

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

# **ΕΛΕΥΘΕΡΝΑ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΕΤΗΡΙΔΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**  
**ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΤΟΜΟΣ ΠΡΩΤΟΣ**  
**ΡΕΘΥΜΝΟ 2004**

# Αυτοκτονική Συμπεριφορά: Στάσεις, Αντιλήψεις και Προσωπικές Εμπειρίες σε Φοιτητικό Πληθυσμό

Θογα Θεμελή<sup>1</sup>, Θεόδωρος Γιοβαζολιάς<sup>2</sup>  
και Κατερίνα Μάσχα<sup>3</sup>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να αποτελεί ένα αρκετά συχνό φαινόμενο. Η αυτοκτονία κατέχει σήμερα την όγδοη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο στις αιτίες θανάτου στο γενικό πληθυσμό. Οι στατιστικές δείχνουν ότι κάθε χρόνο αυτοκτονούν σε όλο τον κόσμο από 500.000 έως και 1.200.000 άνθρωποι. Υπολογίζεται δε ότι αν δε γίνουν άμεσα προγράμματα πρόληψης, τα θύματα αυτοχειρίας θα ανέλθουν μέχρι το 2020 σε 1.500.000 άτομα το χρόνο (WHO, 2000). Ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και την αυτοκτονία επηρεάζονται. Οι τρόποι με τους οποίους σκεφτόμαστε για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και την αυτοκτονία επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες συμπεριλαμβανομένου του θρησκευτικού και πολιτιστικού πλαισίου στο οποίο έχουμε ανατραφεί. Έχει διαπιστωθεί ότι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που σχετίζονται με την αυτοκτονία είναι το γεγονός ότι γονείς, δάσκαλοι, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και η ίδια η νεολαία δεν είναι ενημερωμένη για μια πληθώρα μύθων και παρερμηνειών που συνδέονται με αυτό το θέμα.

Η παρούσα μελέτη είχε στόχο τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων ενός δείγματος φοιτητών καθώς και την καταγραφή τυχόν προσωπικών εμπειριών αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Ένα δείγμα 275 φοιτητών συμπλήρωσε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο που στόχευε στο να διερευνήσει τις αντιλήψεις και τις στάσεις τους απέναντι στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά καθώς επίσης και διάφορους μύθους και πραγματικότητες που περιβάλλουν αυτό το ζήτημα. Διερευνούσε επίσης την προσωπική εμπειρία τους με τυχόν αυτοκαταστροφικές σκέψεις ή συμπεριφορές. Τα αποτελέσματα έ-

1,2,3. Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης  
themeli@psy.soc.uoc.gr

δειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος είχε μια περιορισμένη γνώση σχετικά με το φαινόμενο της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και ότι ένας αξιοσημείωτος αριθμός συμμετεχόντων είχε στο παρελθόν την εμπειρία κάποιας μορφής αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Συζητούνται η σημασία της ευαισθητοποίησης και της έγκυρης πληροφόρησης του κοινού καθώς επίσης και η ανάγκη δημιουργίας αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** αυτοκτονική συμπεριφορά, φοιτητές, αντιλήψεις, μύθοι, πρόληψη

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αυτοχειρία κατέχει σήμερα την 6<sup>η</sup> θέση σε παγκόσμιο επίπεδο στις αιτίες θανάτου στο γενικό πληθυσμό. Την τελευταία δε εικοσαετία, ο δείκτης αυτοκτονιών στις ηλικίες 15-24 διπλασιάστηκε, καταλαμβάνοντας έτσι η αυτόβουλη αφαίρεση της ζωής την τρίτη θέση στις αιτίες θανάτου στους νέους, εντάσσοντάς τους σε ομάδα υψηλού κινδύνου αυτοχειρίας (Cantor, 2000· Hawton, 1994).

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κάθε χρόνο αυτοκτονούν σε όλο τον κόσμο από 500.000 έως και 1.200.000 άνθρωποι. Υπολογίζεται δε ότι αν δε γίνουν άμεσα προγράμματα πρόληψης, τα θύματα αυτοχειρίας θα ανέλθουν μέχρι το 2020 σε 1.500.000 άτομα το χρόνο.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι κάθε σαράντα δευτερόλεπτα σε κάποιο σημείο αυτού του πλανήτη, ένας άνθρωπος αφαιρεί τη ζωή του, ενώ κάθε τρία δευτερόλεπτα κάποιος άλλος αποπειράται να την αφαιρέσει. Τονίζεται επίσης ότι τα θύματα της αυτοχειρίας σε διεθνές επίπεδο ειρηνώς, είναι περισσότερα από τα θύματα των ένοπλων συρράξεων (Schmidtke, Billie-Brahe, De Leo, & Kerkhof, 2002· WHO, 2000).

Η αυτοκτονία είναι ένα πολυσύνθετο και δυσχερές στην κατανόησή του φαινόμενο. Υπάρχει πολυφωνία τόσο ως προς τα αίτια της πράξης όσο και ως προς το ίδιο τον ορισμό της. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), ενώ έχει ορίσει την απόπειρα αφαίρεσης της ζωής δεν έχει ακόμη διατυπώσει έναν ορισμό για την πράξη της αυτοκτονίας (Kerkhof & Arensman, 2000).

Είναι τελικά η αυτοκτονική συμπεριφορά το αποτέλεσμα μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής (Esquirol, 1838) ή το αποτέλεσμα σημαντικών βιολογικών δυσλειτουργιών (Motto, 2000· Van Hecring, 2001); Αποτελεί η αυτοκτονία έκφραση του έμφυτου στον άνθρωπο ένστικτο του θανάτου (Freud, 1930) ή μήπως πρόκειται για μία πράξη αποκλειστικά κοινωνική (Durkheim, 1897); Ποιοι και γιατί καταφεύγουν στην ύστατη "κραυγή βοήθειας" (Soubrier, 1993); Τι στερεί τον άνθρωπο από τον έλλογο σκεπτικό μηχανι-

ομό και τον οδηγεί στη “διχότομη σκέψη” (Chabrol, 1987· Neuringer, 1976· Williams & Pollock, 2000);

Η πολυφωνία γύρω από τις απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα σε συνδυασμό με τις εκάστοτε ηθικοκοινωνικές αξίες της εποχής, περιέβαλαν την αυτοκτονία με μια σειρά από μύθους, δοξασίες, προκαταλήψεις και ιδιόζουσες ανειλήψεις.

Αν και η διεθνής βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά πλούσια στη μελέτη της αυτοχειρίας, η επιστημονική συζήτηση γύρω από τα παραπάνω ερωτήματα παραμένει ιδιαίτερα φτωχή. Η αυτοκτονία αποτελεί στις μέρες μας σε παγκόσμιο επίπεδο τόσο ένα σημαντικό κοινωνικό ζήτημα όσο και ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας. Η διαιώνιση του μύθου του αναπότρεπτου της αυτοκτονίας, ο στιγματισμός του αυτόχειρα ως “τρελού”, η θρησκευτική καταδίκη της αυτόβουλης αφαίρεσης της ζωής, η υιοθέτηση νομικών επιχειρημάτων για την υποστήριξη του αξιόποινου χαρακτήρα της αυτοπροσβολής κ.ά, ακυρώνουν κάθε προσπάθεια αντιμετώπισης του φαινομένου.

Παραταύτα τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν σε κάποιες βασικές θέσεις, μεταξύ των οποίων οι εξής:

1. Η αυτοκτονία είναι μια πράξη που μπορεί να προβλεφθεί και να αποτραπεί (Leenaars & Lester, 1995).
2. Η ενημέρωση και η συζήτηση που αφορούν θέματα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα (Eskip, 1999).
3. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εφηβείας αλλά μετά το πέρασμα στην τρίτη ηλικία (De Leo, 1999).
4. Τα αίτια της αυτοκτονίας είναι πολυπαραγοντικά και ως εκ τούτου δεν αναζητούνται μόνο σε διαταραχές της ψυχικής υγείας (Kerkhof & Kunsj, 1994).
5. Ο κίνδυνος αποτροπής δεν μειώνεται μετά από ενδείξεις θετικής συμπεριφοράς (Kerkhof & Argensman, 2000).

