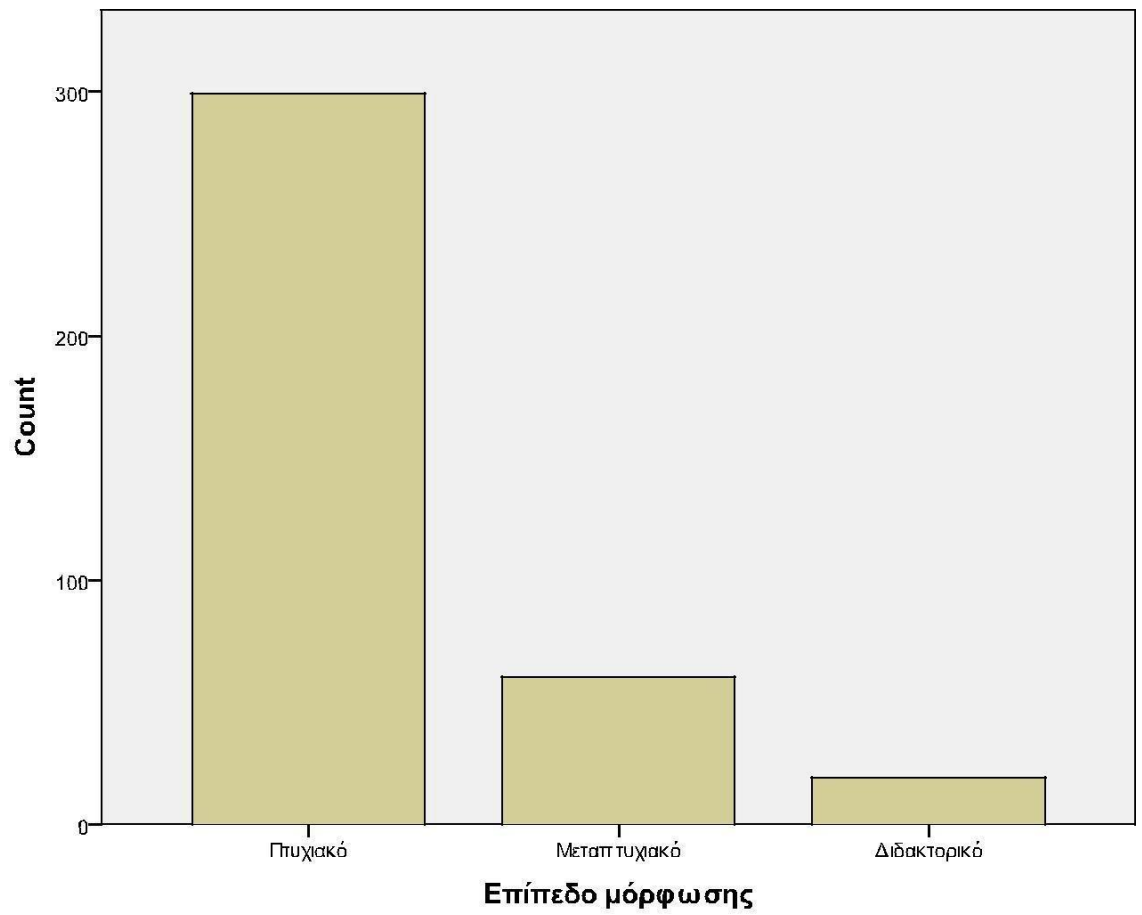
Το 58.7% του δείγματος που απάντησαν στις ερωτήσεις μας ήταν γυναίκες και το 41% άντρες. Παρ'όλα αυτά υπήρχε και ένα δείγμα 0.3% που δεν απάντησε στην ερώτηση.

### Διάγραμμα 3



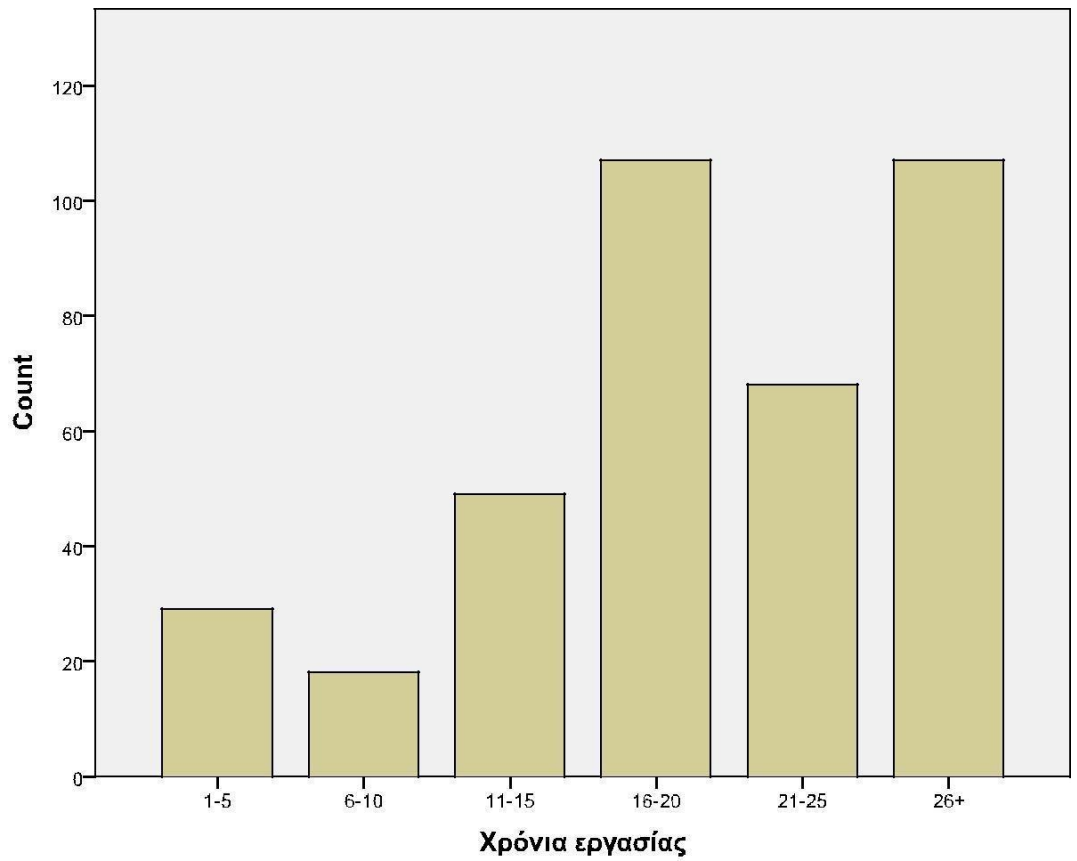
Το 41.5% του ποσοστού ηλικίας ταξινομείτε στο 45-50 χρονών ενώ αρκετοί ήταν στην ηλικία 51-60 (38.6%). Μικρά ποσοστά παρατηρούμε σε μικρότερες ηλικίες όπως 5% σε ηλικία κάτω των 30 ετών και 10.8% σε ηλικία 31-40. Επίσης μικρό ποσοστό ηλικίας είχαμε και στην ηλικία 61+ (4%).

**Διάγραμμα 4**



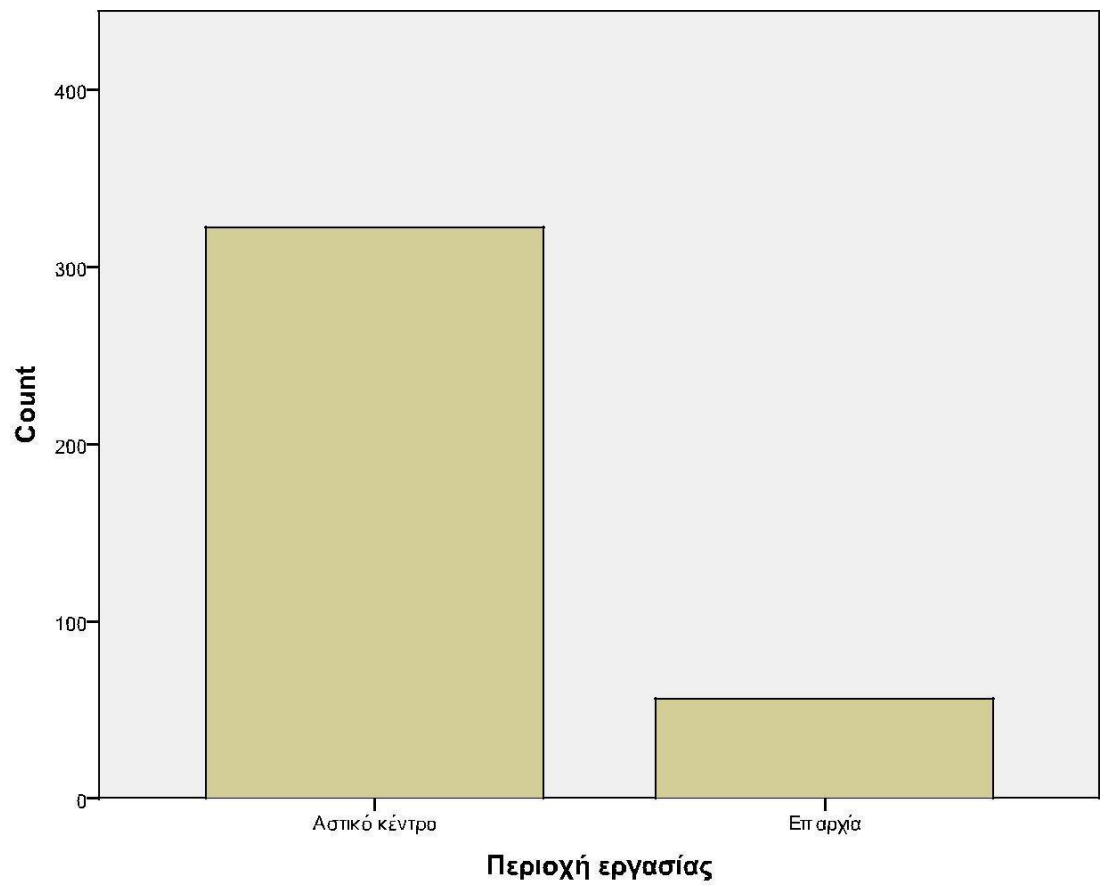
Το επίπεδο μόρφωσης πτυχιακού επιπέδου βλέπουμε ότι είναι το υψηλότερο και ανέρχεται στο 79.1%. Μεταπτυχιακού επιπέδου είναι στα 15.9% ενώ διδακτορικού φτάνει μόνο στο 5%.

## Διάγραμμα 5



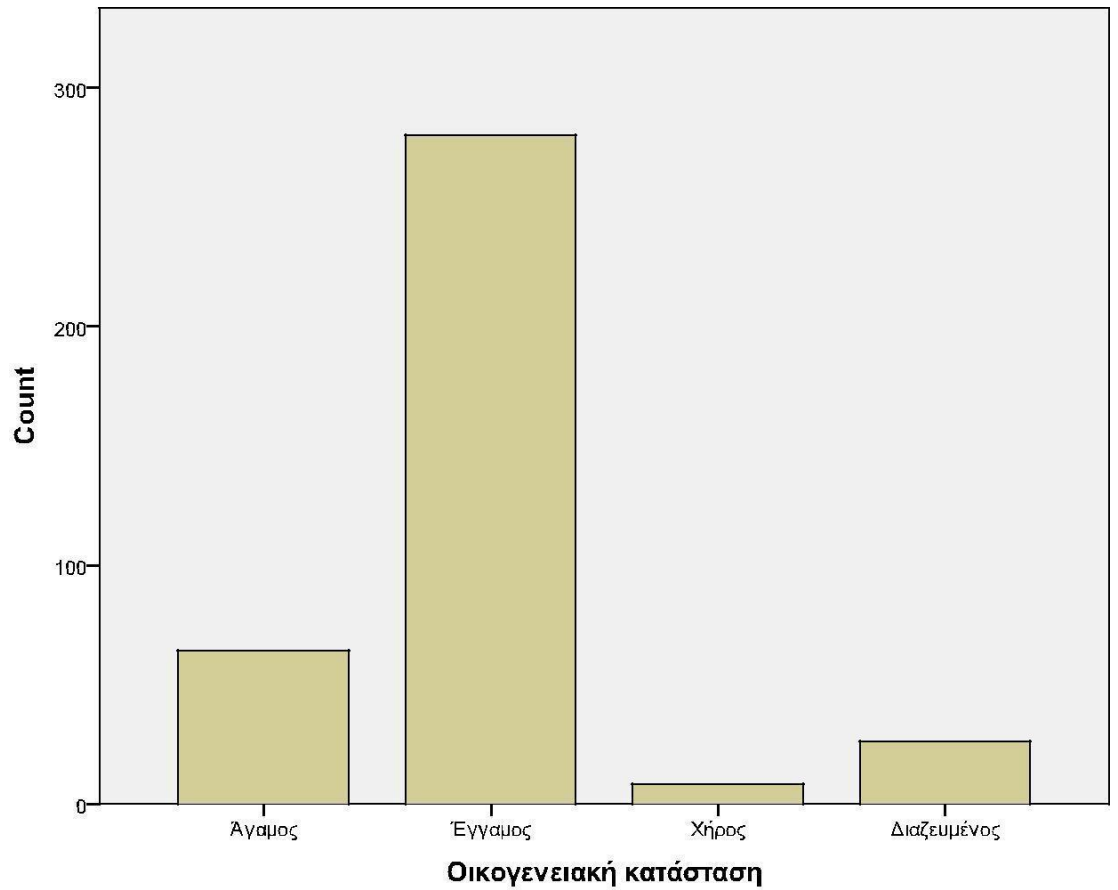
Ισάριθμα σε ποσοστό 28.3% βγαίνουν τα 16-20 και 26+ χρόνια εργασίας ενώ μεγάλο ποσοστό παρατηρούμε και στα 21-25 (18%) και 11-15 (13%) χρόνια. Λίγοι είναι αυτοί που έχουν από 1-5 και 6-10 χρόνια εργασίας που ανέρχονται σε ποσοστά 7.7% και 4.8% αντίστοιχα.