Στη χώρα μας –μια από τις ελάχιστες στην Ευρώπη χωρίς οργανωμένα προγράμματα πρόληψης– η ανάγκη για αλλαγή των παραδοσιακών στάσεων και αντιλήψεων για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, προβάλλει επιτακτικά (United Nations, 1996). Η παρούσα έρευνα στόχο έχει τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών γύρω από το φαινόμενο της αυτοκτονίας καθώς και την καταγραφή τυχόν προσωπικών εμπειριών.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 275 φοιτητές διαφορετικών σχολών και τμημάτων (71 άνδρες, 204 γυναίκες) του Πανεπιστημίου Κρήτης (Ρέθυμνο). Η

πλειοψηφία ωστόσο των συμμετεχόντων ( $n=96$ , 34.9%) ήταν φοιτητές του τμήματος Ψυχολογίας. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 20.2 χρόνια ( $T.A. = 1.86$ ). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (41.9%) ανήκε στην ηλικιακή ομάδα (η.ο.) 18-19χρ., το 39% στην η.ο. 20-21, ενώ το 19.1% στην η.ο. 22-28. Η παραπάνω ηλικιακή ομαδοποίηση χρησιμοποιήθηκε αργότερα και στις επιμέρους αναλύσεις.

Υπογραμμίζεται επίσης ότι το 28% των συμμετεχόντων προέρχονταν από μεγαλουπόλεις (πάνω από 250.000 κατοίκους), το 25.5% από πόλεις (10-80.000 κατ.), το 21.8% από μεγάλες πόλεις (80-250.000 κατ.), το 12% από χωριό (έως 2000 κατ.), το 9.5% από κωμοπόλεις (2-10.000 κατ.), ενώ ένα 3% περίπου είχαν μόνιμη κατοικία στο εξωτερικό.

### *Διαδικασία*

Η προσέγγιση των φοιτητών έγινε κατά κύριο λόγο στους χώρους του Πανεπιστημίου Κρήτης (Ρέθυμνο). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν από τους φοιτητές, στην αρχή ή στο τέλος των παραδόσεών τους (προκειμένου να εξασφαλιστεί το δυνατόν μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων), αφού προηγουμένως είχε ζητηθεί η άδεια από τον εκάστοτε διδάσκοντα.

Προτού ξεκινήσει η διαδικασία γινόταν μια σύντομη εισαγωγή από τους ερευνητές σχετικά με τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας, εξηγούνταν με σαφήνεια η τήρηση της ανωνυμίας και η δέσμευση για προσεκτικό χειρισμό των προσωπικών απόψεων και εμπειριών των συμμετεχόντων. Οι ερευνητές ήταν παρόντες προκειμένου να δοθούν διευκρινήσεις στους φοιτητές κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

### *Εργαλεία*

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα ένα ερωτηματολόγιο το οποίο συνέταξαν οι ερευνητές αφού έλαβαν υπόψη τους μύθους και τις αντιλήψεις περί αυτοκτονικής συμπεριφοράς όπως αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Shneidman, 2000· Leenaars & Lester, 1995· De Leo, 1999· Hawton, 2000). Επίσης έναυσμα για τη διατύπωση συγκεκριμένων ερωτήσεων αποτέλεσαν ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σε διεθνείς έρευνες (Diekstra & Kerckhof, 1989). Οι ερωτήσεις μεταφράστηκαν από τρία άτομα ξεχωριστά, γνώστες της αγγλικής γλώσσας, και κατόπιν ελέγχθηκε η συμφωνία μεταξύ των τριών μεταφράσεων. Τονίζεται ωστόσο ότι βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι η μη στάθμιση των εν λόγω ερωτηματολογίων στη χώρα μας.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρεται σε δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (π.χ. φύλο, ηλικία, τόπο μόνιμης διαμονής, σχολή φοίτησης), ενώ το δεύτερο μέρος διερευνά τις στάσεις και τις αντιλήψεις των

φοιτητών για την αυτοκτονία μέσα από μια σειρά προτάσεων (10), οι οποίες μεταξύ άλλων εξετάζουν την 'ηθικότητα' ή την 'νοσηρότητα' της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (π.χ. "Η αυτοκτονία είναι μια πράξη ανήθικη αφού αντιβαίνει στις βασικές αρχές της χριστιανικής θρησκείας", "Όποιος αυτοκτονεί είναι ψυχικά διαταραγμένος", "Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη, κανένας λογικός και συνετός άνθρωπος δεν αυτοκτονεί"). Οι συμμετέχοντες εδώ κλήθηκαν να δηλώσουν τη συμφωνία ή τη διαφωνία τους σε μια 5θμια κλίμακα ('Συμφωνώ απόλυτα', 'Μάλλον συμφωνώ', 'Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ', 'Μάλλον διαφωνώ', και 'Διαφωνώ απόλυτα').

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 18 προτάσεις οι οποίες ζητούν από τους συμμετέχοντες να διακρίνουν το μύθο από την πραγματικότητα σχετικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά (π.χ. "Όποιος λέει ότι θα αυτοκτονήσει δεν το κάνει τελικά ποτέ. Αυτοκτονούν εκείνοι, οι οποίοι δεν έχουν κάνει ποτέ λόγο για αυτοκτονία", "Οι γυναίκες αυτοκτονούν συχνότερα από τους άντρες" και "Όποιος επέζησε μετά από μια απόπειρα αυτοκτονίας, έχει ελάχιστες πιθανότητες να επαναλάβει την πράξη του"). Οι συμμετέχοντες δήλωναν την συμφωνία ή την διαφωνία τους απαντώντας "Σωστό" ή "Λάθος". Τέλος, το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 8 προτάσεις καταγραφής προσωπικής εμπειρίας αυτοκτονικής συμπεριφοράς (κατά το παρελθόν αλλά και κατά το παρόν) των συμμετεχόντων, (π.χ. "Ευχήθηκα κατά το παρελθόν να είχα πεθάνει", "Έχω προσπαθήσει να αυτοκτονήσω", "Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω"), στις οποίες απαντούσαν θετικά ή αρνητικά ("Ναι" ή "Όχι"). Οι ερωτήσεις του τέταρτου μέρους προέρχονται από την ελληνική έκδοση της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck (BDI). Η κλίμακα σύμφωνα με τους συγγραφείς παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία, ενώ ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  είναι 0,84. (Ντώνιας & Δεμερτζής, 1983).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### *Στάσεις και Αντιλήψεις για την Αυτοκτονία*

Αρχικά υπολογίστηκαν και αναλύθηκαν προσεκτικά τα ποσοστά των απαντήσεων σε κάθε πρόταση, προκειμένου να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών.

Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης παρατίθενται στον Πίνακα 1.

Κατόπιν διενεργήθηκαν  $\chi^2$  τεστ μεταξύ των συχνοτήτων των απαντήσεων που δήλωναν συμφωνία (Συμφωνώ Απόλυτα και Συμφωνώ) και των συχνοτήτων των απαντήσεων που δήλωναν διαφωνία (Διαφωνώ Απόλυτα και Διαφωνώ), ώστε να διαπιστωθεί εάν οι φοιτητές τείνουν να συμφωνούν ή να διαφωνούν περισσότερο σε κάποια από αυτές τις προτάσεις (Πίνακας 2).