## Διάγραμμα 6



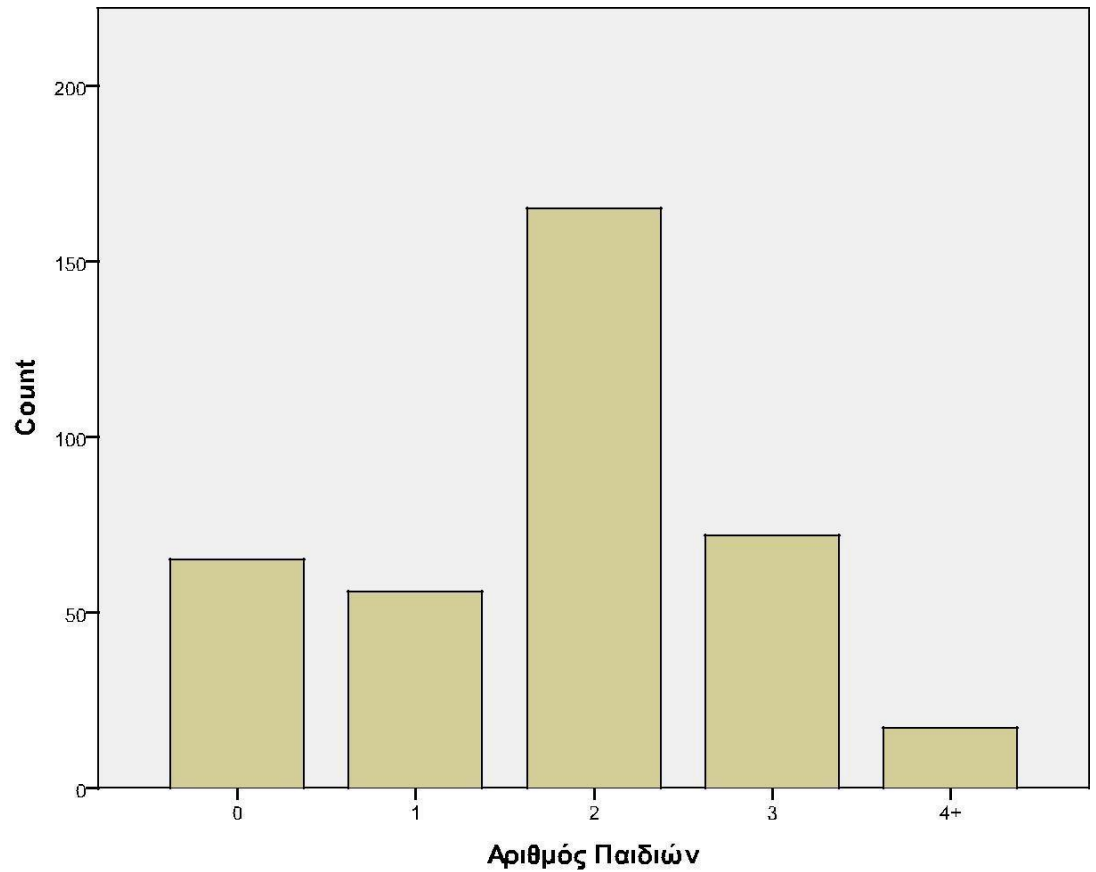
Από το ποσοστό των δεδομένων που συλλέξαμε εργάζονται το 85.2% σε αστικό κέντρο και μόνο το 14.8% σε επαρχία.

## Διάγραμμα 7



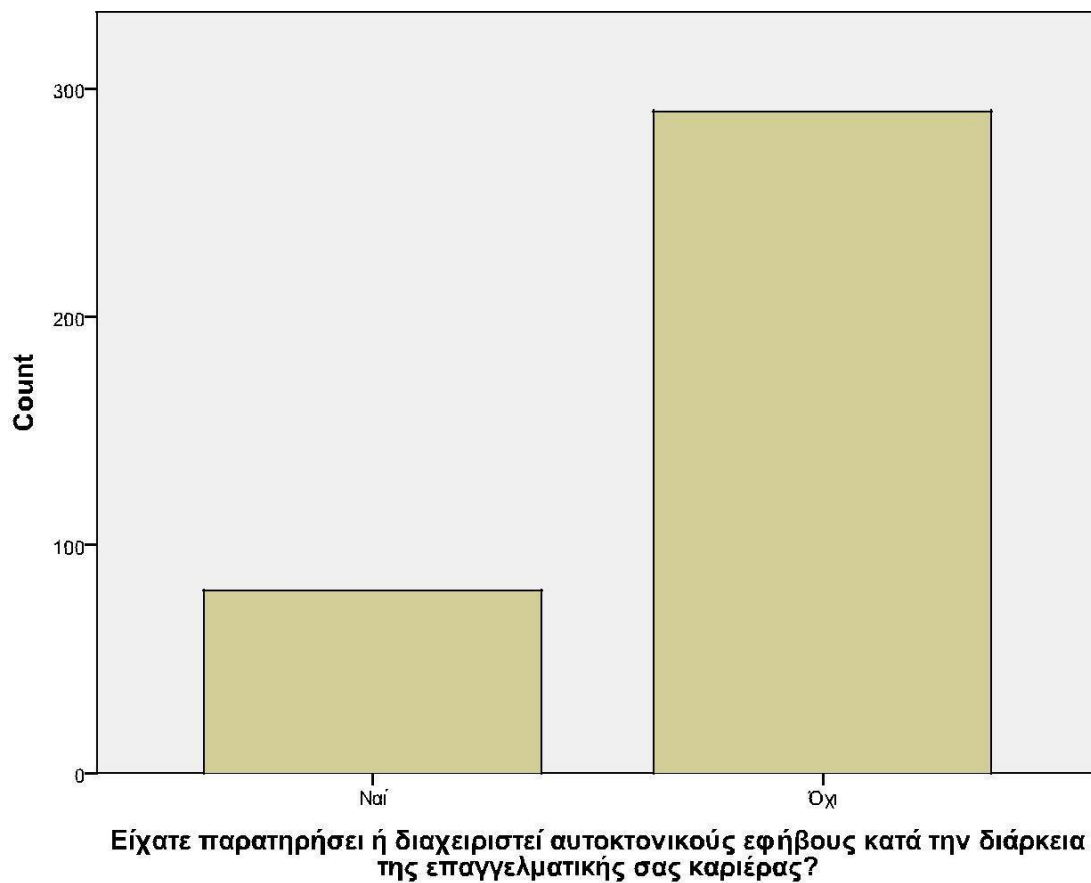
Το 74.1% το οποίο είναι το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί στους έγγαμους και το αμέσως επόμενο 16.9% στους άγαμους. Υπήρχαν διαζευγμένοι με ποσοστό 6.9% και χήροι με 2.1%.

## Διάγραμμα 8



Το μεγαλύτερο ποσοστό 43.7% των ερωτηθέντων έχουν 2 παιδιά, εν συνεχεία 3 παιδιά με ποσοστό 19%, 0 παιδιά με ποσοστό 17.2% ,1 παιδί με ποσοστό 14.8% και τέλος 4+ παιδιά με ποσοστό 4.5%. Υπήρχαν και ελλιπή ερωτηματολόγια σε αυτή την ερώτηση με ποσοστό 0.8%.

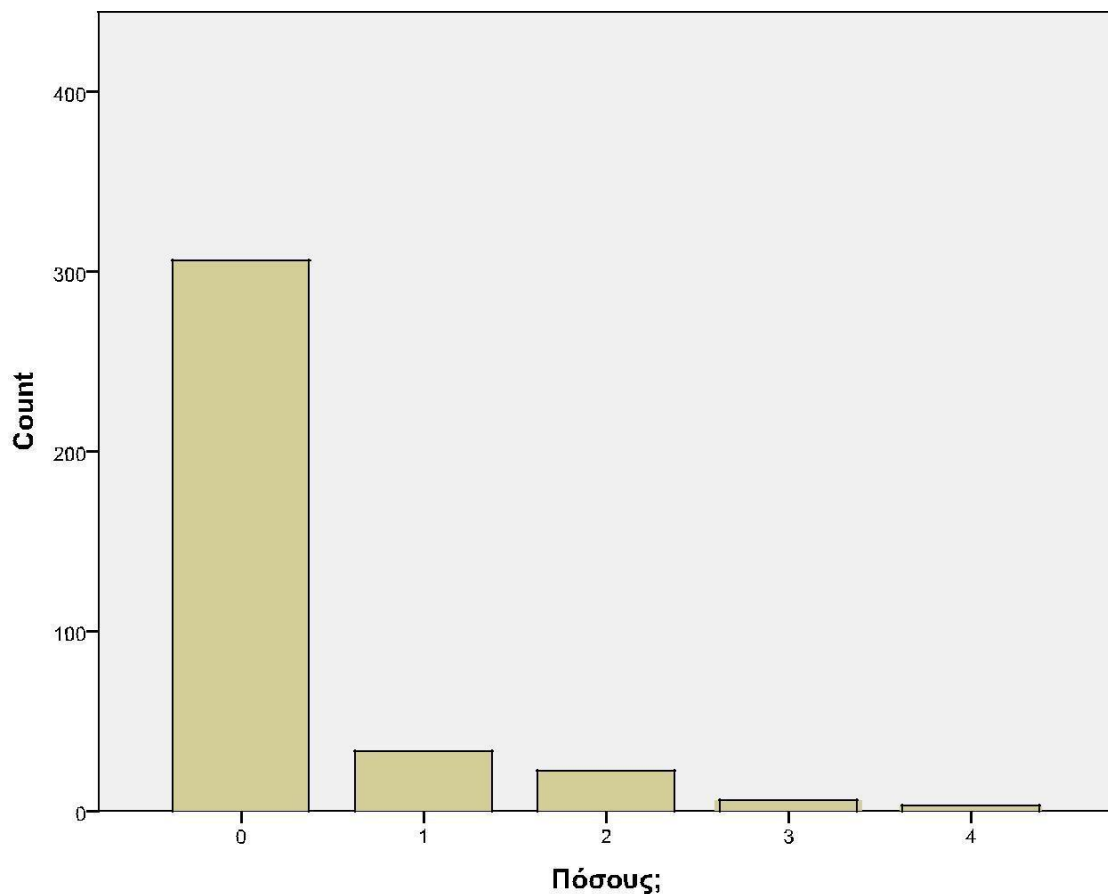
## Διάγραμμα 9



Το ποσοστό 97.9% των εκπαιδευτικών απάντησε ότι δεν έχει παρατηρήσει ούτε έχει διαχειριστεί αυτοκτονικούς εφήβους ενώ τον 21.2% ισχυρίζεται το αντίθετο. Παρ' όλα αυτά υπήρξαν και ερωτηματολόγια, στα οποία δε συμπληρώθηκε η συγκεκριμένη ερώτηση.