**Πίνακας 1. Ποσοτά Απαντήσεων των Φοιτητών στις Προτάσεις του Πρώτου Μέρους του Ερωτηματολογίου (Στάσεις και Αντιλήψεις)**

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερη στάση	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Η αυτοκτονία είναι μια πράξη ανήθικη	15.0%	17.3%	16.9%	18.0%	32.7%
2. Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη	18.0%	20.2%	18.7%	27.3%	15.7%
3. Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράνομη	6.0%	14.3%	21.1%	28.3%	30.2%
4. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κληρονομείται από γενιές σε γενιές	3.8%	13.5%	17.7%	28.6%	36.5%
5. Όποιος αυτοκτονεί είναι ψυχικά διαταραγμένος	18.4%	32.7%	19.5%	19.5%	9.8%
6. Θα αισθανόμουν ντροπή αν κάποιο μέλος της οικογένειάς μου αυτοκτονούσε	10.2%	18.5%	16.6%	21.1%	33.6%
7. Θα αισθανόμουν αποτυχημένος/η αν κάποιο άτομο αυτοκτονούσε παρά τη βοήθειά μου	27.2%	37.0%	18.5%	9.1%	8.3%
8. Δε θα εμπόδιζα κάποιον αν ήθελε να αυτοκτονήσει	0.7%	1.1%	4.5%	13.9%	79.8%
9. Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ανίατη ασθένεια	3.0%	10.1%	18.7%	17.9%	50.4%
10. Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια	0.4%	1.1%	9.0%	19.1%	70.4%

Όλα τα  $\chi^2$  τεστ έδειξαν στατιστική σημαντικότητα με εξαίρεση την πρόταση 2 («Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη»), όπου δε βρέθηκαν διαφορές στον αριθμό των φοιτητών που συμφωνούσαν και στον αριθμό των φοιτητών που διαφωνούσαν με αυτήν. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι φοιτητές τείνουν να διαφωνούν με την ιδέα ότι η αυτοκτονία είναι πράξη ανήθικη, παράλογη και κληρονομούμενη. Από την άλλη, τείνουν να συμφωνούν με την πρόταση ότι όποιος αυτοκτονεί είναι ψυχικά διαταραγμένος. Η πλειοψηφία επίσης των συμμετεχόντων δηλώνει πως δε θα αισθανόταν ντροπή εάν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους αυτοκτονούσε. Αντίθετα καταθέτουν πως θα τους καταλάμβαναν συναισθήματα αποτυχίας εάν κάποιο άτομο παρά τη λήψη βοήθειας από τους ίδιους, οδηγούνταν τελικά στην αυτοχειρία.

**Πίνακας 2. Συχνότητες και  $\chi^2$  τεστ των φοιτητών που συμφωνούν ή διαφωνούν στις Προτάσεις Σχετικά με τις Στάσεις και Αντιλήψεις για την Αυτοκτονία.**

	Συμφωνία.	Διαφωνία.	
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη ανήθικη	86	135	$\chi^2(1)=10.86, p<0.001$
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη	102	115	$\chi^2(1)=0.78, p>0.05$
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράνομη	54	155	$\chi^2(1)=48.81, p<0.001$
Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κληρονομείται από γενιά σε γενιά	46	173	$\chi^2(1)=73.65, p<0.001$
Όποιος αυτοκτονεί είναι ψυχικά διαταραγμένος	136	78	$\chi^2(1)=15.72, p<0.001$
Θα αισθανόμουν ντροπή αν κάποιο μέλος της οικογένειάς μου αυτοκτονούσε	76	145	$\chi^2(1)=21.54, p<0.001$
Θα αισθανόμουν αποτυχημένος/η αν κάποιο άτομο αυτοκτονούσε παρά τη βοήθειά μου	170	46	$\chi^2(1)=71.18, p<0.001$
Δε θα εμπόδιζα κάποιον αν ήθελε να αυτοκτονήσει	5	250	$\chi^2(1)=235.39, p<0.001$
Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ανίατη ασθένεια	35	183	$\chi^2(1)=100.48, p<0.001$
Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια	4	239	$\chi^2(1)=227.26, p<0.001$

Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία αναφέρει ότι θα εμπόδιζε κάποιον να αφαιρέσει αυτόβουλα τη ζωή του και δε θα υποβοηθούσε κανένα πάσχοντα ψυχικής διαταραχής ή ανίατης σωματικής ασθένειας να αυτοκτονήσει.

Στη συνέχεια εξετάστηκαν δημογραφικοί παράγοντες στις απαντήσεις των φοιτητών σε αυτές τις προτάσεις. Προκειμένου να διατηρηθούν όλες οι πληροφορίες που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες (π.χ. “απόλυτη διαφωνία” αντί “διαφωνία”, κλπ) αλλά και για να διευκολυνθεί η ερμηνεία των αποτελεσμάτων, οι απαντήσεις (δεδομένα) θεωρήθηκαν ως συνεχόμενα / τακτικά (χρησιμοποιήθηκε μια 5-μια κλίμακα με τα υψηλότερα σκορ να δηλώνουν περισσότερη διαφωνία).

Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση παραμετρικά τεστ. Εξετάστηκε η επίδραση του φύλου στη συχνότητα των απαντήσεων σε κάθε πρόταση με τη χρήση του κριτηρίου  $t$  ανεξάρτητων δειγμάτων, η επίδραση της



ηλικίας με την χρήση του Συντελεστή Συσχέτισης Pearson και η επίδραση του τόπου κατοικίας με τη χρήση Μονής Κατεύθυνσης ANOVA. Τα αποτελέσματα αυτών των τεστ διασταυρώθηκαν με τα αποτελέσματα μη-παραμετρικών τεστ τα οποία έδωσαν παρόμοια αποτελέσματα και για το λόγο αυτό δε θα παριεθούν στην παρούσα ανάλυση. Τέλος, προκειμένου να ελεγχθεί η περίπτωση λάθους Τύπου 1, χρησιμοποιήθηκε ένα πιο αυστηρό στατιστικό επίπεδο ( $p < 0.01$ ).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το φύλο είχε μια σημαντική επίδραση στις στάσεις των φοιτητών αναφορικά με το αν θα αισθάνονταν νεροπή στην περίπτωση που ένα μέλος της οικογένειάς τους αυτοκτονούσε ( $t(103.69) = 2.65$ ,  $p < 0.01$ ). Οι γυναίκες φοιτήτριες ( $M = 3.63$ ,  $SD = 1.31$ ) τείνουν να διαφωνούν περισσότερο από τους άντρες φοιτητές ( $M = 3.09$ ,  $SD = 1.51$ ) με την πρόταση αυτή.

Η ηλικία παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την πρόταση 2 ( $r = .196$ ,  $p < 0.01$ ), την πρόταση 8 ( $r = -.253$ ,  $p < 0.01$ ) και την πρόταση 9 ( $r = -.196$ ,  $p < 0.01$ ). Έτσι λοιπόν περισσότερο οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φοιτητές σε σύγκριση με τους νεότερους τείνουν να διαφωνούν με την ιδέα ότι η αυτοκτονία είναι μια ανήθικη πράξη και να συμφωνούν με την ιδέα ότι δε θα εμπόδιζαν κάποιο άτομο να αυτοκτονήσει εάν εκείνος/η το ήθελε αλλά και με το ότι θα βοηθούσαν κάποιο άτομο με ανίατη σωματική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή του.

Τέλος, ο τόπος διαμονής είχε μια στατιστικά σημαντική επίδραση στην πρόταση 1 ( $F(3, 254) = 5.12$ ,  $p < 0.01$ ) και πρόταση 9 ( $F(3, 256) = 8.30$ ,  $p < 0.001$ ). Περαιτέρω Tukey post hoc τεστ έδειξαν ότι οι φοιτητές οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στην επαρχία ( $M = 2.81$ ,  $SD = 1.47$ ) συμφωνούν περισσότερο με τον ανήθικο χαρακτήρα της πράξης, σε σχέση με τους φοιτητές που ζουν σε αστικά κέντρα ( $M = 3.79$ ,  $SD = 1.32$ ).

Επιπλέον, φοιτητές που ζουν σε μεγάλες πόλεις (μέχρι 250.000 κατ.) ( $M = 3.63$ ,  $SD = 1.30$ ) και μεγαλουπόλεις (πάνω από 250.000) ( $M = 3.8$ ,  $SD = 1.21$ ) φαίνεται να είναι πιο πρόθυμοι να παράσχουν βοήθεια σε κάποιο άτομο με ανίατη σωματική ασθένεια να αυτοκτονήσει, σε σχέση με τους φοιτητές της επαρχίας οι οποίοι δηλώνουν περισσότερο δύσπιστοι ( $M = 4.55$ ,  $SD = 0.78$ ).

## Μύθοι και Πραγματικότητα

Υπήρξαν συγκεκριμένες προτάσεις οι οποίες φαίνεται να δημιουργήσαν ιδιαίτερο προβληματισμό. Πρόκειται για τις υπ' αριθμ. 2, 4, 5 και 8, όπου ένα σημαντικό ποσοστό φαίνεται να έχει επηρεαστεί από τη μυθολογία η οποία διέπει το φαινόμενο της αυτοκτονίας (βλ. πίνακα 3).

**Πίνακας 3. Ποσοστά Απαντήσεων στις Προτάσεις “Μύθοι και Πραγματικότητα”**

	Σωστό	Λάθος	Μύθος Πραγματικότητα
1. Όποιος λέει ότι θα αυτοκτονήσει δεν το κάνει τελικά ποτέ. Αυτοκτονούν εκείνοι, οι οποίοι δεν έχουν κάνει ποτέ λόγο για αυτοκτονία.	36.3%	63.7%	Μύθος
2. Η αυτοκτονία συνήθως λαμβάνει χώρα χωρίς προηγούμενη προειδοποίηση.	43.8%	56.2%	Μύθος
3. Όποιος οδηγείται τελικά στην απόπειρα αυτοκτονίας είναι αποφασισμένος. Θέλει απασπαστικά να πεθάνει.	36.7%	63.3%	Μύθος
4. Ο κίνδυνος επανάληψης της πράξης είναι μειωμένος μετά από ενδείξεις θετικής συμπεριφοράς.	40.8%	59.2%	Μύθος
5. Η αυτοκτονία επαντάται συχνότερα μεταξύ ατόμων με σοβαρά οικονομικά προβλήματα.	51.7%	48.3%	Πραγματικότητα
6. Τα άτομα με τάσεις αυτοκαταστροφής έχουν σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας.	74.5%	25.5%	Πραγματικότητα
7. Οποιαδήποτε συζήτηση πάνω σε θέματα αυτοκτονίας έχει αρνητικά αποτελέσματα. Μπορεί να δώσει σε κάποιον την ιδέα της αυτοχειρίας.	16.6%	83.4%	Μύθος
8. Εκείνος που αποπειράθηκε να αφαιρέσει τη ζωή του μία τουλάχιστον φορά κατά το παρελθόν, θα επαναλάβει την πράξη και στο μέλλον.	49.8%	50.2%	Μύθος
9. Όποιος επέζησε μετά από μία απόπειρα αυτοκτονίας, έχει ελάχιστες πιθανότητες να επαναλάβει την πράξη του.	24.6%	75.4%	Μύθος
10. Δεν υπάρχει καμία αιτιώδης σχέση μεταξύ νευρωτικών ουσιών - αλκοόλ και αυτοκτονίας.	20.5%	79.5%	Μύθος
11. Οι περισσότεροι άνθρωποι με τάσεις αυτοκτονίας πάσχουν από κατάθλιψη.	89.4%	10.6%	Πραγματικότητα
12. Ο δείκτης αυτοκτονιών είναι χαμηλότερος στις ηλικίες από 18-25 ετών.	20.8%	79.2%	Μύθος
13. Οι γυναίκες αυτοκτονούν συχνότερα από τους άντρες.	31.9%	68.1%	Μύθος
14. Δεν υπάρχει διαφορά ως προς τους τρόπους αυτοκτονίας που επιλέγουν οι άντρες και οι γυναίκες.	37.0%	63.0%	Μύθος
15. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια απεγνωσμένη κραυγή βοήθειας.	81.6%	18.4%	Πραγματικότητα
16. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.	34.0%	66.0%	Μύθος
17. Όσοι αυτοκτονούν δεν έχουν αναζητήσει ποτέ κατά το παρελθόν βοήθεια από ειδικό.	36.9%	63.1%	Μύθος
18. Οι άνθρωποι με τάσεις αυτοκτονίας είναι απρόθυμοι στην λήψη βοήθειας.	30.8%	69.2%	Μύθος

Οι επιδράσεις των δημογραφικών παραγόντων στη συχνότητα των απαντήσεων σε αυτές τις προτάσεις εξετάστηκαν με τη χρήση  $\chi^2$  τεστ. Οι δημογραφικοί παράγοντες που εξετάστηκαν ήταν το φύλο, ο τόπος διαμονής και ηλικία, η οποία κωδικοποιήθηκε σε ομάδες ('18-19' N=112, '20-21' N=104, '22-28' N=51).

Τα μόνα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που βρέθηκαν αφορούσαν το φύλο, το οποίο είχε σημαντική επίδραση στην πρόταση 15 ( $\chi^2(1)=29.85$ ,  $p<0.001$ ) και την ηλικία, η οποία είχε σημαντική επίδραση στην πρόταση 8 ( $\chi^2(2)=12.29$   $p<0.01$ ). Φαίνεται ότι οι γυναίκες (89.2%) περισσότερο από τους άντρες (59.1%) αναγνωρίζουν πως η αυτόβουλη αφαίρεση της ζωής δεν αποτελεί, παρά απεγνωσμένη κραυγή βοήθειας.

Τέλος, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φοιτητές τείνουν να πιστεύουν περισσότερο σε σχέση με τους νεαρότερους συναδέλφους τους ότι προηγούμενο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας θέτει το υποκείμενό της σε ομάδα υψηλού κινδύνου για επανάληψη της πράξης στο μέλλον.

### Προσωπική Εμπειρία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας (βλ. Πίνακα 4), το 38.3% των φοιτητών έχει ευχηθεί κατά το παρελθόν (προ της διεξαγωγής της έρευνας) το θάνατό του, το 49.6% έχει αισθανθεί κατά το παρελθόν ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα ενώ το 28.6% έχει σκεφτεί κάποια στιγμή της ζωής του να αυτοκτονήσει.

Κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, το 2.6% των φοιτητών εύχεται να πεθάνει, το 5.3% νιώθει ότι η ζωή του δεν έχει κανένα νόημα και το 1.5% σκέφτεται την αυτοχειρία.

Τέλος, το 4.1% δηλώνει ότι έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει και το 11.7% ότι έχει κατά το παρελθόν αυτοτραυματισθεί.

**Πίνακας 4. Ποσοστά των Απαντήσεων των Φοιτητών Σχετικά με τις Προσωπικές τους Εμπειρίες**

	Ναι	Όχι
Ευχήθηκα κατά το παρελθόν να είχα πεθάνει.	38.3%	61.7%
Εύχομαι να πεθάνω.	2.6%	97.4%
Ένιωσα στο παρελθόν ότι η ζωή δεν είχε κανένα νόημα.	49.6%	50.4%
Νιώθω ότι δεν έχει νόημα να ζω.	5.3%	94.7%
Κάποια στιγμή της ζωής μου σκέφτηκα να αυτοκτονήσω.	28.6%	71.4%
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω.	1.5%	98.5%
Έχω προσπαθήσει να αυτοκτονήσω.	4.1%	95.9%
Έχω αυτοτραυματισθεί.	11.7%	88.3%

Ο υπολογισμός των  $\chi^2$  τεστ προκειμένου να εξετασθεί η ύπαρξη τυχόν επιδράσεων των δημογραφικών παραγόντων, δεν οδήγησε σε διατύπωση σημαντικών στατιστικών συμπερασμάτων.

Σημειώνεται ωστόσο ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φοιτητές (22-28 χρ.) είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν ( $\chi^2(2)=9.56$ ,  $p<0.01$ ), με μεγαλύτερη συχνότητα (12%) από ότι οι νεότεροι συμφοιτητές τους (18-19χρ. (2.7%) και η ομάδα 20-21χρ. (1.9%).

### **Συσχέτιση των Προσωπικών Εμπειριών με τις Στάσεις και Αντιλήψεις για την Αυτοκτονία**

Διερευνήθηκαν οι πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στα προσωπικά βιώματα και εμπειρίες των φοιτητών και τις στάσεις και αντιλήψεις τους απέναντι στην αυτοκτονία. Ειδικότερα διερευνήθηκε:

1. Εάν οι φοιτητές είχαν στο παρελθόν ή το παρόν νιώσει απογοήτευση για τη ζωή (καταφατική απάντηση σε κάποια από τις ερωτήσεις 1 - 4).
2. Εάν έχουν κάνει αυτοκτονικές σκέψεις (καταφατική απάντηση στις ερωτήσεις 5 ή / και 6).
3. Εάν έχουν οδηγηθεί σε αυτοκαταστροφική πράξη (καταφατική απάντηση στις ερωτήσεις 7 ή/και 8).