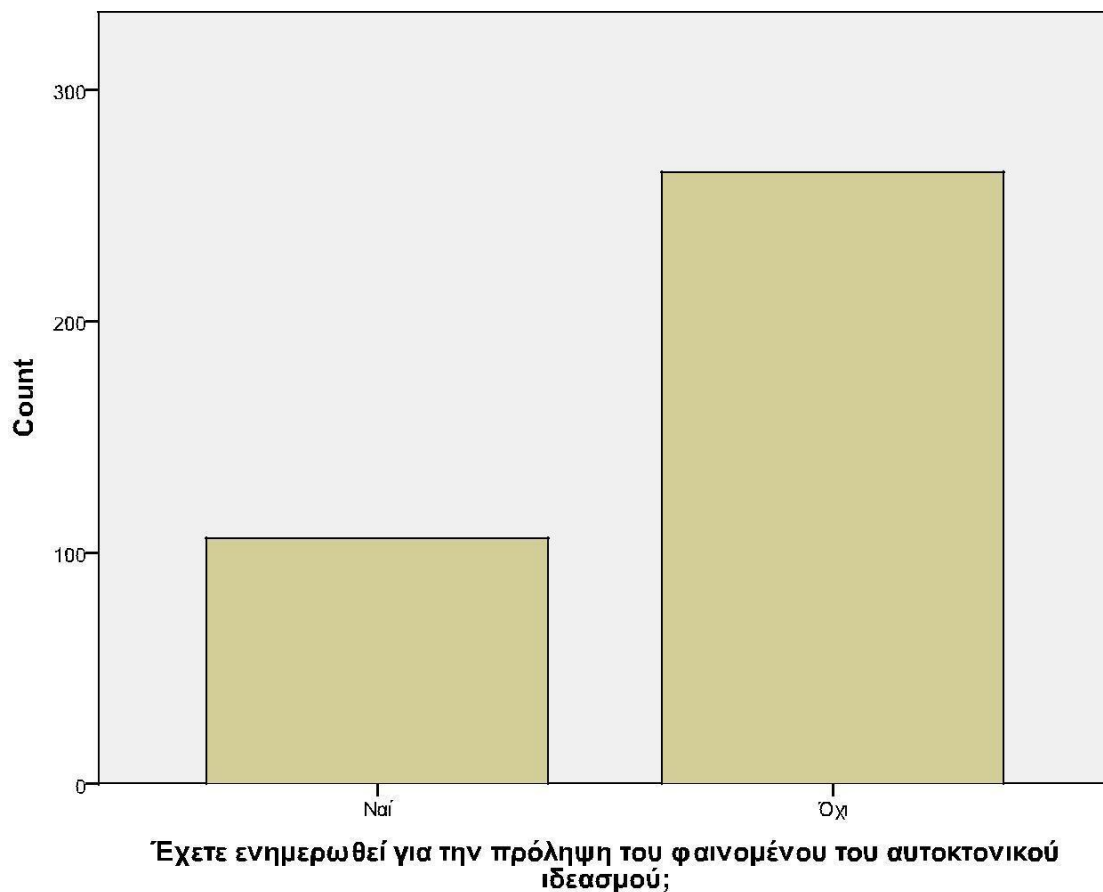


## Διάγραμμα 10



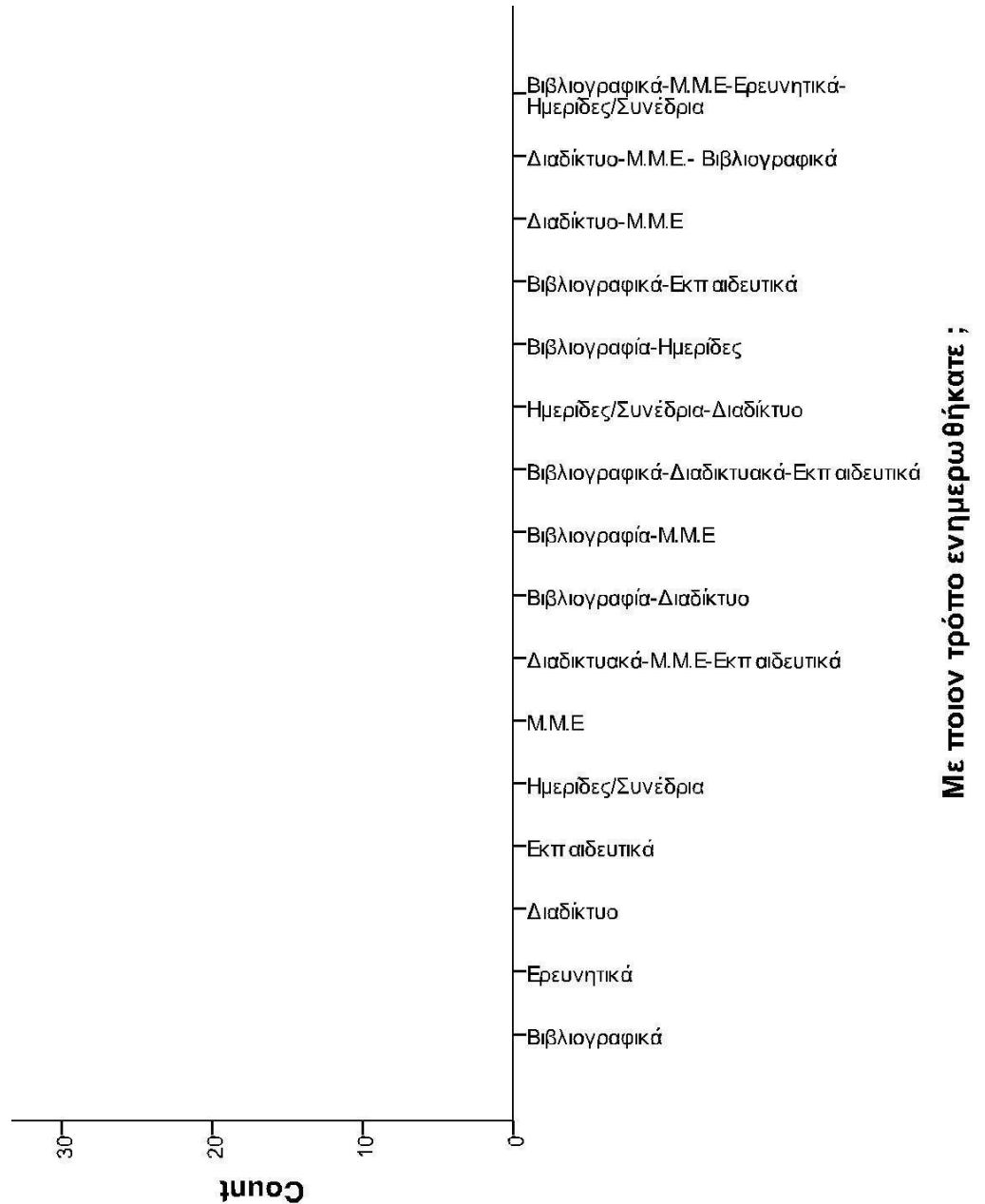
Όπως αναφέραμε και παραπάνω το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει παρατηρήσει ούτε έχει διαχειριστεί αυτοκτονικούς εφήβους, άρα το 81% αποτελείται από 0 εφήβους. Το αμέσως επόμενο μεγάλο ποσοστό όμως είναι το 8.7% στο οποίο παρατηρούμε ότι κάποιιοι από τους ερωτούμενους έχουν συναντήσει έστω και έναν έφηβο με αυτοκτονικό ιδεασμό. Το 5.8% είναι ποσοστό που οι ερωτούμενοι έχουν συναντήσει 2, το 1.6% έχει συναντήσει 3 και το 0.8% έχει συναντήσει 4.

## Διάγραμμα 11



Μεγάλη εντύπωση μας έκανε το γεγονός ότι το ποσοστό των 69.8% των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας δεν έχει ενημερωθεί ποτέ στην ζωή του σε αντίθεση με το 28% που είναι σχετικά μικρός αριθμός ενημέρωσης για την πρόληψη του φαινομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού ενώ το 2.1% δεν μας απάντησε.

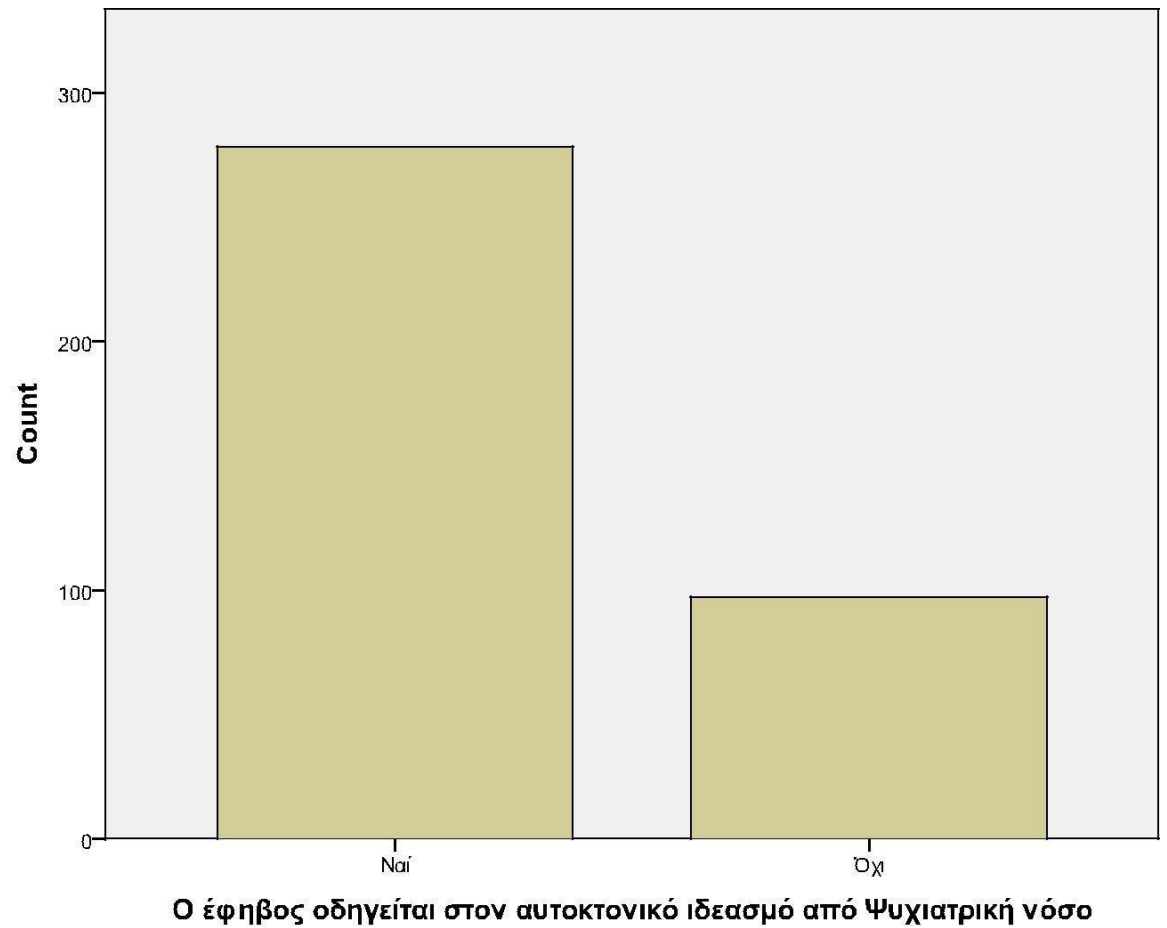
## Διάγραμμα 12



Είναι φανερό, ότι οι εκπαιδευτικοί δε λαμβάνουν την επιθυμητή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για την αυτοκτονία, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό δεν απάντησε αυτή την ερώτηση(65.3%). Ωστόσο, μικρότερα ποσοστά των 6,9 % των ατόμων ενημερώθηκε από το διαδίκτυο, ποσοστό των 6,9 % βιβλιογραφικά και το 4,2 % εκπαιδευτικά. Παρατηρούμε, ότι εκπαιδευτικοί έχουν ενημερωθεί μέσα από συνδυασμό πηγών. Το 4% του δείγματος των ατόμων, έχει πληροφορηθεί για

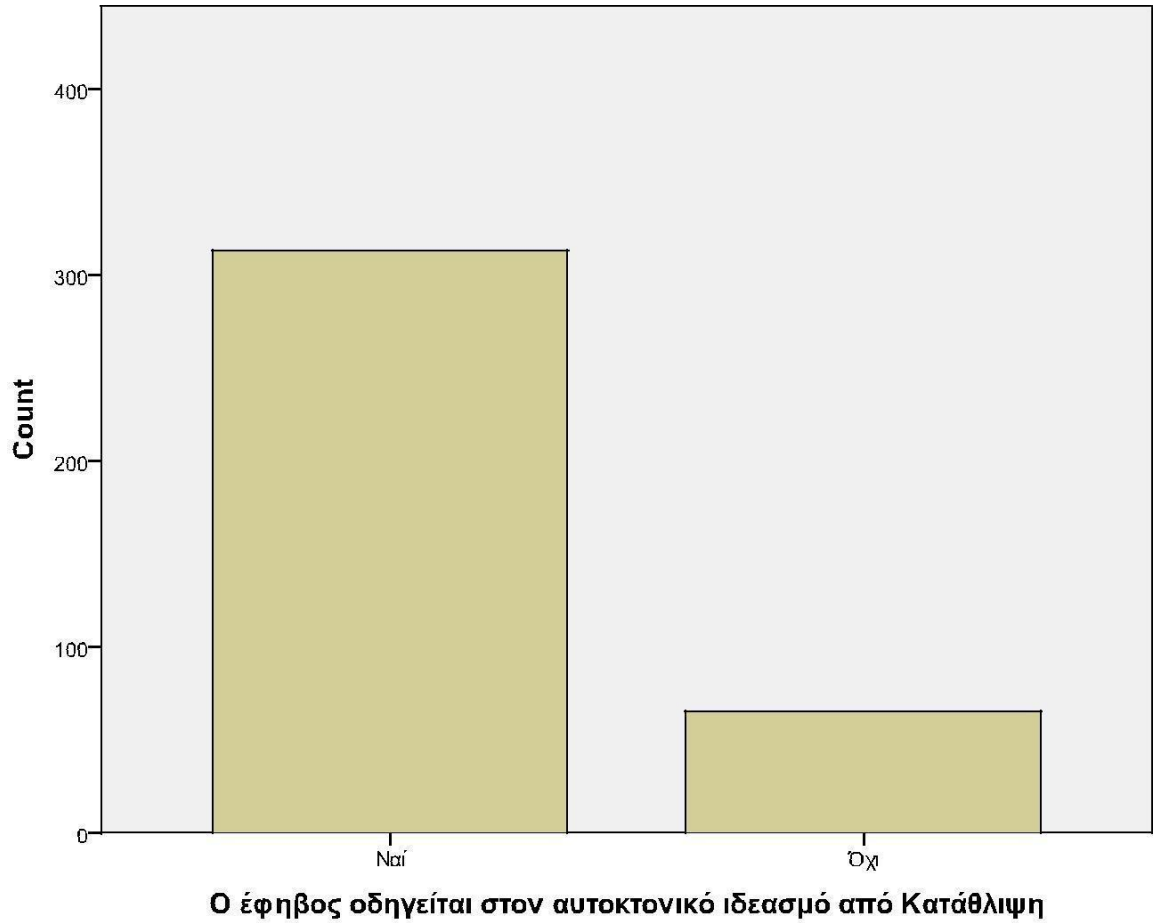
την αυτοκτονία των εφήβων μέσα από το διαδίκτυο, την εκπαίδευση και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ενώ μέσα από τη βιβλιογραφία και το διαδίκτυο έχει πληροφορηθεί επίσης το 4% των ατόμων. Ένα μικρότερο ποσοστό, το 1,1% του δείγματος απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Ωστόσο, παρατηρούμε ότι το 1,1% του δείγματος συνδύασε πηγές πληροφόρησης για το θέμα αυτό μέσα από το διαδίκτυο, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τη βιβλιογραφία, ενώ το 1,1% επίσης ενημερώθηκε μέσα από ημερίδες, συνέδρια και το διαδίκτυο.

### Διάγραμμα 13



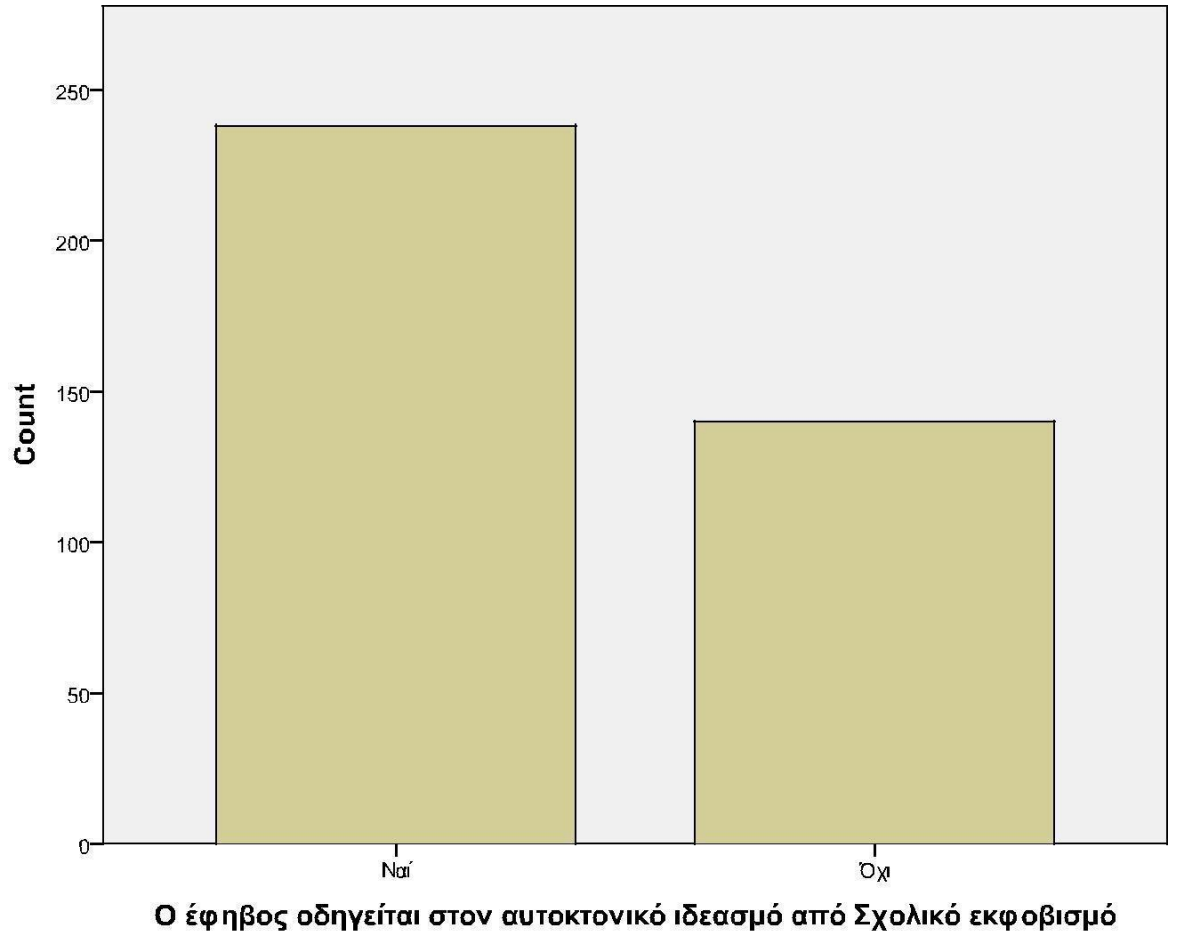
Το 73,5% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος με ψυχιατρική νόσο είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία, ενώ το 25,7% πιστεύει το αντίθετο. Το 0,8% δεν απάντησε αυτή την ερώτηση.

## Διάγραμμα 14



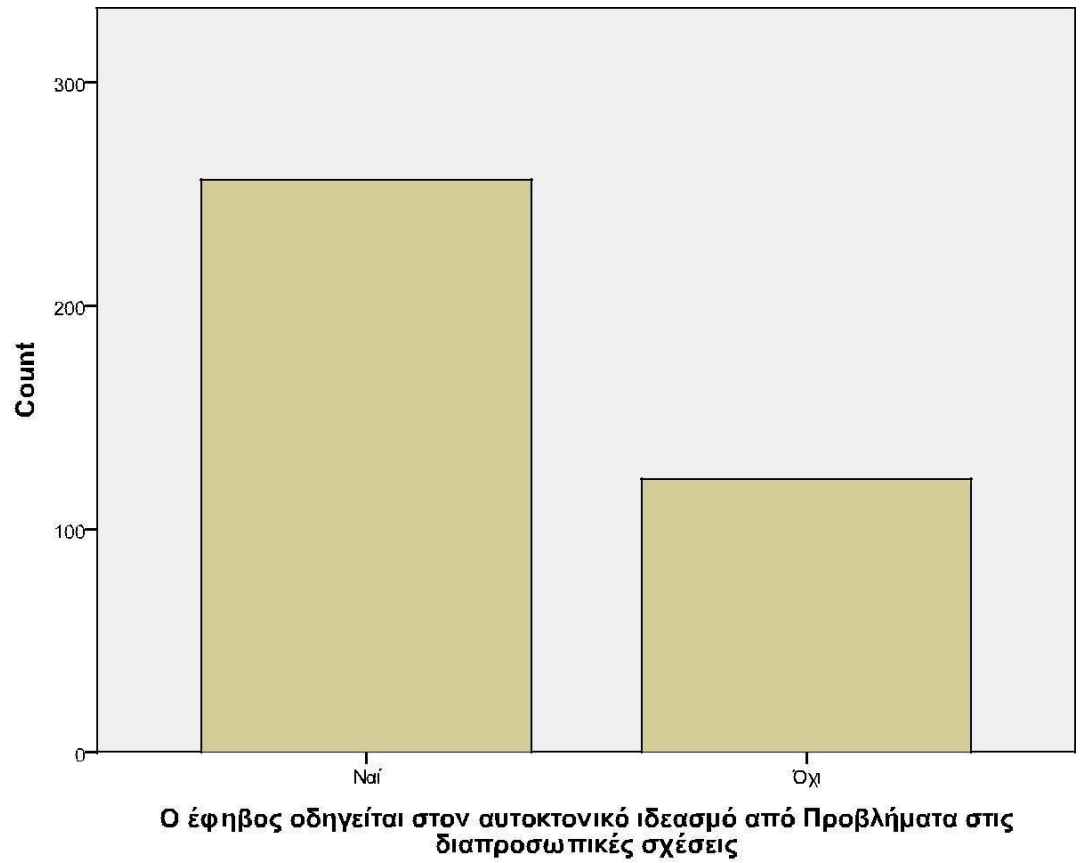
Το 82,8% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος με κατάθλιψη είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 17,2% πιστεύει το αντίθετο.

## Διάγραμμα 15



Το 63% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος που αντιμετωπίζει σχολικό εκφοβισμό είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 37% πιστεύει το αντίθετο.

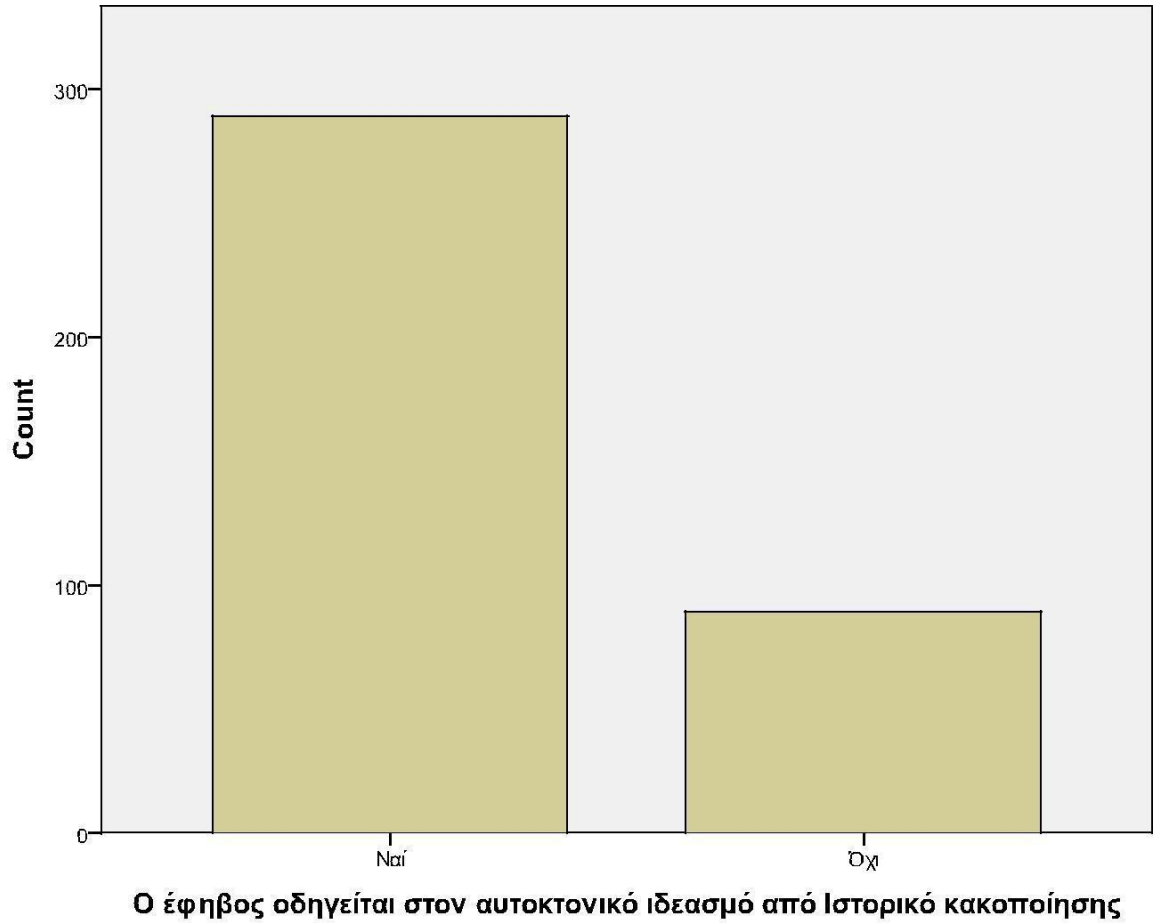
## Διάγραμμα 16



Το 67,7% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος με προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 32,3% πιστεύει το αντίθετο.

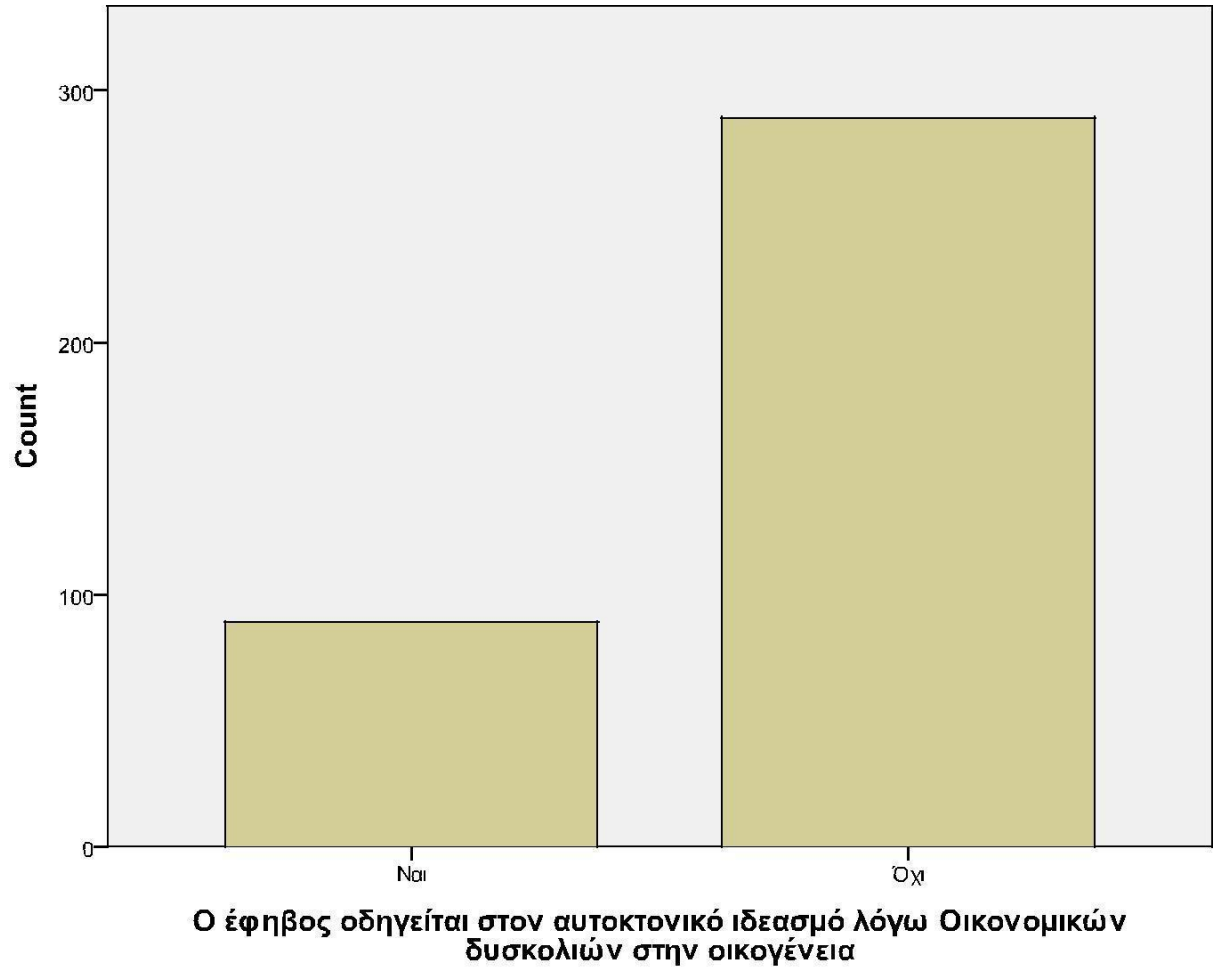


## Διάγραμμα17



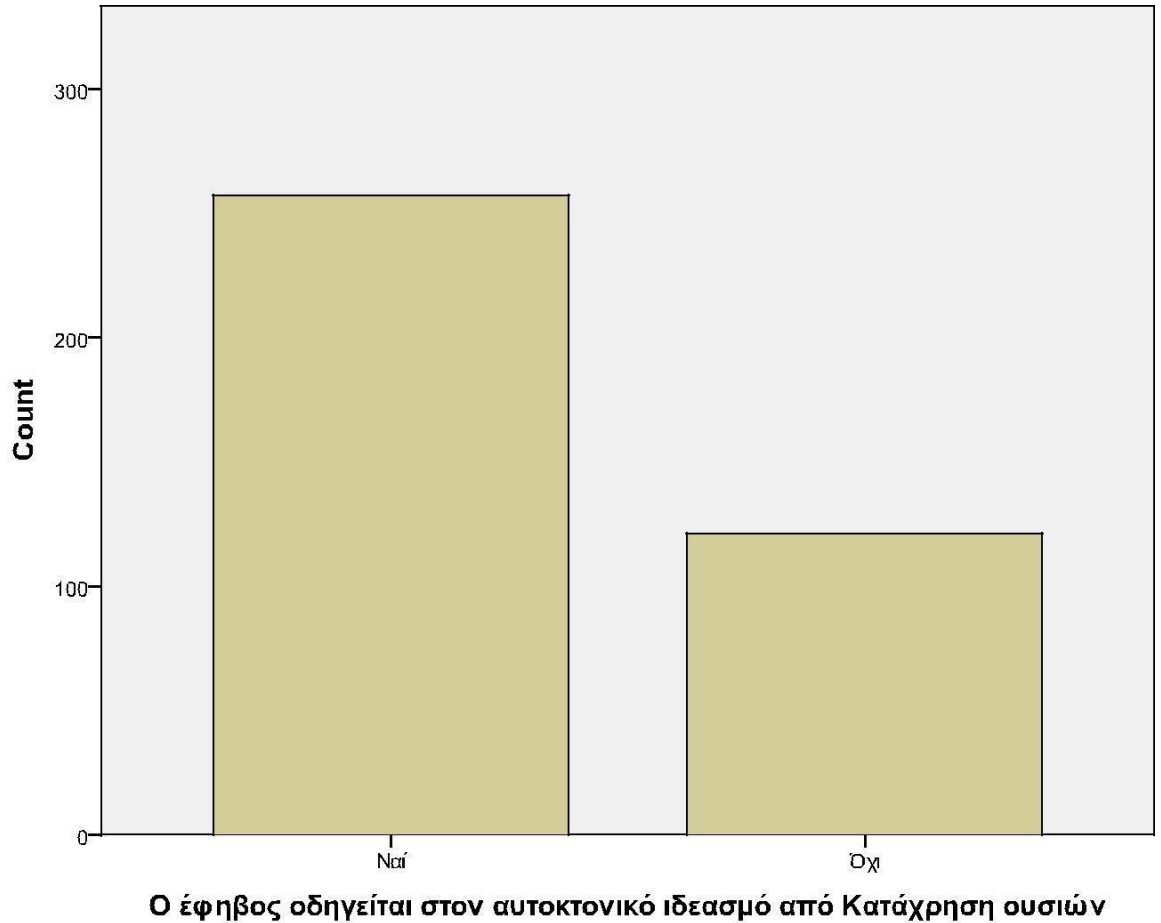
Το 76,5% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος με προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 23,5% πιστεύει το αντίθετο.