Η ανάλυση έγινε τόσο με παραμετρικά (κριτήριο t ανεξάρτητων δειγμάτων) όσο και με μη παραμετρικά τεστ (Mann-Whitney τεστ). Επειδή και οι δύο αναλύσεις κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα, αρκεί η αναφορά στα αποτελέσματα της παραμετρικής ανάλυσης. Για να αποφευχθεί λάθος Τύπου 1 χρησιμοποιήθηκε και πάλι πιο αυστηρό κριτήριο σημαντικότητας ( $p<0.01$ ).

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι φοιτητές οι οποίοι έχουν νιώσει απογοήτευση για τη ζωή τείνουν να διαφωνούν περισσότερο με το ότι η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη. Οι ίδιοι επίσης δηλώνουν ότι θα αισθάνονταν ντροπή αν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους προσπαθούσε να αυτοκτονήσει ενώ συναινούν περισσότερο από τους υπόλοιπους συμφοιτητές τους στην παροχή βοήθειας σε άτομο με ανίατη σωματική ή σοβαρή ψυχική ασθένεια προκειμένου να οδηγηθεί στο θάνατο.

Πίνακας 5. Επιδράσεις των Προσωπικών Εμπειριών στις Αντιλήψεις για την Αυτοκτονία

	Όχι	Ναι	
<b>Ευχρήθηκα να είχα πεθάνει ή / και ένιωσα ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα</b>			
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη. Κανένας λογικός και συνετός άνθρωπος δεν αυτοκτονεί.	2.76 (1.29)	3.21 (1.36)	t(262)=-2.71, p<0.01
Θα αισθανόμουν ντροπή αν κάποιος μέλος της οικογένειάς μου αυτοκτονούσε.	3.17 (1.42)	3.74 (1.30)	t(260)=-3.34, p<0.01
Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ανίατη σωματική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή του αν μου το ζητούσε.	4.25 (1.07)	3.85 (1.22)	t(262)=2.79, p<0.01
Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή του, αν μου το ζητούσε.	4.71 (0.56)	4.48 (0.83)	t(261)=2.61, p<0.01
<b>Σκέφτηκα ή / και σκέφτομαι να αυτοκτονήσω</b>			
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη ανήθικη αφού αντιβαίνει στις βασικές αρχές της χριστιανικής θρησκείας.	3.87 (1.37)	3.15 (1.45)	t(262)=3.68, p<0.001
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη. Κανένας λογικός και συνετός άνθρωπος δεν αυτοκτονεί.	3.63 (1.27)	2.77 (1.30)	t(263)=4.91, p<0.001
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράνομη. Δεν αναγνωρίζεται δικαίωμα υπερασβολής.	4.03 (1.08)	3.46 (1.23)	t(260)=3.44, p<0.001
Όποιος αυτοκτονεί είναι ψυχικά διαταραγμένος.	3.13 (1.22)	2.52 (1.22)	t(262)=3.68, p<0.001
Θα αισθανόμουν ντροπή αν κάποιο μέλος της οικογένειάς μου αυτοκτονούσε.	3.92 (1.23)	3.33 (1.40)	t(261)=3.24, p<0.001
Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ανίατη σωματική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή του αν μου το ζητούσε.	3.62 (1.30)	4.17 (1.08)	t(263)=-3.57, p<0.001
<b>Έχω αυτοτραυματιστεί ή / και έχω προσπαθήσει να αυτοκτονήσω</b>			
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη ανήθικη αφού αντιβαίνει στις βασικές αρχές της χριστιανικής θρησκείας.	3.27 (1.45)	3.94 (1.43)	t(262)=-2.61, p<0.001
Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη. Κανένας λογικός και συνετός άνθρωπος δεν αυτοκτονεί.	2.90 (1.32)	3.78 (1.33)	t(263)=-3.73, p<0.001
Δε θα εμπόδιζα κάποιον αν ήθελε να αυτοκτονήσει.	4.77 (0.61)	4.28 (0.91)	t(263)=4.21, p<0.001
Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ανίατη σωματική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή του αν μου το ζητούσε.	4.15 (1.10)	3.14 (1.22)	t(263)=5.05, p<0.001
Θα βοηθούσα κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή του, αν μου το ζητούσε.	4.64 (0.70)	4.14 (0.04)	t(262)=3.83, p<0.001

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η διαπίστωση σύμφωνα με την οποία φοιτητές με αυτοκτονικό ιδεασμό τείνουν να διαφωνούν περισσότερο από τους υπόλοιπους με τους χαρακτηρισμούς της πράξης της αυτοχειρίας ως ανήθικης, παράλογης και παράνομης.

Οι ίδιοι επίσης φαίνεται να συνδέουν λιγότερο από ότι οι υπόλοιποι, που δεν έχουν δηλώσει αυτοκτονικό ιδεασμό, την αυτοκτονία με την ψυχική διαταραχή ενώ δηλώνουν πως δε θα αισθάνονταν ντροπή αν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους αυτοκτονούσε. Τέλος, εκφράζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την προθυμία τους για συμμετοχή σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία ατόμου με ανίατη σωματική ασθένεια ή διαταραγμένη ψυχική υγεία. Όμοια και οι φοιτητές που έχουν δηλώσει κατά το παρελθόν απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμό, τείνουν να διαφωνούν με το ότι η αυτοκτονία είναι μια πράξη ανήθικη και παράλογη ενώ είναι λιγότερο αρνητικοί στο θέμα της αυτοκτονίας με συναίνεση του ατόχου.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας, μετά από μία προσεκτικότερη ανάγνωση, επιβεβαιώνουν το ότι οι νέοι συνηρούν μια σειρά από μύθους και προκαταλήψεις σχετικά με την αυτοχειρία. Ένας περίπου φοιτητής στους τρεις έχει υιοθετήσει μερικούς από τους κυρίαρχους μύθους οι οποίοι διέπουν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Ειδικότερα:

- Το 32,3% πιστεύει ότι η αυτοκτονία είναι μια πράξη ανήθικη.
- Το 20,2 % δηλώνει ότι η αυτοκτονία είναι παράνομη.
- Το 32,7 % υποστηρίζει ότι οι αυτόχειρες είναι άτομα ψυχικά διαταραγμένα ενώ το 38,2 % βεβαιώνει ότι η αυτόβουλη αφαίρεση της ζωής είναι μια πράξη παράλογη.

Η καταδίκη της αυτόβουλης αφαίρεσης της ζωής από την εκκλησία, η εγκληματοποίησή της από την πολιτεία, η ταύτισή της με την ψυχική ασθένεια, έχουν διαμορφώσει στο πέρασμα του χρόνου μια ιδιαίτερη μυθολογία γύρω από το φαινόμενο. Στο «τραγούδι το σειρήνων» (Clark & Fawcett, 2000), ανταποκρίνονται μόνο παράλογα, παράνομα και αμφισβητούμενης ηθικής άτομα.

Η αυτοχειρία –μια από τις δυσχερέστερες στην κατανόησή της συμπεριφορά– συνδέεται υπεραπλουστευτικά και αβίαστα με την «τρέλα» και το «έγκλημα». Η «υγιής» κοινωνία νίπτει τας χείρας της και πλαστογραφώντας την αλήθεια αφήνει παρακαταθήκη στις επόμενες γενιές δοξασίες και προκαταλήψεις. Το «στίγμα» είναι προνόμιο των αποδιοπομπαίων τράγων. Ο φόβος και η ντροπή είναι τα κύρια συναισθήματα που κατακλύζουν τους συγγενείς των θυμάτων. Είναι αξιοσημείωτο ότι το ποσοστό των ερωτηθέντων

που δήλωσε ότι θα αισθανόταν ντροπή εάν κάποιο μέλος της οικογένειάς του αυτοκτονούσε, ανέρχεται στο 28,7 %.

Σχετικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν σε μια σειρά από προτάσεις (Πίνακας 3) παρατηρούμε τα εξής:

Αν και το υψηλότερο ποσοστό φαίνεται να δίνει τη σωστή απάντηση στον πίνακα «Μύθων και προκαταλήψεων», ένας ιδιαίτερα σημαντικός αριθμός νέων φαίνεται να μη γνωρίζει την πραγματικότητα γύρω από το φαινόμενο της αυτοχειρίας.

Ειδικότερα:

- Το 36,3 % υποστηρίζει ότι η λεκτική απειλή αυτοκτονίας ποτέ δεν οδηγεί στην αυτοκτονία («Όποιος λέει ότι θα αυτοκτονήσει δεν το κάνει τελικά ποτέ»). Επίσης το 43,8 % πιστεύει ότι οι απόχειρες δεν προειδοποιούν για την έσχατη πράξη τους («Η αυτοκτονία λαμβάνει χώρα χωρίς προηγούμενη προειδοποίηση»). Τέλος το 36,7 % θεωρεί πως η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς υποδηλώνει την επιθυμία του ατόμου για φυγή από τη ζωή («Όποιος οδηγείται τελικά σε απόπειρα αυτοκτονίας είναι αποφασισμένος. Θέλει οπωσδήποτε να πεθάνει»).

Η απειλή και μόνο υιοθέτησης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς εντάσσει το υποκείμενο στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την τέλεση τελικά της πράξης (WHO, 2000). Ωστόσο, το άτομο το οποίο διέρχεται μια περίοδο κρίσης δεν έχει αποφασίσει να αφαιρέσει τη ζωή του αλλά αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στην επιθυμία να ζήσει ή να πεθάνει (Shneidman, 2000). Κατακλύζεται από έντονη ψυχική φόρτιση η οποία το στερεί από τον έλλογο σκεπτικό μηχανισμό οδηγώντας το έτσι στη διχότομη σκέψη (Neuringer, 1976). Η ανάγκη φυγής από τον πόνο που προκαλείται από τις δυσκολίες της ζωής και η υπόγεια θέληση για ζωή συνυπάρχουν. Η πλειονότητα των αυτοκαταστροφικών ατόμων ανακοινώνει τις σκέψεις και τις προθέσεις της για ύστατο αποχαιρετισμό, στέλνοντας ενδείξεις και κάνοντας δηλώσεις του τύπου «θέλω να πεθάνω», «νιώθω άχρηστος/η», κ.λ.π. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε σχετικό οδηγό για την πρόληψη της αυτοκτονίας τονίζει ότι αν δοθεί ψυχολογική υποστήριξη και θετική ενίσχυση τότε ο κίνδυνος για αυτοκτονία μειώνεται σημαντικά (WHO, 2000).

- Το 30,8% έχει την πεποίθηση ότι τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό δε θέλουν βοήθεια («Οι άνθρωποι με τάσεις αυτοκτονίας είναι απρόθυμοι στη λήψη βοήθειας») ενώ το 36,95%, επιβεβαιώνοντας το παραπάνω, πιστεύει πως όσοι οδηγούνται στον εκούσιο θάνατο δεν αναζητήσαν ποτέ ειδική βοήθεια («Όσοι αυτοκτονούν δεν έχουν αναζητήσει ποτέ κατά το παρελθόν βοήθεια από ειδικό»).

Το υψηλό ποσοστό ατόμων που ζητά βοήθεια από εξειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας, μαρτυρά την ανάγκη για επικοινωνία και παροχή

βοήθειας ακόμα και κατά το ύστατο χρονικό στάδιο απεγνωσμένης λήψης της απόφασης (Leenaars & Lester, 1995). Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι φοιτητές (ποσοστό 81,6%) τελικά συμφωνούν με το ότι η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια απεγνωσμένη φωνή βοήθειας.

- Το 16,6 τοις εκατό θεωρεί ότι οποιαδήποτε συζήτηση πάνω σε θέματα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς πρέπει να αποφεύγεται, γιατί ενυπάρχει ο κίνδυνος ενίσχυσης στο άτομο της ιδέας της αυτόβουλης αφαίρεσης της ζωής. Η ειλικρινής ωστόσο συζήτηση συχνά ανακουφίζει από τον αφόρητο πόνο και μειώνει την ένταση της απελπισίας που έχει κατακλύσει το άτομο. Στόχος της συζήτησης είναι η γεφύρωση του χάσματος που δημιουργείται από τη δυσπιστία και την απαισιοδοξία και η δημιουργία ελπίδας για την καλύτερευση της κατάστασης (WHO, 2000). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνουν και αποτελέσματα διαπολιτισμικής μελέτης όπου συγκρίθηκαν οι ανιδράσεις Τούρκων και Σουηδών νέων στην ανακοίνωση αυτοκτονικού ιδεασμού από κάποιον κοινωνικό φίλο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και στα δύο δείγματα υπήρχε η τάση για υποστήριξη και ενδυνάμωση των ατόμων που εξέφραζαν την τάση να βάλουν τέλος στη ζωή τους (Eskin, 1999).
- Το 20,8% πιστεύει ότι η ηλικιακή ομάδα 18 - 25 ετών, καταφεύγει σπανιότερα στον εκούσιο θάνατο και το 34 % ότι ο κίνδυνος παρέχεται με την πάροδο της ηλικίας. Επίσης το 31,9% έχει την πεποίθηση ότι οι γυναίκες αυτοκτονούν συχνότερα από τους άνδρες ενώ το 37% θεωρεί ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στη μέθοδο αυτοκτονίας στα δύο φύλα.

Διεθνείς έρευνες επιβεβαιώνουν τον υψηλό δείκτη αυτοκτονιών στους νέους (Madge, 1999). Την τελευταία εικοσαετία είναι αξιοσημείωτη η ραγδαία άνοδος του αριθμού των νεαρών θυμάτων αυτοχειρίας (Schmidt, Muller, Dettmeyer, & Madea, 2002). Ο δείκτης αυτοκτονιών -κυρίως μεταξύ των αγοριών- διπλασιάστηκε (Eckersley & Dear, 2002). Ειδικότερα το χρονικό διάστημα 1970-1990, οι αυτοκτονίες στις ηλικίες 15-19 αυξήθηκαν κατά 72 τοις εκατό (McClure, 2001). Έτσι, οι αυτοκτονίες αποτελούν την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου για τα άτομα της κατηγορίας αυτής (Cantor, 2000). Αξιοσημείωτη δε είναι η αύξηση του κινδύνου της αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία καθώς υψηλός δείκτης σημειώνεται μεταξύ ατόμων πάνω από το 65ο έτος (De Leo, 1999).

Ένα σημαντικό λοιπόν ποσοστό φαίνεται να αγνοεί τις ηλικιακά υψηλές ομάδες κινδύνου αυτοχειρίας καθώς και το ότι οι άντρες αυτοκτονούν από τρεις έως τέσσερις φορές συχνότερα από ότι οι γυναίκες (Hawton, 2000), οι οποίες υιοθετούν άλλες πράξεις αυτοκαταστροφής, επιλέγοντας λιγότερο βίαια μέσα (Kerkhof & Aagensman, 2000)



- Το 74% υποστηρίζει ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ αυτοκαταστροφής και ψυχικής ασθένειας («Τα άτομα με τάσεις αυτοκαταστροφής έχουν σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας»), ενώ το 89,4 % πιστεύει ότι η πλειοψηφία των ατόμων με τάσεις αυτοκαταστροφής αντιμετωπίζει προβλήματα κατάθλιψης («Οι περισσότεροι άνθρωποι με τάσεις αυτοκτονίας πάσχουν από κατάθλιψη»).

Παρά την αιτιώδη σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και κατάθλιψης (Clark & Fawcett, 2000), η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να ερμηνευτεί ικανοποιητικά μόνο υπό το πρίσμα μιας πολυπαραγοντικής θεώρησης. Πρόκειται για ένα πολυσύνθετο φαινόμενο στο οποίο οι κοινωνικοί όροι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο (Durkheim, 1897). Η ταύτιση της αυτοχειρίας με την ψυχική ασθένεια αποτελεί σοβαρό ατόπημα.

- Το 20% επίσης θεωρεί ότι δεν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ εξαρτησιογόνων ουσιών και αυτοκτονίας και το 48,3 % ότι δεν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ αυτοχειρίας και οικονομικής δυσπραγίας.