## Διάγραμμα 18



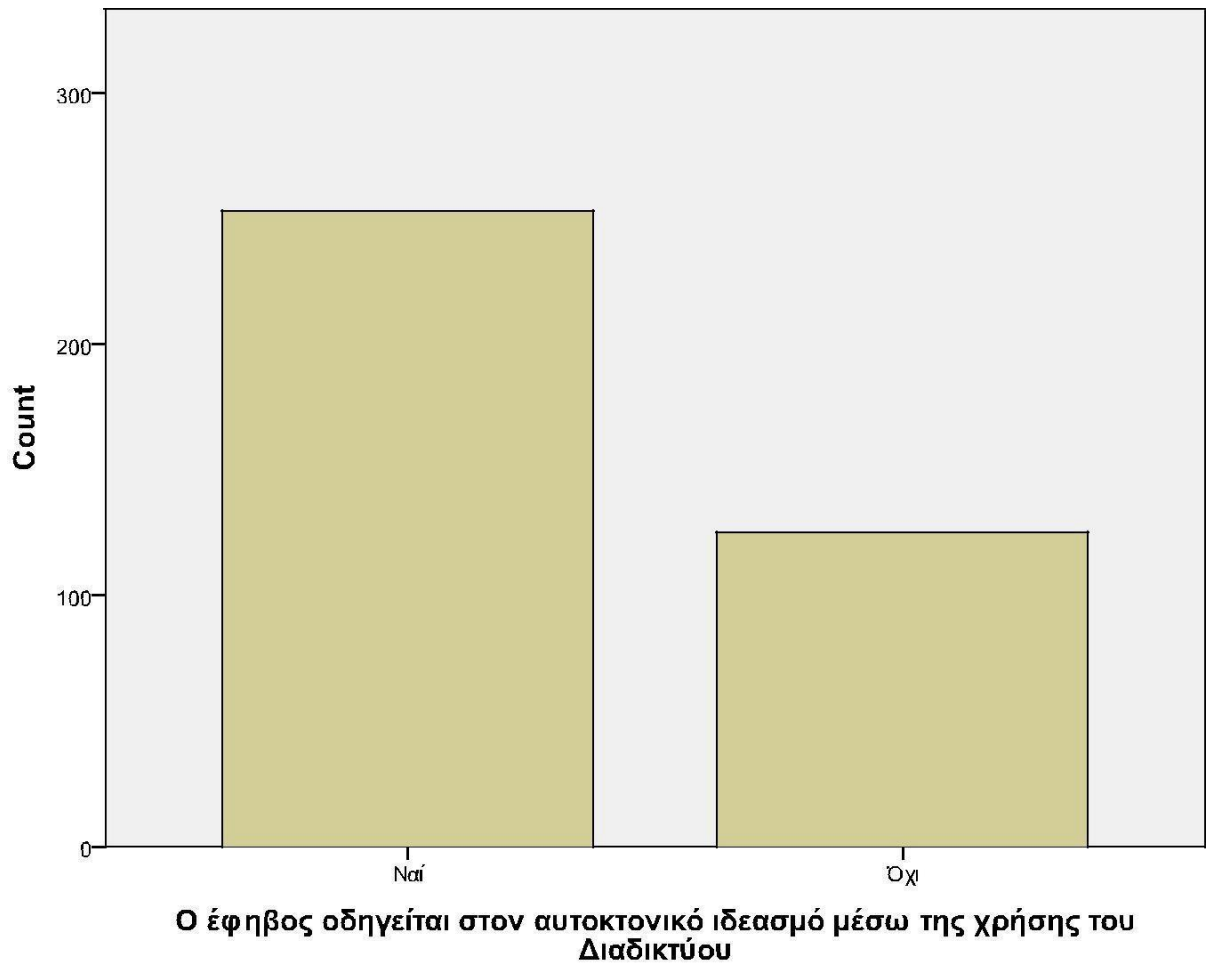
Το 76.5% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος με οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια δεν είναι τόσο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 23,5% πιστεύει το αντίθετο.

## Διάγραμμα 19



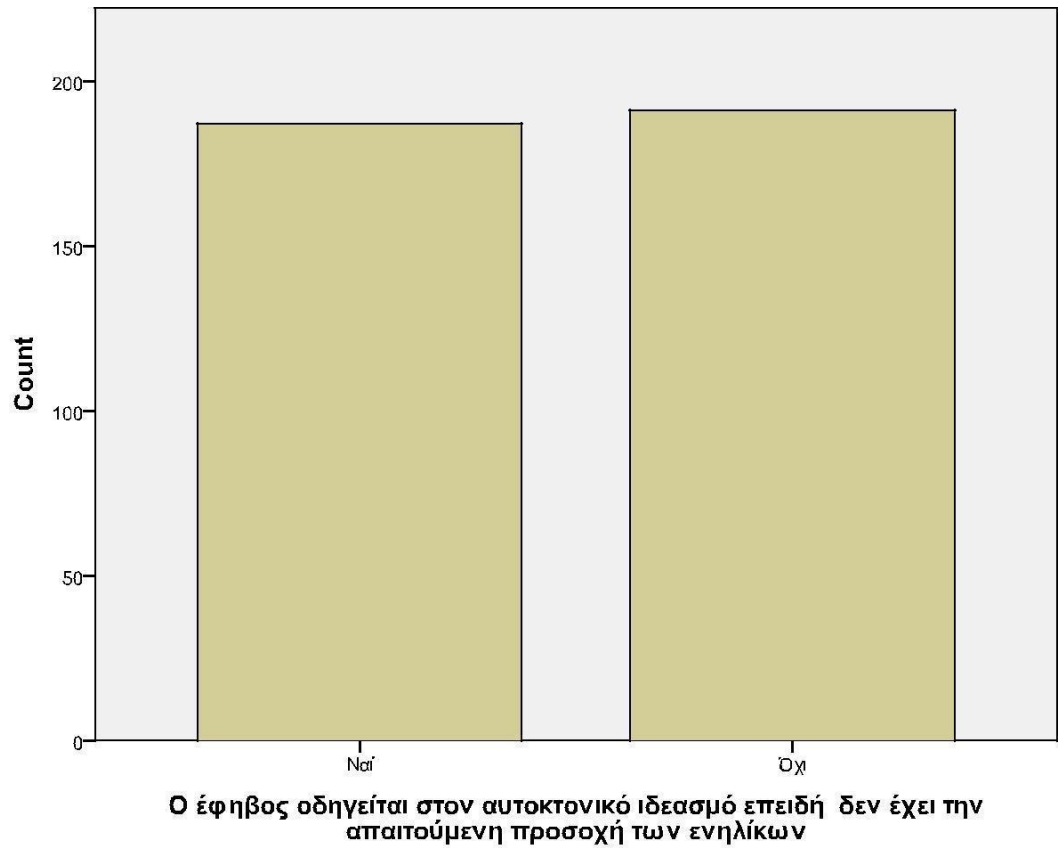
Το 68% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος με προβλήματα κατάχρησης ουσιών είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 32% πιστεύει το αντίθετο.

## Διάγραμμα 20



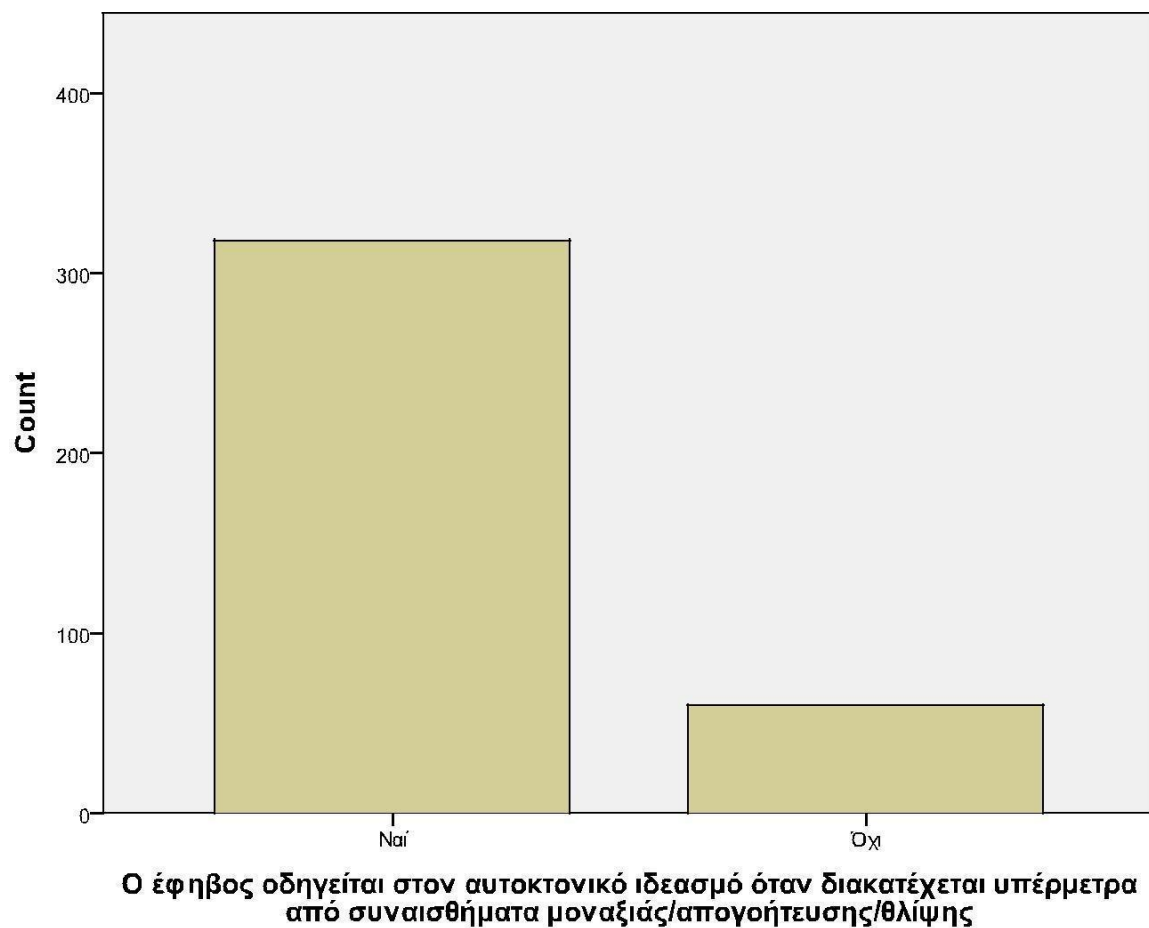
Το 66,9% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος με υπερβολική χρήση διαδικτύου είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 33,1% πιστεύει το αντίθετο.

## Διάγραμμα 21



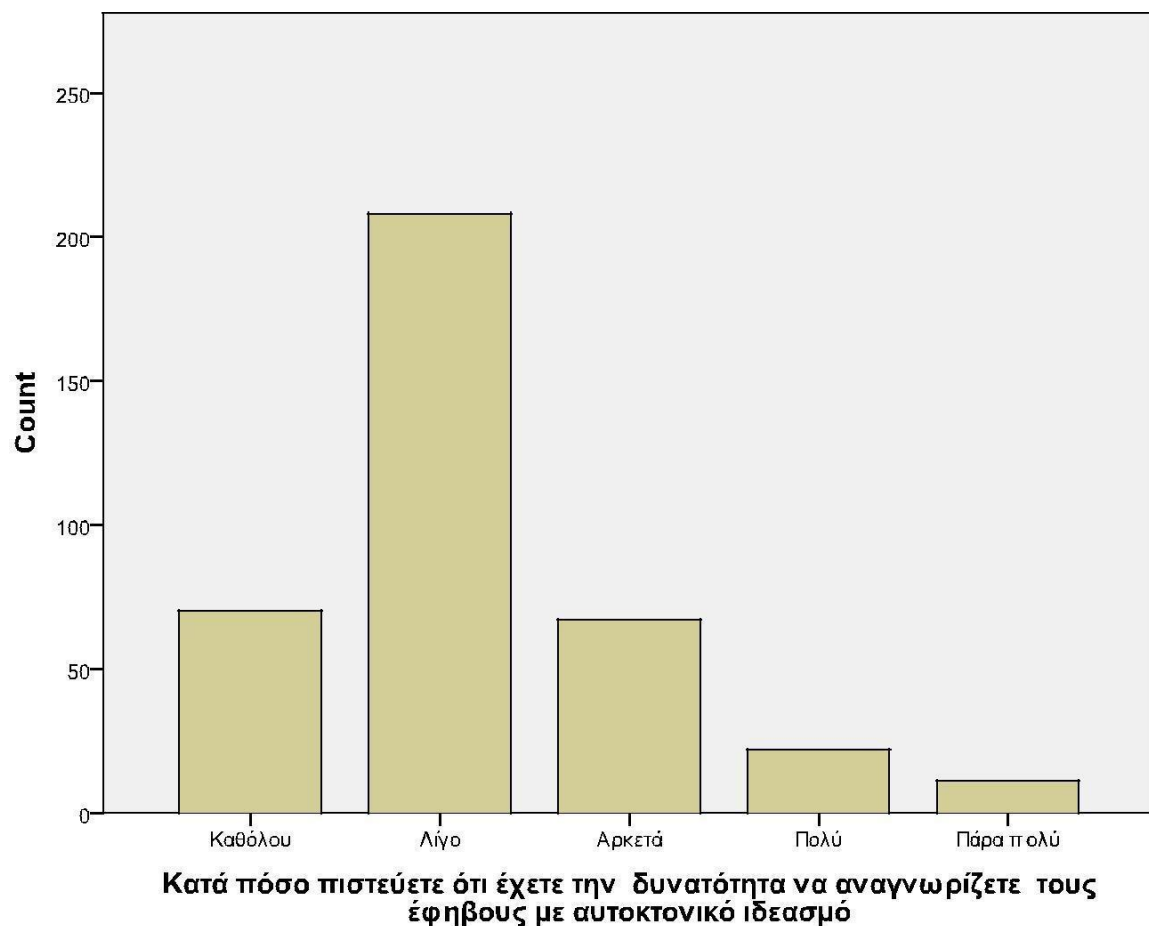
Το 50.5% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος ο οποίος δεν έχει την απαιτούμενη προσοχή των ενηλίκων δεν είναι τόσο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 49,5% πιστεύει το αντίθετο.

## Διάγραμμα 22



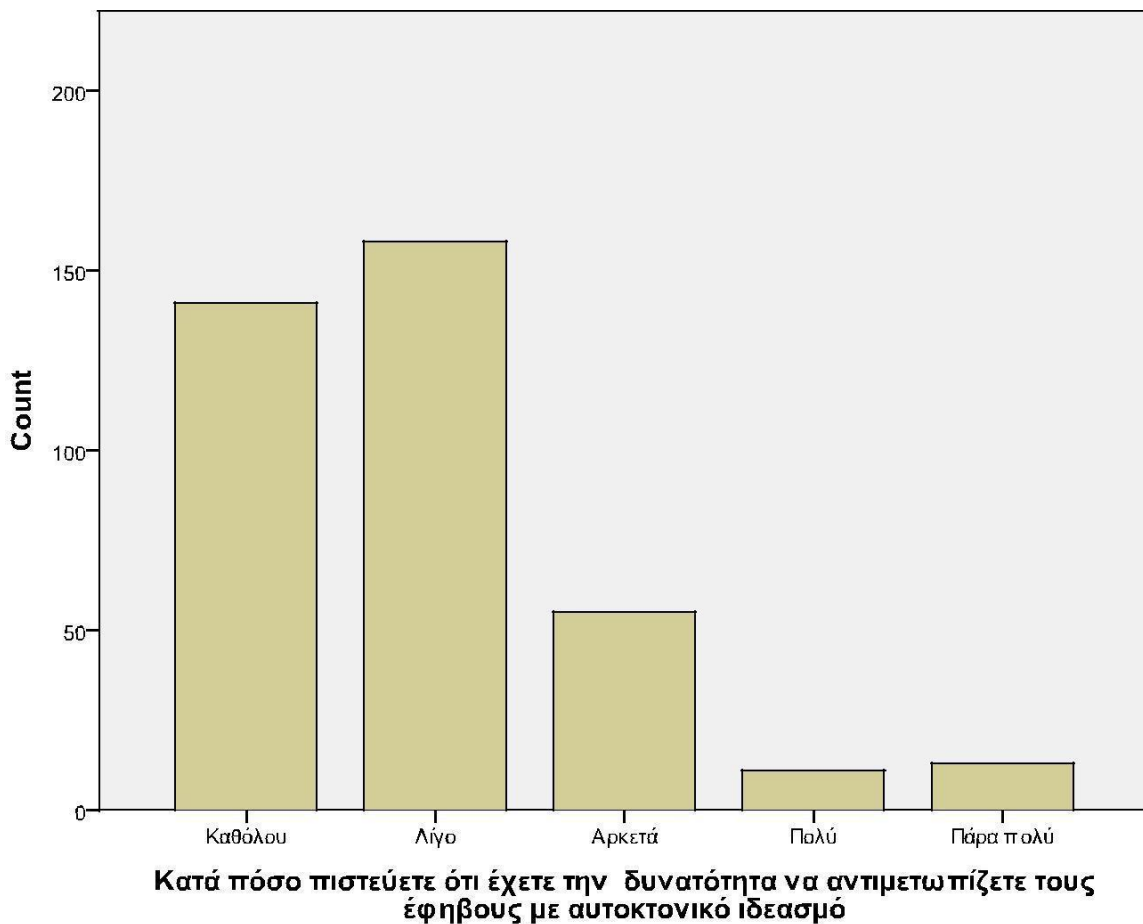
Το 84,1% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι ένας έφηβος όταν διακατέχεται υπέρμετρα από συναισθήματα μοναξιάς/απογοήτευσης/θλίψης είναι πιο επιρρεπής προς την αυτοκτονία ενώ το 15,9% πιστεύει το αντίθετο.

## Διάγραμμα23



Το 55% των ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο πιστεύει ότι μπορεί λίγο να αναγνωρίσει έναν έφηβο με αυτοκτονικό ιδεασμό ενώ το 2.9% πιστεύει ότι μπορεί πάρα πολύ. Γενικά παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ελάχιστα αναγνωρίζουν έναν έφηβο με αυτοκτονικό ιδεασμό καθώς το 18.5% μας απάντησε καθόλου, το 17.7% μας απάντησε αρκετά και το 5.8% μας απάντησε πολύ.

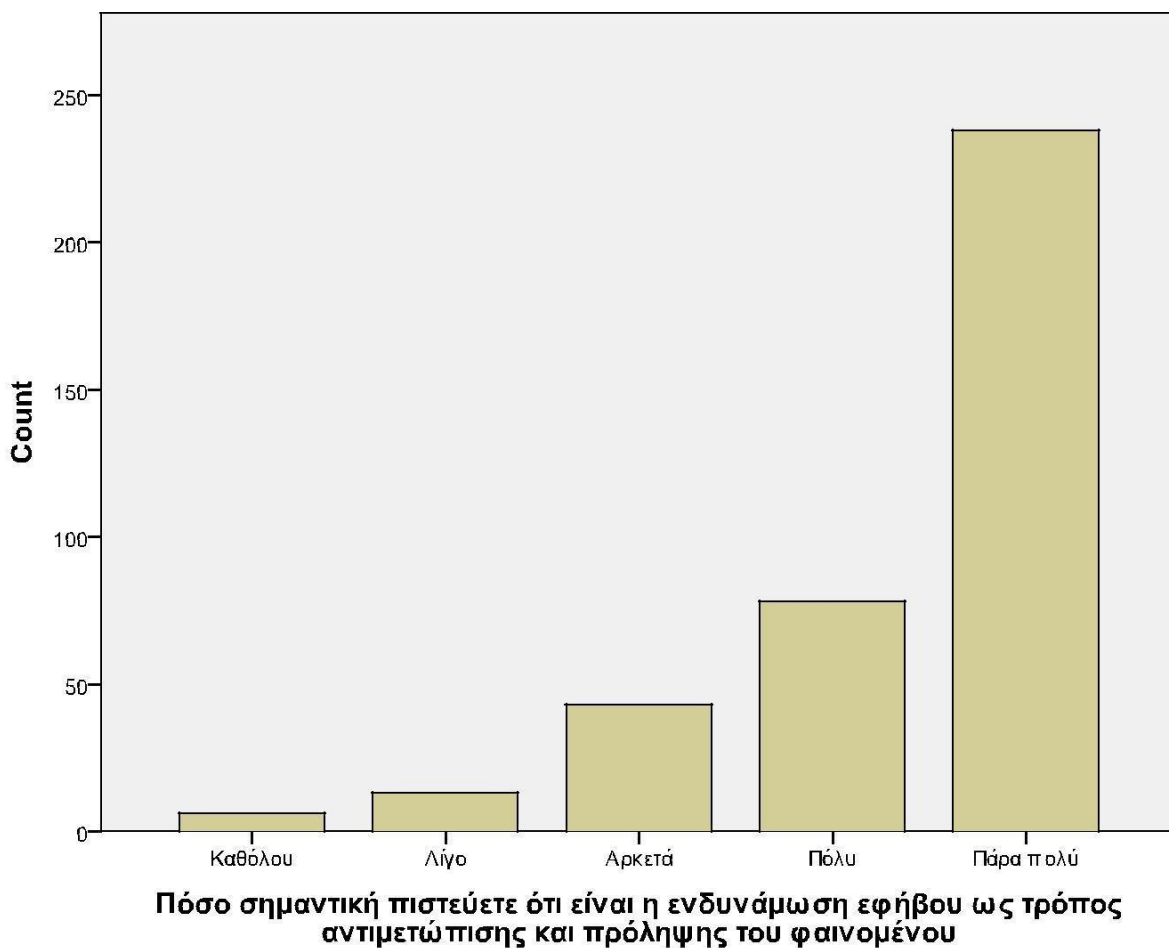
## Διάγραμμα24



Παρατηρούμε ότι μόνο το 3.4% των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο έχουν την δυνατότητα αντιμετώπισης εφήβων με αυτοκτονικό ιδεασμό ενώ το 41,8% δεν μπορούν. Επίσης οι απαντήσεις που μας έδωσαν στο καθόλου είναι 37.3%, αρκετά 14.6% και πολύ με ποσοστό 2.9%.

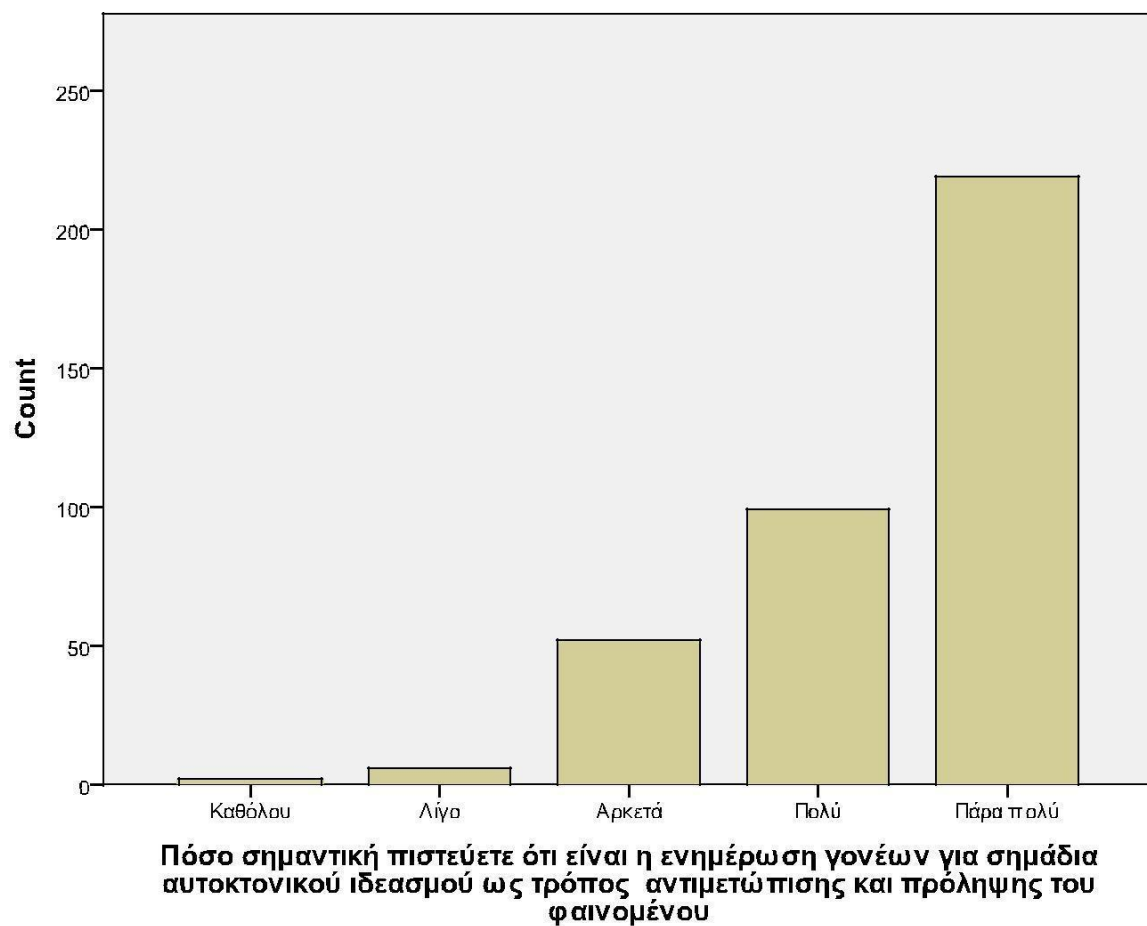


## Διάγραμμα25



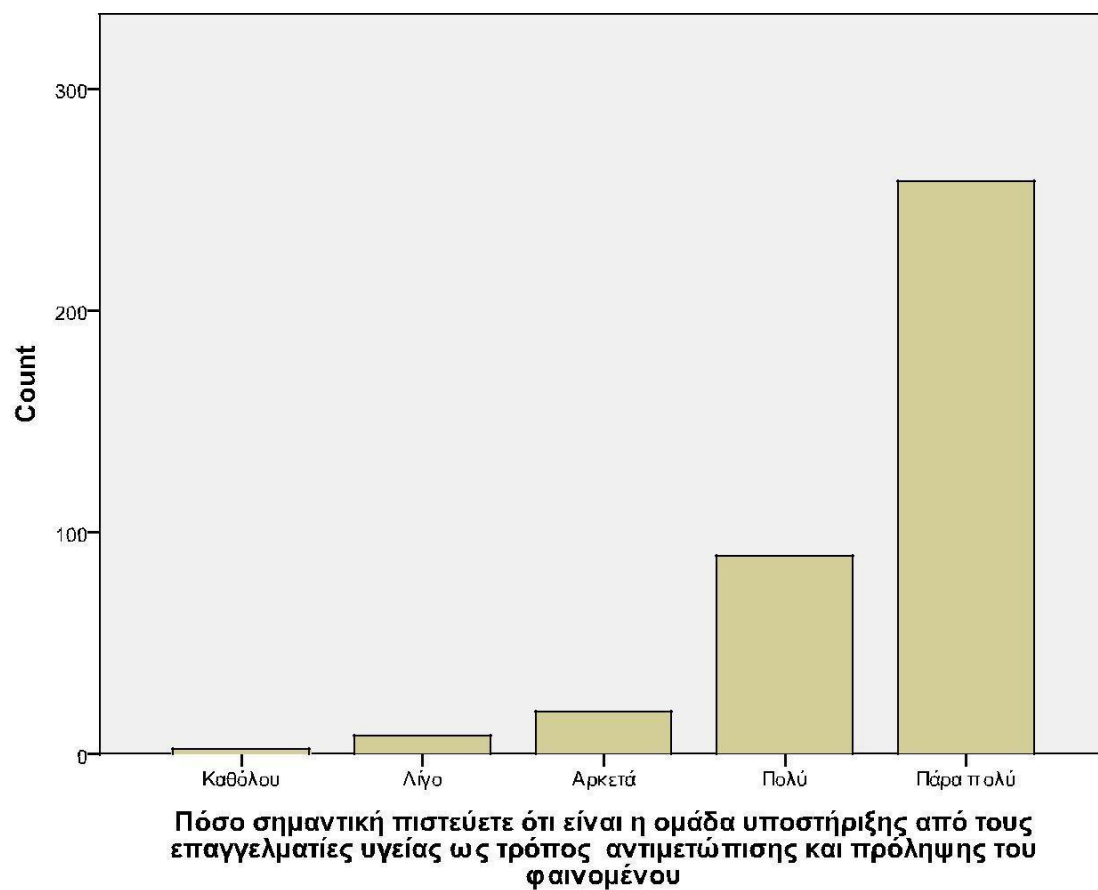
Το 63% των ατόμων που απάντησε στα ερωτηματολόγια πιστεύει πως είναι πάρα πολύ σημαντική η ενδυνάμωση του εφήβου για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας ενώ το 1.6 % ισχυρίζεται το αντίθετο. Άλλες απαντήσεις που πήραμε είναι το λίγο 3.4%, αρκετά 11,4% και πολύ 20.6%.

## Διάγραμμα26



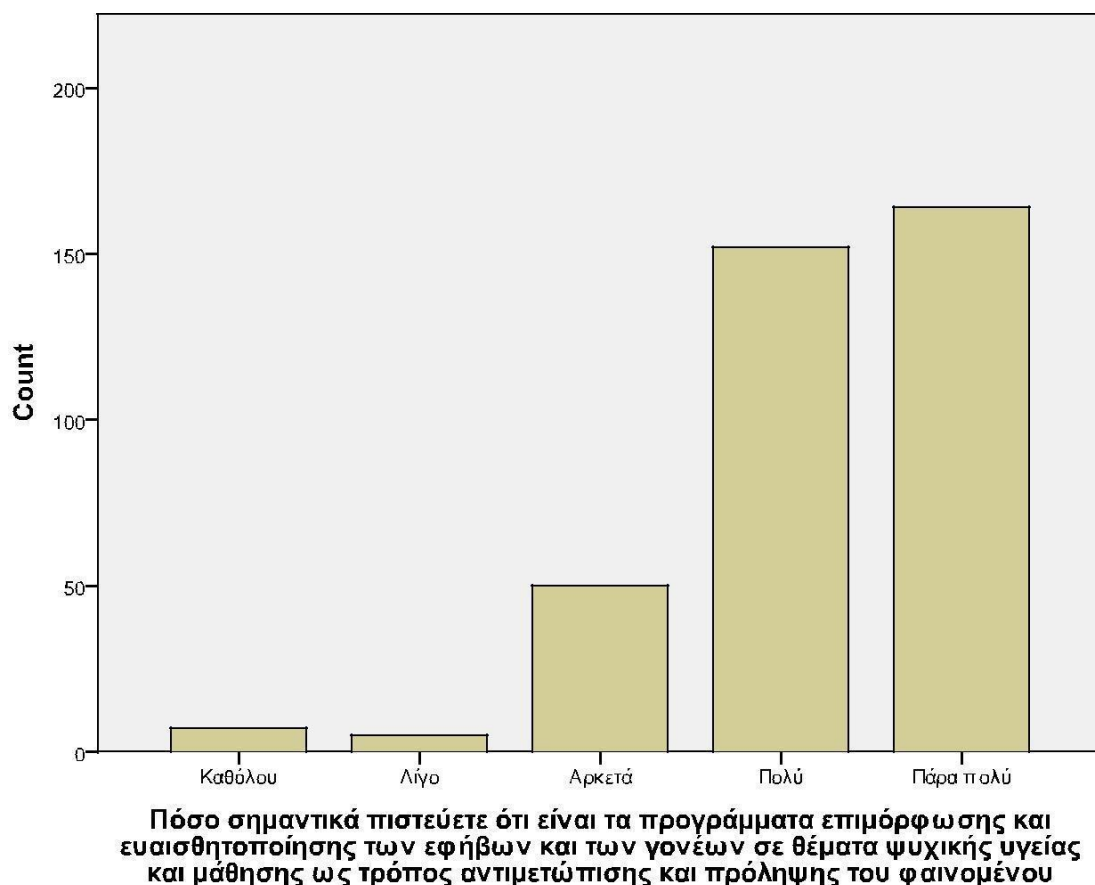
Η ενημέρωση γονέων για σημάδια αυτοκτονικού ιδεασμού ως τρόπος αντιμετώπισης του φαινομένου πιστεύουν κατά 57.9% πως είναι πολύ σημαντική. Παρόλα αυτά το 0.5% πιστεύει ότι είναι καθόλου σημαντικό, το 1.6% λίγο, το 13.8% αρκετά και το 26.2% πολύ.