Η χρήση τόσο ναρκωτικών όσο και οιοπνευματωδών ουσιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο τέλεσης αυτοκτονίας (Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller, & Swann, 2004· O' Boyle, M. & Brandon, E.A.A, 1998). Συχνά γίνεται χρήση αυτών λίγο πριν την τέλεση της πράξης. Υπολογίζεται ότι το 15 τοις εκατό των χρηστών αλκοόλ οδηγείται τελικά στην αυτοχειρία (Hawton, 1987) ενώ υπογραμμίζεται ότι ο δείκτης αυτοκτονιών στους χρήστες ναρκωτικών ξεπερνά κατά είκοσι φορές τον αντίστοιχο δείκτη στο γενικό πληθυσμό (Darke & Ross, 2001). Επιπρόσθετα, τα οικονομικά προβλήματα και η ανεργία συνδέονται αναμφίβολα με υψηλούς δείκτες αυτοκαταστροφής. Οι άνεργοι ειδικότερα τελούν σε κίνδυνο αυτόβουλης αφαίρεσης της ζωής από δύο έως και τρεις φορές περισσότερο από ό,τι ο εργαζόμενος πληθυσμός (Lönnquist, 2000· Moser, Goldblatt, Fox, & Jones, 1987).

- Το 40,8 % πιστεύει ότι ο κίνδυνος υποτροπής μειώνεται μετά από ενδείξεις θετικής συμπεριφοράς ενώ αντίθετα το 49,8% υποστηρίζει ότι τα άτομα τα οποία επέζησαν από μια απόπειρα, θα επαναλάβουν με βεβαιότητα την πράξη και στο μέλλον.

Η επανάληψη είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του φαινομένου. Περισσότερο από το 40 τοις εκατό των αυτοχειρών είχε στο παρελθόν αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Ο δε κίνδυνος επανάληψης είναι αυξημένος μέσα σε ένα χρόνο από την απόπειρα, με ιδιαίτερα κρίσιμο το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο (Kerkhof & Aegensman, 2000).

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει πως η γνώση ενός σημαντικού ποσοστού νέων σχετικά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι περιορισμένη. Επίσης από την ανάλυση των προσωπικών εμπειριών των φοιτητών που ερωτήθηκαν, φαίνεται πως ένας σημαντικός αριθμός έχει υιοθε-

τήσει κατά το παρελθόν κάποια μορφή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Έτσι, το 28,6 τοις εκατό αποδέχεται ότι κάποια στιγμή της ζωής του σκέφτηκε να αυτοκτονήσει, το 11,7 τοις εκατό δηλώνει ότι έχει οδηγηθεί κατά το παρελθόν σε αυτοτραυματισμό, το 4,1 τοις εκατό ομολογεί ότι έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, το 2,6 τοις εκατό εύχεται να πεθάνει, ενώ το 1,5 τοις εκατό παραδέχεται ότι σκέφτεται να αυτοκτονήσει.

Έρευνα σε δείγμα φοιτητών στην Αυστρία έδειξε ότι το ποσοστό των φοιτητών που εμφάνισε κάποια στιγμή στη ζωή του αυτοκτονικό ιδεασμό ενήλθε στο 51,5 τοις εκατό, ενώ το ποσοστό φοιτητών που κατά τη χρονική περίοδο της διεξαγωγής της έρευνας σκεφτόταν να δώσει τέλος στη ζωή του άγγιξε το 4,9 τοις εκατό (Etzersdorfer, Vijayakumar, Schony & Grausgruber, 1997). Με τα παραπάνω αποτελέσματα που αφορούν στον αυτοκτονικό ιδεασμό τείνει να συμφωνεί (53,9 τοις εκατό) και έρευνα στις βόρειες πολιτείες της Αμερικής (Meehan, Lamb, Saltzman, & O'Carroll, 1992).

Αντίθετα, έρευνα στην Ολλανδία έδειξε ότι το ποσοστό νέων που επιθυμούσε κατά το παρελθόν να αφαιρέσει τη ζωή του ήταν 4 τοις εκατό (Ferdinand & Verhulst, 1996) ενώ σε έρευνα στην Αυστραλία το σχετικό ποσοστό ανήλθε για τις μεν γυναίκες από 3 μέχρι 17,5 τοις εκατό, για τους δε άντρες από 3,3 μέχρι και 20,2 τοις εκατό (Gooldney, Winefield, Tiggemann, Winefield, & Smith, 1989).

Οι διαφοροποιήσεις στα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών πρέπει να αναζητηθούν στις πολιτισμικές διαφορές των κοινωνιών και την ιδιαίτερη κουλτούρα που η καθεμία έχει αναπτύξει σχετικά με σημαντικά ζητήματα αυτοπροσβολής.

Τέλος οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών, οι οποίοι δηλώνουν προσωπική εμπειρία αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς κατά το παρελθόν, διαφοροποιούνται σημαντικά από εκείνες των υπόλοιπων συμφοιτητών τους (π.χ. τείνουν να διαφωνούν περισσότερο με το ότι η αυτοκτονία είναι μια πράξη παράλογη, με τα συναισθήματα νεροπής αν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους προσπαθούσε να αυτοκτονήσει, συμφωνούν περισσότερο με το ότι θα βοηθούσαν κάποιο άτομο με ανίατη σωματική ασθένεια να δώσει τέλος στη ζωή του, διαφωνούν περισσότερο με τον παράλογο και παράνομο χαρακτήρα της πράξης καθώς και με την ταύτισή της με την ψυχική ασθένεια κ.λ.π).

Τα παρόντα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από προηγούμενες έρευνες. Αναφέρεται ενδεικτικά η μελέτη των King & Hampton (1996), σύμφωνα με τα αποτελέσματα της οποίας τα άτομα με ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς είχαν σημαντικά πιο ανεκτική στάση απέναντι στο φαινόμενο της αυτοχειρίας. Παρόμοια ο Eskin (1999) υπογράμμισε ότι νεαρά άτομα τα οποία είχαν κάνει αυτοκτονικές σκέψεις κάποια στιγμή της ζωής τους, επεδείκνυαν

μεγαλύτερη αποδοχή απέναντι σε θέματα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και ήταν λιγότερο επικριτικά προς κοντινά τους πρόσωπα με παρόντα αυτοκτονικό ιδεασμό.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το φαινόμενο της αυτοκτονίας συνεχίζει να αποτελεί ένα ιδιαίτερα κρίσιμο και σημαντικό πρόβλημα με πολλαπλές επιπτώσεις σε όλα τα μέλη της κοινωνίας. Φαίνεται πως συχνά η άγνοια οδηγεί στη δημιουργία μιας σειράς προκαταλήψεων, στάσεων και αντιλήψεων οι οποίες τελούν σε αιτιώδη σχέση με τη αδυναμία καταπολέμησης του προβλήματος. Η καλή γνώση του θέματος αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα σε μία συστηματική προσπάθεια πρόληψης και μείωσης του φαινομένου. Η παρούσα έρευνα, διερευνώντας τις στάσεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών σε θέματα αυτοχειρίας, σκοπό είχε να υπογραμμίσει την αναγκαιότητα για σωστή και υπεύθυνη ενημέρωσή. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ο διερευνητικός και πιλοτικός χαρακτήρας της έρευνας, στοιχεία τα οποία δεν επιτρέπουν την εξαγωγή αποφαιτικών συμπερασμάτων για το εξεταζόμενο θέμα. Αυτό οφείλεται και στο γεγονός ότι τα ερευνητικά εργαλεία στα οποία στηρίχθηκε η σύνταξη του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, δεν έχουν σταθμιστεί στην χώρα μας (με εξαίρεση την Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck).

Ενώ την τελευταία δεκαετία ειδικότερα ζητήματα (π.χ η νομιμοποίηση της ευθανασίας σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες) έχουν επηρεάσει σημαντικά τις στάσεις και τη νοοτροπία των πολιτών στην βόρεια και κεντρική Ευρώπη, στην Ελλάδα πως ένα σημαντικό ποσοστό των νέων εμμένει σε λανθασμένες αντιλήψεις για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Οι ριζικές κοινωνικές μεταβολές, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε αύξηση του δείκτη αυτοχειρίας σε παγκόσμιο επίπεδο, επιβάλλουν την υιοθέτηση μιας σειράς στρατηγικών πρόληψης. Η δε χώρα μας συγκαταλέγεται μεταξύ εκείνων που δεν έχουν προβεί στη λήψη καμίας πολιτικής καταπολέμησης της αυτοχειρίας.