## Διάγραμμα27



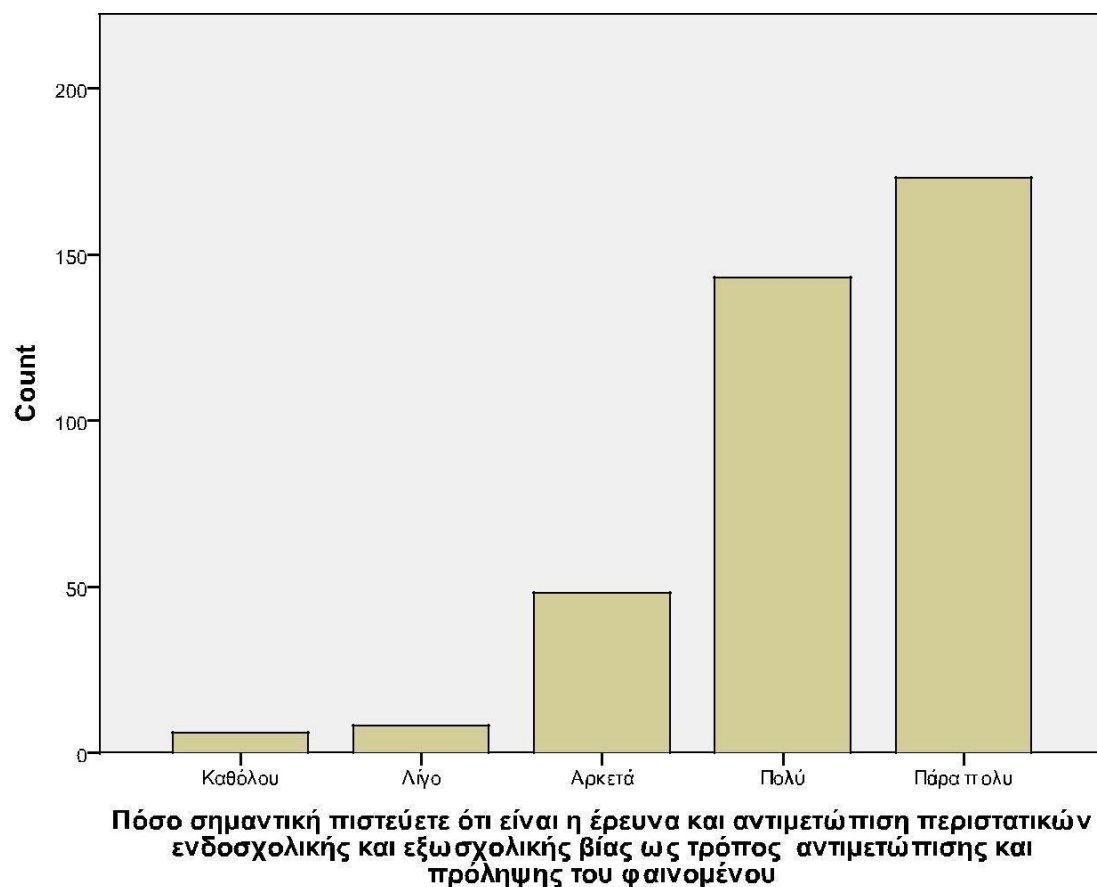
Στην ερώτηση αυτή το 68.3% μας απάντησε ότι είναι πάρα πολύ σημαντική η ομάδα υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας ως τρόπος αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου ενώ το 0.5% ήταν αρνητικό. Ενδιάμεσα το 2.1% απάντησε λίγο και το 5% αρκετά το 23.5%πολύ.

## Διάγραμμα28



Στην ερώτηση αυτή το 43.4% μας απάντησε ότι είναι πάρα πολύ σημαντικά τα προγράμματα επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης των εφήβων και των γονέων σε θέματα ψυχικής υγείας και μάθησης ως τρόπος αντιμετώπισης του φαινομένου ενώ το 1,9% ήταν αρνητικό. Το 1.3% μας απάντησε λίγο, το 13.2% μας απάντησε αρκετά και το 40.2 % που επίσης είναι υψηλό μας απάντησε πολύ.

## Διάγραμμα29



Στην ερώτηση αυτή το 45.8% μας απάντησε ότι η έρευνα και η αντιμετώπιση περιστατικών ενδοσχολικής και εξωσχολικής βίας είναι τρόπος αντιμετώπισης του φαινομένου ενώ το 1,6% ήταν αρνητικό. Το 2.1% μας απάντησε λίγο, το 12.7% μας απάντησε αρκετά και το 37.8 % που επίσης είναι υψηλό μας απάντησε πολύ.

## ***ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ***

Τα δεδομένα που προκύπτουν από την εργασία και την έρευνά μας συγκεκριμένα, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η εφηβική ηλικία στη ζωή του ανθρώπου είναι η πιο δύσκολη φάση, διότι το παιδί περνάει στην ενήλικη ζωή με αποτέλεσμα αν δεν συλλέξει της σωστές βάσεις να μην είναι ομαλή η μεταβίβασή του σε αυτή. Παρατηρήσαμε μέσα από βιβλιογραφικές πηγές, ότι οι περισσότεροι έφηβοι για να φτάσουν στην απόπειρα αυτοκτονίας ή είναι σε αδιέξοδο από προβλήματα που τους περιτριγυρίζουν ή πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Αρκετές φορές ο έφηβος επειδή νιώθει παραμελημένος από το περίγυρο του πραγματοποιεί την απόπειρα αυτοκτονίας για να τραβήξει την προσοχή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, συνήθως, δεν καταλήγουν στο θάνατο. Ωστόσο και η απόπειρα αυτοκτονίας είναι το ίδιο σοβαρή με την αυτοκτονία διότι πριν από την πράξη αυτοκτονίας υπάρχει ο ιδεασμός.

Η έρευνα αναφέρεται στην στάση και την άποψη των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας στα σχολεία της Περιφέρειας της Δυτικής Ελλάδος. Παρατηρήσαμε ότι στα περισσότερα σχολεία της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδος δεν υπάρχουν επαγγελματίες υγείας αλλά και ότι η στάση των εκπαιδευτικών προς αυτό το θέμα ήταν ανεπαρκής και για πολλούς αδιάφορο.

Τα αποτελέσματα που αντλήθηκαν από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί δεν έχουν ενημερωθεί για το θέμα της αυτοκτονίας των εφήβων, ούτε είναι σε θέση να βοηθήσουν και να αναγνωρίσουν έναν αυτοκτονικό έφηβο. Παρόλα αυτά πιστεύουν πως η ενημέρωση των γονέων, η ενδυνάμωση, η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, τα προγράμματα επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης των εφήβων και των γονέων σε θέματα ψυχικής υγείας και μάθησης, η έρευνα και αντιμετώπιση περιστατικών ενδοσχολικής και εξωσχολικής βίας, είναι σημαντικοί τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου.

Με βάση τα στοιχεία που συλλέξαμε, θα ήταν χρήσιμο να γίνουν μελλοντικές έρευνες πάνω στο φαινόμενο της αυτοκτονίας των εφήβων. Αρχικά, χρήσιμη έρευνα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί για τους παράγοντες της αυτοκτονίας των εφήβων και τους λόγους που οδηγούνται σε αυτοκαταστροφικές

συμπεριφορές. Ακόμα, μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να περιλαμβάνει τις αλλαγές στην αντίληψη, στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτών και των ειδικών υγείας στα σχολεία με την πάροδο του χρόνου και τη σύνδεσή τους με περιστατικά απόπειρων αυτοκτονίας των εφήβων, συγκεκριμένα με το βαθμό εκδήλωσης του φαινομένου-(μείωση ή αύξηση των αυτοκτονιών).

## ***ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ***

Είναι φανερό, ότι το πρόβλημα της αυτοκτονικότητας των εφήβων είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Αν και η αυτοκτονία είναι ένα συχνό φαινόμενο, εντούτοις αντιμετωπίζεται από την κοινωνία γενικά- και πιο συγκεκριμένα από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς- με φόβο και προκαταλήψεις. Η συμπεριφορά αυτή οδηγεί στη διαίωσιση του ζητήματος της αυτοκτονικότητας και όχι στη μείωσή του.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, χρήζει η ανάγκη ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και πρόληψης. Καθοριστικό ρόλο έχει η στάση των επαγγελματιών υγείας (Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί), του σχολείου, των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και των φορέων της κοινωνίας. Η δημιουργία προγραμμάτων σε σχολεία και η διοργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων θα ευαισθητοποιούσαν τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς και θα τους έφερναν πιο κοντά στο ζήτημα αυτό.

Ακόμα, εντύπωση προκαλεί η έλλειψη ειδικών υγείας στα σχολεία. Η εφηβεία είναι μια δύσκολη ηλικιακή περίοδος και η υποστήριξη σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση από τους Ψυχολόγους και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς είναι απαραίτητη. Η δημιουργία, επομένως, θέσεων εργασίας στο σχολικό χώρο, θα αντιμετώπιζε σε μεγάλο βαθμό το φαινόμενο αυτό.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Α.Α. Αβαγιανού (2000), ευθανασία, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 1957.
2. Αναστασιάδης. Β. Κ., ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας: τρόπος ορθής διαπαιδαγώγησής της στο σχολείο και την οικογένεια, Αθήνα 1993.
3. Α. Η. Black, W. F. Prokasy ,classical conditioning II: current research and theory appleton-century-crofts,1972
4. Burt R. 1989, η κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη.
5. Γαβριήλ Ι., η αυτοκτονία στην Πελοπόννησο, επιδημιολογία, ψυχοπαθολογία, κοινωνικοί παράγοντες, διδακτορική διατριβή, Πάτρα 1986.
6. Γαλανάκης Ε.Γ. (1996), Ο λυτρωτικός θάνατος στην αρχαία ελληνική γραμματεία.Αυτοκτονία.Ευθανασία.Βρεφοκτηνία, διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα .
7. Γεωργούλας Στράτος, ανήλικοι παραβάτες στην Ελλάδα..Κοινωνική αναπαράσταση και αντιμετώπιση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000.
8. Γεωργούλας Σ. (2003), η παραβατικότητα των ανηλίκων ως προβληματική κατάσταση : ο συνήγορος του παιδιού υπό το πρίσμα της καταργητικής πολιτικής», ποινική δικαιοσύνη.
9. Chabrol H., (1987), οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου, (μετάφραση Α.Τέρζογλου), εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα.
10. Durkheim E., (1897) Le Suicide. English Translation by J.A. Spaulding and G. Simson, the free press of Gleoncoe, New York (1951).
11. Ε. Λαζαράτου, .Κ. Αναγνωστόπουλος , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(5):466 474.
12. Freud S., Mourning and Melancholia (1917), in: Strachey j. The standard edition of the complete Psychological works of S. Freud, vol.19, Hogarth Press, London 1957.
13. Hawton K., Sauders K., O'Connor R, (Jun. 23 ,2012). Self harm and suicide in adolescents. Lancet 379 (9834) : 2373-82.



14. Καλοφωλιάς Ι., η αυτοκτονία εν τω κρατικό θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων Αθηνών κατά τα έτη 1945 μέχρι 1972, Αθήνα (1977).
15. Κάνιτζ Α-Λ Φον. (1981) Πατέρας. Ο νέος ρόλος του άντρα στην οικογένεια, Αθήνα, εκδόσεις Νότος.
16. Κούρος Ι., «Η Αυτοκτονία στον έφηβο», Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π ., Τόμος 10, Αθήνα 1996.
17. Kail RV., Cavanaugh C. (2010). Human Development ; a life span view.(5<sup>th</sup> edition) , Cengage Learning.
18. Kant (1984), τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών, εκδόσεις Δωδώνη, μετάφραση Τζαβάρα Γ.
19. Μαλλιάρης παιδεία, (2006) εγκυκλοπαίδεια τόμος 2.
20. Μανωλόπουλος Σ. Τσιαντής Ι., η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου, σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, πρώτος τόμος, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 1987.
21. Μέντη Χ. Αικατερίνη, κάπνισμα , ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ψυχοπαθολογία και άλλες συναφείς καταστάσεις , διδακτορική διατριβή, Πάτρα 2007.
22. Μ.Κ.Ο Κλίμακα, (2013), οδηγός πρόληψης της αυτοκτονίας.
23. Μουσούρου Λ, η κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας, Αθήνα, Gutenberg, 1993:8.
24. Μουτσάνας,Ε.,(2013), ιδιαιτερότητες και προβλήματα της εφηβείας,εκδόσεις Παλαμάς.
25. Μπεζέ Λ. (1991) «έφηβοι» , Αθήνα-Κομοτηνή , εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.
26. Πανεπιστήμιο Κύπρου, πανεπιστημιακό κέντρο ερευνών πεδίου. Είδη ερευνών.  
Ανάκτηση από : <http://www.ucy.ac.cy/pakepe/el/research-services/research-kind>
27. Παπαγεωργίου Β. (1998) Έφηβοι υπό την επιμέλεια της υπηρεσίας επιμελητών ανηλίκων: παιδοψυχιατρική προσέγγιση του φαινομένου της υποτροπής στην παραπτωματικότητα. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, σχολή επιστημών υγείας, τμήμα Ιατρικής, τομέας νευροεπιστημόνων, Θεσσαλονίκη.
28. Παπαγεωργίου, Γ. Ποσοτική έρευνα

Ανάκτηση από :

[http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou\\_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf](http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf)