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας και παρά την αντίληψη ότι είναι πράξη αναπότρεπτη, στην πραγματικότητα ένας μεγάλος αριθμός θυμάτων θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αν υπήρχε μία σωστά οργανωμένη πολιτική πρόληψης. Η κατάργηση των μύθων και των προκαταλήψεων μέσα από προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση κάθε επιτυχημένης προσπάθειας και κύρια μέριμνα κάθε ευνομούμενης πολιτείας προκειμένου να διασφαλίσει το υπέρτατο έννομο αγαθό των πολιτών της, αυτό της ζωής.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Cantor, C. H. (2000). Suicide on the Western world. In K. Hawton, & K. Van Heeringen, (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp.9-28). New York, NY: Wiley.
- Chabrol, H. (1987). Οι τάσεις αυτοκτονίας των έφηβου ("Les comportements suicidaires de l'adolescent"), (μτφ. Κ. Τερζόγλου), Αθήνα: Εκδ. Χατζηνικολή.
- Clark, D., and Fawcett, J. (2000). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In K. Hawton, & K. Van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*, (pp.16-48). New York, NY: Wiley.
- Darke, S., & Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97(11): 1383-1394.
- De Leo, D. (1999). Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 20 (2), 53-55.
- Diekstra, R.F.W. & Kerkhof, A.J.F.M. (1989). Attitudes towards suicide: the development of a suicide-attitude questionnaire (SUIATT). In R.F.W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, G. Sonneck (Eds), *Suicide and its prevention, the role of attitude and imitation*, (pp. 91-107). Leiden: Brill.
- Dougherty, D.M., Mathias, C.W., Marsh, D.M., Moeller, G.F., & Swann, A.C. (2004), Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, (Supplement 1/7), p.p S93-S105
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide, étude de sociologie*. Alcan Paris. (English Translation: Suicide Routledge and Kegan Paul, London, 1952). Στα ελληνικά "Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας", (μτφ. Μ. Μαρκάκη). Αθήνα: Εκδ. Γερ. Αναγνωστίδη.
- Eckersley, R., & Dear, K. (2002). Cultural correlates of youth suicide. *Social Science & Medicine*, 55(11) 1891-1904.
- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry: Psychiatric Epidemiology*, 34, 492-497.
- Esquirol, E. (1838). *De maladies mentales considerees sous les rapports medicaux hygieniques et medicaux-legaux*, Paris: P.U.F
- Etzersdorfer, E., Vijayakumar, L., Schony, W., & Grausgruber, A. (1997). Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). *Social Psychiatry Epidemiology*, 33, 104-110.
- Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*, 4(1), 67-74.

- Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (1996). The prevalence of self-reported problems in young adults from the general population. *Social Psychiatry Epidemiology*, 31, 10-20.
- Freud, S. (1930). New Introduction lectures on psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *The complete psychological work of Sigmund Freud, Vol. 22*, London: Hogarth.
- Goldney, R.D., Winefield, A.H., Tiggemann, M., Winefield, F.R., & Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 481-489.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 150, 145-153.
- Hawton, K. (1994). Youth suicide: Trends indicate increasing hopelessness in young males. *Crisis*, 15(4), 159-160.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide - Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485.
- Kerkhof, A. J. F. M., & Arensman, E. (2000). Attempted suicide and deliberate self-harm: epidemiology and risk factors. In M. G. Gelder, J. J., Lopez-Ibor, & N. Andreasen, (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry, Volume 1*, (pp. 1039-1043). Oxford: Oxford University Press.
- Kerkhof, A. J. F. M., & Kunst, A. (1994), *A European perspective on suicidal behaviour, in the "The prevention of the suicide"*, Department of Health, London: HMSO.
- King, R. & Hampton, W. R. (1996). College students' views on suicide. *Journal of American College Health*, 44 (6), 211-220.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1995). Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 15, 263-267.
- Lönquist, J. K. (2000). Epidemiology and causes of suicide. In M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor, & N. Andreasen, (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 1033-1044). Oxford: Oxford University.
- Madge, N. (1999). Youth suicide in an international context. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 283-291.
- McClure, G.M.G. (2001). Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *British Journal of Psychiatry*, 178, 469-474.
- Meehan, P.J., Lamb, J.A., Saltzman, L.E., & O'Carroll, P.W. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 41-44.
- Moser, K. A., Goldblatt, P., Fox, A. J., & Jones, D. R. (1987). Unemployment and mortality: Comparison on the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *British Medical Journal*, 294, 86-90.

- Motto, A. J. (2000), Clinical Application of Biological aspects of Suicide. In Hawton, K., and Van Heering, K., (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (p.p 45-55), J. Wiley & Sons, Ltd.
- Neuringer, C. (1976). Current developments in the study of suicidal thinking. In E. S Shneidman, (Ed.), *Suicidology: Contemporary developments*, (pp. 234-252). New York: Grune and Stratton.
- Ντώνας, Σ. & Δεμερτζής, Ι. (1983). Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. *Πρακτικά 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, 1*, 486-492. Θεσσαλονίκη.
- O' Boyle, M. & Brandon, E.A.A. (1998). Suicide attempts, substance abuse, and personality. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(4), 353-356.
- Schmidt, P., Muller, R., Dettmeyer, R., & Madea, B. (2002). Suicide in children, adolescents and young adults. *Forensic Science International, 127*, 161-167.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Kerkhof, A., (2002). Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO / Euro Mylttticentre study on suicidal behaviour. Hogrefe & Hyber Publishers.
- Shneidman, E. S. (2000). What do suicides have in common? Summary of the psychological approach. In K. Hawton, & K. Van Heeringen, (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 3-15). New York, NY: Wiley.
- Soubrier, J. P., (1993). Definitions of suicide. In A. A. Leenaars, (Ed.), *Suicidology-essays in honor of Edwin S. Shneidman* (pp. 36-41). London: Jason Aronson.
- United Nations (1996). *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York: United Nations.
- Van Heering, C. (2001), Suicides, Serotonin, and the Brain. *Crisis, 22* (2) 66-77.
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. R., (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton, & K. Van Heeringen, (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp.80-90). New York, NY: Wiley.
- World Health Organization (2000). *Preventing suicide: A resource for primary health workers*, WHO/MNH/MBD/00.4, Geneva.

# ***Suicidal Behaviour: Views, Attitudes and Personal Experiences in a student Population***

*Olga Themeli<sup>1</sup>, Theodoros Giovazolias<sup>2</sup> & Katerina Mascha<sup>3</sup>*

## **ABSTRACT**

*Suicidal behaviour seems to be a relatively common occurrence. Suicide is now ranked as high as the 8th cause of death. The statistics show that 500.000 to 1.200.000 people worldwide kill themselves annually, and that this number may grow to 1.500.000 people by 2020, should preventive programs not be implemented (WHO, 2000). The ways in which we think about self-harm and suicide are influenced by a number of factors including the religious and cultural context in which we have been raised. It has been found that one of the biggest problems connected with suicide and, is the fact that parents, teaching staff, mental health professionals, and the youth population itself are not made aware of a variety of myths and misconceptions associated with this topic.*

*The present study is concerned with the views of Greek students' views on the issue of suicide as well as their personal experiences of suicidal ideation or attempts. A sample of 275 students was administered an anonymous questionnaire which aimed to explore their perceptions and attitudes towards suicidal behaviour as well as several myths and realities surrounding this issue. It also investigated their personal experience with any suicidal thoughts or attempts of self-harm and/or suicide. It was found that a great proportion of the sample had a limited knowledge regarding the phenomenon of suicidal behaviour and that a notable amount has been concerned in the past with some form of self-harming behaviour. The implications for the need of raising public awareness as well as implementing effective prevention programs are discussed.*

**KEY WORDS:** *suicidal behaviour, students, views, myths, prevention.*