29. Παπαϊωάννου Κ. (M.S.W), κλινική κοινωνική εργασία , κοινωνική εργασία με άτομα, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2008.
30. Παπαρίζος Αντώνης, η ελευθερία ενώπιον του θανάτου, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000.
31. Παπάς Η., συμβολή στην διερεύνηση της αυτοκτονίας από πρόθεσης και φονητικότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας, διδακτορική διατριβή, Ιωαννίνων 1998.
32. R.G. Frey – Ph. D., «Hume on suicide», the journal of medicine and philosophy, Oxford Journals.
33. Rozanov V, Carli V (Jul. 2012). Suicide among war veterans. International journal of environment research and public health. 9(7):2504-19
34. Τζωρτζάκη Κ., «μαμά κόψε το κήρυγμα», τόμος Α, Αθήνα, εκδόσεις Καλλέντης 2005.
35. Τσιάντης Ι., σύγχρονα θέματα παιδαγωγικο-ιατρικής, πρώτος τόμος, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1987.
36. Τσουκαλοχωρίτου Ε., (2012), ευθανασία: ηθικοί προβληματισμοί, διδακτορική διατριβή, τμήματος νηπιαγωγών της σχολής ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών του πανεπιστημίου Πατρών.
37. Shaffer D. (2004), Εξελικτική ψυχολογία, παιδική ηλικία και εφηβεία, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, μετάφραση Μαριάννα Αντωνοπούλου.
38. Shaffer D, Gould MS , Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M..Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996 Apr 53(4):339-48.
39. Σταθόπουλος,1999 «κοινωνική πρόνοια, μια γενική θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.
40. Φαρσεδάκης,(1985) παραβατικότητα και κοινωνικός έλεγχος των ανηλίκων, νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

A/A#\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: //

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο με θέμα οι «**στάσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την αυτοκτονικό ιδεασμό των εφήβων**» συντάχθηκε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας σε συνεργασία με την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας και τον αντιπεριφερειάρχη του τμήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι βασικοί στόχοι της παρούσας έρευνας είναι οι εξής :

- Να εξεταστούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας για τον αυτοκτονικό ιδεασμό μεταξύ των μαθητών/τριών.
- Να καταδυθεί η άποψή τους αναφορικά με το ρόλο τους στην αντιμετώπιση του φαινομένου.
- Να εξεταστεί η σύνδεση ανάμεσα στις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των εκπαιδευτικών και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζουν οι ίδιοι κατά τη διαχείριση σχετικών περιστατικών στη σχολική πραγματικότητα.
- Να διατυπωθούν προτάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά το σχεδιασμό σχετικών προγραμμάτων αντιμετώπισης του φαινομένου.

Θα επιθυμούσαμε σύμφωνα με τις προσωπικές σας εμπειρίες να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις , δίνοντας μια μόνο απάντηση. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθεια και το χρόνο σας.

**Γκούβα Θεοδώρα**

**Τσίκα Αικατερίνη**

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

### 1. Ειδικότητα:

Ψυχολόγος   
Κοινωνικός λειτουργός   
Εκπαιδευτικός

2. Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

3. Ηλικία: -30  31-40  41-50  51-60  61+

4. Επίπεδο μόρφωσης: Πτυχιακό  Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό

### 5. Χρόνια εργασίας:

1-5  6-10  11-15   
16-20  21-25  26+

6. Περιοχή εργασίας: Αστικό κέντρο  Επαρχία

### 7. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η  Έγγαμος/η   
Χήρος/α  Διεζευγμένος/η

8. Αριθμός παιδιών;  0  1  2  3  4+

## Ερωτήσεις για τον αυτοκτονικό ιδεασμό των εφήβων:

9. Είχατε παρατηρήσει ή διαχειριστεί αυτοκτονικούς εφήβους κατά την διάρκεια της επαγγελματικής σας καριέρας? Ναι  Όχι

10. (εάν απαντήσατε ναι) Πόσους: ...

11. Έχετε ενημερωθεί για την πρόληψη του φαινομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού; Ναι  Όχι

12. Με ποιον τρόπο ενημερωθήκατε ;

- Βιβλιογραφικά  Ερευνητικά  Διαδίκτυο   
  
 Εκπαιδευτικά  Μέσα από ημερίδες/συνέδρια  ΜΜΕ

Παρακαλούμε επιλέξτε την κατάλληλη απάντηση με βάση την ακόλουθη ιεραρχική κλίματα (1. Ναι , 2. Όχι )

13. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Ψυχιατρική νόσο	1	2
14. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Κατάθλιψη	1	2
15. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Σχολικό εκφοβισμό	1	2
16. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις	1	2
17. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Ιστορικό κακοποίησης	1	2
18. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό λόγω Οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια	1	2
19. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Κατάχρηση ουσιών	1	2
20. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό μέσω της χρήσης του Διαδικτύου	1	2
21. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό επειδή δεν έχει την απαιτούμενη προσοχή των ενηλίκων	1	2
22. Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό όταν διακατέχεται υπέρμετρα από συναισθήματα μοναξιάς/απογοήτευσης/θλίψης	1	2

Παρακαλούμε επιλέξτε την κατάλληλη απάντηση με βάση την ακόλουθη ιεραρχική κλίματα (1 καθόλου, 2 λίγο, 3 αρκετά, 4 πολύ, 5 πάρα πολύ)

23. Κατά πόσο πιστεύετε ότι έχετε την δυνατότητα να αναγνωρίζετε τους έφηβους με αυτοκτονικό ιδεασμό	1	2	3	4	5
24. Κατά πόσο πιστεύετε ότι έχετε την δυνατότητα να αντιμετωπίζετε τους έφηβους με αυτοκτονικό ιδεασμό	1	2	3	4	5

**Πόσο σημαντικοί πιστεύετε ότι είναι οι παρακάτω τρόποι αντίδρασης, αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου; (1 καθόλου, 2 λίγο, 3 αρκετά, 4 πολύ, 5 πάρα πολύ)**

<b>25. Ενδυνάμωση εφήβου</b>	1	2	3	4	5
<b>26. Ενημέρωση γονέων για σημάδια αυτοκτονικού ιδεασμού</b>	1	2	3	4	5
<b>27. ομάδα υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας</b>	1	2	3	4	5
<b>28. Προγράμματα επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης των εφήβων και των γονέων σε θέματα ψυχικής υγείας και μάθησης</b>	1	2	3	4	5
<b>29. Έρευνα και αντιμετώπιση περιστατικών ενδοσχολικής και εξωσχολικής βίας</b>	1	2	3	4	5

*Σας ευχαριστούμε*

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Πίνακας 1 (Ειδικότητα)

	Συχνότητα	Της%
Κοινωνικός Λειτουργός	3	0.8
Εκπαιδευτικός	375	99.2
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 2(Φύλο)

	Συχνότητα	Της %
Αντρας	155	41.0
Γυναίκα	222	58.7
Σύνολο	377	99.7
Δεν απάντησαν	1	0.3
Σύνολο	378	100.0%

Πίνακας 3 (Ηλικία)

	Συχνότητα	Της %
-30	19	5.0
31-4-	41	10.8
41-50	157	41.5
51-60	146	38.6
61+	15	4.0
Σύνολο	378	100.0%



Πίνακας 4 (Οικογενειακή κατάσταση)

	Συχνότητα	Της %
Άγαμος	63	16.7
Έγγαμος	280	74.1
Χήρος	8	2.1
Διεζευγμένος	27	7.1
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 5 (Επίπεδο Μόρφωσης)

	Συχνότητα	Της %
Πτυχιακό	299	79.1
Μεταπτυχιακό	60	15.9
Διδακτορικό	19	5.0
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 6 (Χρόνια εργασίας )

	Συχνότητα	Της %
1-5	29	7.7
6-10	18	4.8
11-15	49	13.0
16-20	107	28.3
21-25	68	18.0
26+	107	28.3
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 7 (Περιοχή εργασίας)

	Συχνότητα	Της %
Αστικό Κέντρο	322	85.2
Επαρχία	56	14.8
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 8 (Οικογενειακή κατάσταση)

	Συχνότητα	Της %
Άγαμος	64	16.9
Έγγαμος	280	74.1
Χήρος	8	2.1
Διεζευγμένος	26	6.9
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 9 (Αριθμός παιδιών )

	Συχνότητα	Της %
0	65	17.2
1	56	14.8
2	165	43.7
3	72	19.0
4+	17	4.5
Σύνολο	375	99.2
Δεν απάντησαν	3	0.8
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 10 (Είχατε παρατηρήσει ή διαχειριστεί αυτοκτονικούς εφήβους κατά της διάρκεια της επαγγελματικής σας καριέρας;)*

	Συχνότητα	Της %
Ναι	80	21.2
Όχι	290	76.7
Σύνολο	370	97.9
Δεν απάντησαν	8	2.1
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 11 (Πόσους;)*

	Συχνότητα	Της %
0	306	81.0
1	33	8.7
2	22	5.8
3	6	1.6
4	3	0.8
Σύνολο	370	97.9
Δεν απάντησαν	8	2.1
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 12 (Έχετε ενημερωθεί για την πρόληψη του φαινομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού;)

	Συχνότητα	Της %
Ναι	106	28.0
Όχι	264	69.8
Σύνολο	370	97.9
Δεν απάντησαν	8	2.1
Σύνολο	378	100.0%

Πίνακας 13 (Με ποιόν τρόπο ενημερωθήκατε;)

	Συχνότητα	Της %
Βιβλιογραφικά	26	6.9
Ερευνητικά	4	1.1
Διαδίκτυο	26	6.9
Εκπαιδευτικά	16	4.2
Ημερίδες / Συνέδρια	2	.5
M.M.E	4	1.1
Διαδίκτυο, Εκπαιδευτικά, M.M.E	15	4.0
Βιβλιογραφικά, Διαδίκτυο	15	4.0
Βιβλιογραφικά, M.M.E	3	.8
Βιβλιογραφικά, Διαδίκτυο, Εκπαιδευτικά	3	.8
Ημερίδες / Συνέδρια, Διαδίκτυο	4	1.1
Βιβλιογραφικά. Ημερίδες / Συνέδρια	1	.3
Βιβλιογραφικά, , Εκπαιδευτικά	1	.3
Διαδίκτυο, M.M.E	1	.3
Διαδίκτυο, M.M.E., Βιβλιογραφικά	4	1.1
Βιβλιογραφικά, M.M.E. , Ερευνητικά, Ημερίδες / Συνέδρια	6	1.6
Σύνολο	131	34.7
Δεν απάντησαν	247	65.3
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 14 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από ψυχιατρική νόσο;)

	Συχνότητα	Της %
Ναι	278	73.5
Όχι	97	25.7
Σύνολο	375	99.2
Δεν απάντησαν	3	0.8
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 15 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Κατάθλιψη;)

	Συχνότητα	Της %
Ναι	313	82.8
Όχι	65	17.2
Σύνολο	378	100%

Πίνακας 16 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Σχολικό εκφοβισμό;)

	Συχνότητα	Της %
Ναι	238	63.0
Όχι	140	37.0
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 17 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις;)*

	Συχνότητα	Της %
Ναι	256	67.7
Όχι	122	32.3
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 18 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Ιστορικό κακοποίησης;)*

	Συχνότητα	Της %
Ναι	289	76.5
Όχι	89	23.5
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 19 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό λόγω Οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια;)*

	Συχνότητα	Της %
Ναι	89	23.5
Όχι	289	76.5
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 20 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό από Κατάχρηση ουσιών;)*

	Συχνότητα	Της %
Ναι	257	68.0
Όχι	121	32.0
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 21 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό μέσω της χρήσης του Διαδικτύου;)*

	Συχνότητα	Της %
Ναι	253	66.9
Όχι	125	33.1
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 22 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό επειδή δεν έχει την απαιτούμενη προσοχή των ενηλίκων;)*

2	Σύνολο	Της %
Ναι	187	49.5
Όχι	191	50.5
Σύνολο	378	100%



*Πίνακας 23 (Ο έφηβος οδηγείται στον αυτοκτονικό ιδεασμό όταν διακατέχεται υπέρμετρα από συναισθήματα μοναξιάς/απογοήτευσης/θλίψης;)*

	Συχνότητα	Της%
Ναι	318	84.1
Όχι	60	15.9
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 24 (Κατά πόσο πιστεύετε ότι έχετε την δυνατότητα να αναγνωρίζετε τους έφηβους με αυτοκτονικό ιδεασμό;)*

	Συχνότητα	Της %
Καθόλου	70	18.5
Λίγο	208	55.0
Αρκετά	67	17.7
Πολύ	22	5.8
Πάρα πολύ	11	2.9
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 25 (Κατά πόσο πιστεύετε ότι έχετε την δυνατότητα να αντιμετωπίζετε τους έφηβους με αυτοκτονικό ιδεασμό;)*

	Συχνότητα	Της %
Καθόλου	141	37.3
Λίγο	158	41.8
Αρκετά	55	14.6
Πολύ	11	2.9
Πάρα πολύ	13	3.4
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 26 (Πόσο σημαντικοί πιστεύετε ότι είναι η ενδυνάμωση εφήβου ως τρόπος αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου;)*

	Συχνότητα	Της%
Καθόλου	6	1.6
Λίγο	13	3.4
Αρκετά	43	11.4
Πολύ	78	20.6
Πάρα πολύ	238	63.0
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 27 (Πόσο σημαντική πιστεύετε ότι είναι η ενημέρωση γονέων για σημάδια αυτοκτονικού ιδεασμού ως τρόπος αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου;)*

	Συχνότητα	Της %
Καθόλου	2	0.5
Λίγο	6	1.6
Αρκετά	52	13.8
Πολύ	99	26.2
Πάρα πολύ	219	57.9
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 28 (Πόσο σημαντική πιστεύετε ότι είναι η ομάδα υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας ως τρόπος αντιμετώπισης του φαινομένου;)*

	Συχνότητα	Της %
Καθόλου	2	0.5
Λίγο	8	2.1
Αρκετά	19	5.0
Πολύ	89	23.5
Πάρα πολύ	258	68.3
Σύνολο	376	99.5
Δεν απάντησαν	2	0.5
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 29 (Πόσο σημαντικά πιστεύετε ότι είναι τα προγράμματα επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης των εφήβων και των γονέων σε θέματα ψυχικής υγείας και μάθησης ως τρόπος αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου;)*

	Συχνότητα	Της %
Καθόλου	7	1.9
Λίγο	5	1.3
Αρκετά	50	13.2
Πολύ	152	40.2
Πάρα πολύ	164	43.4
Σύνολο	378	100%

*Πίνακας 30 ( Πόσο σημαντική πιστεύετε ότι είναι η έρευνα και η αντιμετώπιση περιστατικών ενδοσχολικής και εξωσχολικής βίας ως τρόπος αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου;)*

	Συχνότητα	Της %
Καθόλου	6	1.6
Λίγο	8	2.1
Αρκετά	48	12.7
Πολύ	143	37.8
Πάρα πολύ	173	45.8
Σύνολο	378	100%